Spezifische (isolierte) Phobie

Name: _____ Geb.Datum: _____ Untersuchungsdatum: _____

		Nein	Ja
A	**Fürchten** oder **vermeiden** Sie…		
	(1) bestimmte Tiere z.B**. Insekten, Hunde**?	❑	❑
	(2) bestimmte Naturphänomene z.B. **Donner, Wasser**?	❑	❑
	(3) bestimmte Situationen z.B. **Aufzug, Tunnel**?	❑	❑
	(4) Den Anblick von z.B. **Blut, Verletzungen**?	❑	❑
	(5) Andere _____ ?	❑	❑
	Furcht vor oder Vermeidung von mind. einem Merkmal aus (1) bis (5)?	❑ → **Ende**	❑
	Beachten Sie: *Objekte und Situationen müssen anderer Art sein als bei Sozialer Phobie [Angst, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen (z.B. Vorträge) oder sich beschämend zu verhalten] oder Agoraphobie [Angst vor Menschenmengen, öffentlichen Plätzen, (alleine) reisen].*		

Wenn Sie sich vor diesen Objekten oder Situationen fürchten, haben Sie dann folgende **Beschwerden**?

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

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

B	**Beurteilen Sie:** Mindestens *zwei Symptome* aus (1) bis (14) in mindestens *einer Situation* liegen vor**.**	**Nein** ❑ → **Ende**	**Ja** ❑

C	**Beurteilen Sie:** Deutliche *emotionale Belastung* durch die Symptome oder das Vermeidungsverhalten *<u>und</u>* Einsicht, dass diese *übertrieben* oder *unvernünftig* sind.	**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** ❑

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

Diagnose: F 4 0. 2

Spezifische (isolierte) Phobie

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