



**Spezifische (isolierte) Phobie**

Name: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**A** Deutliche Furcht vor oder Vermeidung eines bestimmten Objekts oder einer bestimmten Situation. Nein  Verdacht  Ja

- Beachten Sie: Objekte oder Situationen müssen *anderer Art* sein als bei Agoraphobie (d.h. vor Menschenmengen, öffentlichen Plätzen, Reisen alleine oder weg von Zuhause). ↓  
Ende
- Beachten Sie: Objekte oder Situationen müssen *anderer Art* sein als bei sozialen Phobien (d.h. beispielsweise in der Öffentlichkeit essen oder sprechen, Bekannten begegnen oder Hinzukommen oder Teilnahme an kleinen Gruppen).

**Spezifizieren Sie die phobischen Objekte oder Situationen:**

Ja <input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/>	Tier-Phobien (z.B. Insekten, Hunde)	Ja <input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/>	Anblick von Blut; Injektionen oder Verletzungen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Natur-Phobien (z.B. Donner, Wasser)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	andere: _____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	situative Phobien (z.B. Aufzug, Tunnel)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

**B** • Bestimmen Sie die in den phobischen Situationen auftretenden Symptome

Symptome autonomer Erregung	Verdacht <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Symptome des Bewußtseins	Verdacht <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
(1) Palpitationen, Herzklopfen oder beschleunigter Puls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(9) Schwindel-, Unsicherheits-, Schwäche- oder Benommenheitsgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(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"/>
(3) Fein- oder grobschlägiger Tremor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(11) Furcht, Kontrolle zu verlieren, verrückt zu werden oder "auszuflippen"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Mundtrockenheit (nicht infolge Medikation oder Exsikkose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(12) Angst, zu sterben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Symptome in Brust oder Abdomen</b>			<b>Allgemeine Symptome</b>		
(5) Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(13) Hitzewallungen oder Kälteschauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) Beklemmungsgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(14) Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) Schmerzen oder Mißempfindungen in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(8) Übelkeit oder Mißempfindungen im Abdomen (z.B. "Rumoren" im Magen)	<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). Nein  Verdacht  Ja

*Spezifische (isolierte) 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
<b>Derzeit:</b> Symptomatik besteht derzeit erstmalig.	<b>Derzeit und früher:</b> Symptomatik besteht derzeit und lag auch zu einem früheren Zeitraum vor.	<b>Früher:</b> Symptomatik bestand zu einem früheren Zeitpunkt (angeben: _____)

**C** Deutliche *emotionale Belastung* durch die Angstsymptome oder das Vermeidungsverhalten, und Einsicht, daß diese *übertrieben* oder *unvernünftig* sind. Nein  Verdacht  Ja

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

Falls Kriterien A bis D erfüllt: Diagnose:

**Spezifische (isolierte) Phobie**

<b>F</b>	<b>4</b>	<b>0.</b>	<b>2</b>
----------	----------	-----------	----------

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