Soziale Phobie

Name: _____ Geb.Datum: _____ Untersuchungsdatum: _____

A Fürchten Sie sich sehr davor, im Zentrum der **Aufmerksamkeit** zu stehen oder sich möglicherweise **peinlich** oder **beschämend** zu verhalten?

Nein ❑ →**Ende** **Ja** ❑

Oder:

Fürchten Sie solche Situationen so sehr, dass Sie diese **vermeiden**?

Für welche der folgenden Situationen trifft das zu?

- ❑ Essen oder Sprechen in der Öffentlichkeit
- ❑ Bekannten in der Öffentlichkeit begegnen
- ❑ Hinzukommen oder Teilnahme an kleinen Gruppen (z.B. Partys, Konferenzen)
- ❑ andere:_____

Sind Sie der Meinung, dass Ihre Angst vor (***phobische Situation***) stärker ist als angemessen oder dass Ihre Angst **übertrieben** ist?

Nein ❑ →**Ende** **Ja** ❑

Wenn Sie sich vor diesen Situationen fürchten, haben Sie dabei folgende **Beschwerden**?

		Ja			**Ja**
(1)	Herzklopfen oder beschleunigter Puls (Palpitationen)	❑	(9)	Schwindel-, Unsicherheits-, Schwäche- oder Benommenheitsgefühl	❑
(2)	Schweißausbrüche	❑	(10)	Hitzewallungen oder Kälteschauer	❑
(3)	Zittern oder Muskelzucken (Fein- oder grobschlägiger Tremor)	❑	(11)	Furcht, Kontrolle zu verlieren, verrückt zu werden oder „auszuflippen“	❑
(4)	Mundtrockenheit	❑	(12)	Angst, zu sterben	❑
	Mindestens ein Merkmal von (1) – (4) erfüllt? ❑ **Ja** ❑ **Nein → Ende**		(13)	Gefühle, dass Dinge unwirklich sind (Derealisation) oder dass man „selbst weit entfernt“ oder „nicht richtig da“ ist (Depersonalisation)	❑
(5)	Atembeschwerden	❑	(14)	Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle	❑
(6)	Beklemmungsgefühl	❑	(15)	Erröten	❑
(7)	Schmerzen oder Missempfindungen in der Brust	❑	(16)	Angst, zu erbrechen	❑
(8)	Übelkeit oder Missempfindungen im Abdomen (z.B. „Rumoren“ im Magen)	❑	(17)	Miktions- oder Defäktionsdrang oder Angst davor	❑

Alle Rechte liegen bei der Arbeitsgruppe Psychotherapie- und Versorgungsforschung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg

B **Beurteilen Sie:**
Es liegen mindestens *zwei Symptome* aus (1) bis (14) in mindestens *einer Situation*, *plus* mindestens *ein Symptom* aus (15) bis (17) vor.

Nein ❑ → **Ende** **Ja** ❑

C **Beurteilen Sie:**
Es liegt eine deutliche *emotionale Belastung* durch die Angstsymptome oder durch das Vermeidungsverhalten vor.

Nein ❑ → **Ende** **Ja** ❑

D **Beurteilen Sie:**
Die Symptome beschränken sich *ausschließlich* oder *vornehmlich* auf die gefürchteten Situationen oder auf Gedanken an diese.

Nein ❑ → **Ende** **Ja** ❑

E **Beurteilen Sie:**
Die Symptome der Kriterien A und B sind *Folge* von Wahn, Halluzinationen oder anderen Störungen wie organische psychische Störungen (F0), Schizophrenie und verwandte Störungen (F2), affektive Störungen (F3) oder Zwangsstörung (F42); *oder* sie sind *Folge* von kulturell akzeptierten Anschauungen.

Nein ❑ **Ja** ❑ → **Ende**

Sind Kriterien **A** bis **D** erfüllt? **Nein** ❑ → **Ende** **Ja** ❑

Diagnose: F 4 0. 1

Soziale Phobie

Alle Rechte liegen bei der Arbeitsgruppe Psychotherapie- und Versorgungsforschung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg