

A-Cbi

Name: _____ Alter: _____ Datum: _____

Interviewer: _____

1. Wenn du dich fürchtest, nimmst du folgendes wahr? <i>When you get scared, do you have the following?</i>	
1. Schweres Atmen (<i>hard to breathe</i>)	JA (1) / NEIN
2. Schwindel (<i>dizziness</i>)	JA (1) / NEIN
3. Herzrasen (<i>beating heart</i>)	JA (1) / NEIN
4. Zittern (<i>shaking</i>)	JA (1) / NEIN
5. Übelkeit (<i>nausea</i>)	JA (1) / NEIN
6. Gefühl „durchzudrehen“ (<i>feeling crazy</i>)	JA (1) / NEIN
7. Sonstiges (<i>other</i>)	JA (1) / NEIN
8. Keine Symptome (<i>no symptoms</i>)	JA
2. Machst du dir häufig Sorgen, ob andere dich mögen? <i>Are you worried that other people like you?</i>	JA (1) / NEIN
3. Ist es schwer für dich, mit unbekanntem Menschen zu sprechen? <i>Is it hard for you to talk to people you don't know?</i>	JA (1) / NEIN
4. Wirst nervös, wenn du vor Anderen etwas tun musst (spielen, reden)? <i>Do you get nervous when you have to do something in front of other people, i.e. talking or playing?</i>	JA (1) / NEIN
5. Glaubst du, dass in deinem Leben alles gut oder besser wird? <i>Do you believe that everything in your life will stay good or get better?</i>	JA / NEIN (1)
6. Hast du Angst, alleine zu sein? <i>Are you afraid of being alone?</i>	JA (1) / NEIN
7. Wirst du schnell nervös? <i>Do you get nervous very fast?</i>	JA (1) / NEIN
8. Kannst du dich fürchten, ohne zu wissen wovor? <i>Do you sometimes get scared without a reason?</i>	JA (1) / NEIN
9. Fühlst du dich „wie in einem Traum“, wenn du sehr große Angst hast? <i>When you get scared, do you feel like you are in a dream (irreal)?</i>	JA (1) / NEIN
10. Träumst du manchmal, dass deiner Familie / Freunden etwas Schreckliches passiert? <i>Do you have nightmares in which something bad happens to your parents or someone you care about?</i>	JA (1) / NEIN
11. Träumst du manchmal davon, dass dir etwas Schlimmes passiert? <i>Do you have nightmares in which something bad happens to you?</i>	JA (1) / NEIN
12. Fürchtest du dich vor bestimmten Dingen (Tieren, Situationen, Orten, Menschen)? <i>Are you afraid of certain things (i.e. animals, situations, places)?</i>	JA (1) / NEIN
13. Glaubst du, dass Andere dir etwas antun wollen? <i>Do you think other people want to hurt you?</i>	JA (1) / NEIN Wenn ja, wer?
14. Hast du Angst, deine Wohnung zu verlassen? <i>Are you afraid to leave your apartment/home?</i>	JA (1) / NEIN
15. Bist du gerne alleine unterwegs? <i>Do you like to go out alone?</i>	JA / NEIN (1)
TOTAL	____/21 Cut-off = 8

Wurden bei Fragen Auffälligkeiten beobachtet? (Handeln, körperliche Reaktion etc.) Wenn ja, was und bei welcher Frage?

A-Cbi

Name: _____ Alter: _____ Datum: _____

Interviewer: _____

Beobachtungsteil

1. Zeigt die Person körperliche Anzeichen von Angst? (Herzrasen, Zittern, Schwindel, Übelkeit, schweres Atmen etc.)
2. Zeigt die Person Auffälligkeiten in Gruppen / oder mit Freunden? (Extremer Rückzug, angespanntes Verhalten in der Gruppe etc.)
3. Schildert die Person eine auffällige Zukunftsperspektive? ODER Ist die Person auffällig viel mit der Vergangenheit beschäftigt?
4. Zeigt die Person deutliche Anzeichen von Nervosität und Anspannung? Wenn ja in welchen Situationen?
5. Berichtet die Person über Auffälligkeiten in Ihrem Schlafverhalten? (Rhythmus, Länge des Schlafs, Alpträume etc.)
6. Beschreibt die Person übermäßige Angstreaktionen vor bestimmten Dingen oder Situationen?
7. Wirkt die Person oft abwesend und gedankenverloren?
8. Sonstige Anmerkungen oder Beobachtungen?

Dieses Material steht unter der Creative-Commons-Lizenz Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International. Um eine Kopie dieser Lizenz zu sehen, besuchen Sie <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

