



Soziale Phobie

Name: _____

Alter: _____ Datum: _____

A Deutliche Furcht, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen, oder Furcht, sich peinlich oder beschämend zu verhalten, Nein Verdacht Ja
 oder deutliches Vermeiden, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen, oder von Situationen, in denen die Furcht besteht, sich peinlich oder beschämend zu verhalten. Ende

Spezifizieren Sie die entsprechenden kritischen sozialen Situationen:

Ja	Verdacht	Ja	Verdacht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen oder Sprechen in der Öffentlichkeit		Hinzukommen oder Teilnahme an kleinen Gruppen (z.B. Parties, Konferenzen)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekanntem in der Öffentlichkeit begegnen		andere: _____	

B • Bestimmen Sie die in den phobischen Situationen auftretenden Symptome

	Verdacht	Ja		Verdacht	Ja
Symptome autonomer Erregung			(10) Gefühle, daß Dinge unwirklich sind (<i>Derealisation</i>) oder daß man "selbst weit entfernt" oder "nicht richtig da" ist (<i>Depersonalisation</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) <i>Palpitationen</i> , Herzklopfen oder beschleunigter Puls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(11) Furcht, Kontrolle zu verlieren, verrückt zu werden oder "auszuflippen"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) <i>Schweißausbrüche</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(12) Angst, zu sterben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) <i>Fein- oder grobschlägiger Tremor</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere Symptome		
(4) <i>Mundtrockenheit</i> (nicht infolge Medikation oder Exsikkose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(13) <i>Hitzewallungen</i> oder Kälteschauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptome in Brust oder Abdomen			(14) <i>Gefühllosigkeit</i> oder Kribbelgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) <i>Atembeschwerden</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(15) <i>Erröten</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) <i>Beklemmungsgefühl</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(16) Angst, zu <i>erbrechen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) Schmerzen oder Mißempfindungen in der <i>Brust</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(17) <i>Miktions- oder Defäkationsdrang</i> oder Angst davor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) <i>Übelkeit</i> o. Mißempfindungen im Abdomen (z.B. "Magenrumoren")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Symptome des Bewußtseins					
(9) <i>Schwindel-</i> , Unsicherheits-, Schwäche- oder Benommenheitsgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Kriterium B: Mindestens zwei der Symptome aus (1) bis (14) in mindestens einer Situation, darunter mindestens ein Symptom aus (1) bis (4); plus mindestens ein Symptom aus (15) bis (17).
 Ende ← Nein Verdacht Ja

Soziale Phobie

Ordnen Sie die ermittelte Symptomatik zeitlich ein:

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Verdacht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Verdacht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Verdacht
Derzeit: Symptomatik besteht derzeit erstmalig.	Derzeit und früher: Symptomatik besteht derzeit und lag auch zu einem früheren Zeitraum vor.	Früher: Symptomatik bestand zu einem früheren Zeitpunkt (angeben: _____)

C Deutliche *emotionale Belastung* durch die Angstsymptome oder das Vermeidungsverhalten, und der Betroffene sieht ein, daß diese *übertrieben* oder *unvernünftig* sind.
 Ende ← Nein Verdacht Ja

D Symptome *beschränken* sich ausschließlich oder vornehmlich auf die gefürchteten Situationen oder auf Gedanken daran.
 Ende ← Nein Verdacht Ja

E Symptome der Kriterien A und B sind *die Folge* von Wahn, Halluzinationen oder anderen Störungen wie organische psychische Störungen (F00-F09), Schizophrenie und verwandte Störungen (F20-F29), affektive Störungen (F30-F39) oder Zwangsstörung (F42.-), oder sie sind *Folge* von kulturell akzeptierten Anschauungen.
 Ende Ja Verdacht Nein

Falls Kriterien A bis E erfüllt: Diagnose:
Soziale Phobie **F 4 0. 1**
 nicht erfüllt Verdacht erfüllt

• Falls die Symptomatik als *klinisch bedeutsam* beurteilt wird und keine andere spezifische Phobie im Sinne von ICD-10 vorliegt, so kann die Restkategorie für umschriebene Phobien gewählt werden:
 Andere phobische Störung (F40.8) Verdacht Ja
 • In den *übrigen Fällen* mit unspezifischer Symptomatik kann die folgende Diagnose gegeben werden:
 Nicht näher bezeichnete phobische Störung (F40.9) Verdacht Ja