

**A new questionnaire for estimating the severity of visual height intolerance and acrophobia by a metric interval scale**

Huppert D, Grill E, Brandt T; *Frontiers in Neurology* 2017; DOI: 10.3389/fneur.2017.00211

<b>Visual Height Intolerance Severity Scale (vHISS)</b>		
<b>Question</b>		
<b>Have you already experienced visual height intolerance while looking from a height? (distressing instability when standing or moving)</b>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>Continue to fill out the rest of the questionnaire only if you answered “yes“.</b>	↓ <b>Continue</b>	↓ <b>Finished</b>
<b>1. Because of your visual height intolerance, how much difficulty did you recently have doing sports?</b>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No difficulty Any difficulty (a little/moderately/quite a lot/very much)
<b>2. Because of your visual height intolerance, how much difficulty did you recently have in your daily activities?</b>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	No difficulty A little Moderately/quite a lot/very much
<b>3. Because of your visual height intolerance, how much is your quality of life affected?</b>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Not at all A little Moderately/quite a lot/very much
<b>4. I have visual height intolerance when exposed to heights.</b>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	... occasionally ... often/frequently/always
<b>5. Now I have visual height intolerance that is...</b>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	... less strong than before ... just as strong as before ... stronger than before
<b>6. I have/had visual height intolerance for longer than 6 months.</b>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No Yes

**List A**

**A new questionnaire for estimating the severity of visual height intolerance and acrophobia by a metric interval scale**

Huppert D, Grill E, Brandt T; Frontiers in Neurology 2017; DOI: 10.3389/fneur.2017.00211

<p><b>7. What <u>bodily</u> symptoms do you feel when exposed to heights? (Multiple answers possible)</b></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p><b>a. Trembling</b></p> <p><b>b. Palpitations</b></p> <p><b>c. Inner agitation</b></p> <p><b>d. Sweating/ Moist hands</b></p> <p><b>e. Lightheadedness</b></p> <p><b>f. Postural (to-and-fro) dizziness</b></p> <p><b>g. Weakness in the knees</b></p> <p><b>h. Instability of stance and gait</b></p> <p><b>i. Malaise/queasy feeling in the stomach</b></p> <p><b>k. Oppression</b></p> <p><b>l. Fearfulness</b></p> <p><b>m. Mental image of falling</b></p> <p><b>m. Gait disorder</b></p> <p><b>o. Others.....</b></p> <p><b>None of the above</b></p>
---	--	--

**A new questionnaire for estimating the severity of visual height intolerance and acrophobia by a metric interval scale**

Huppert D, Grill E, Brandt T; Frontiers in Neurology 2017; DOI: 10.3389/fneur.2017.00211

**List B**

<p><b>8. Visual height intolerance is induced by my...</b> (Multiple answers possible)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p><b>Standing on or climbing up a tower</b></p> <p><b>Standing on or walking over a bridge</b></p> <p><b>Standing on or walking up steps</b></p> <p><b>Standing on or climbing up a ladder</b></p> <p><b>Standing on or walking on a balcony</b></p> <p><b>Looking out of a window</b></p> <p><b>Standing or walking on a scaffolding</b></p> <p><b>Standing or walking on a roof</b></p> <p><b>Riding on a carousel or a Ferris wheel</b></p> <p><b>Riding in a ski lift or gondola</b></p> <p><b>Hiking/mountain climbing</b></p> <p><b>Rock climbing</b></p> <p><b>Other situations. If yes, please name:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	--	---

## A new questionnaire for estimating the severity of visual height intolerance and acrophobia by a metric interval scale

Huppert D, Grill E, Brandt T; Frontiers in Neurology 2017; DOI: 10.3389/fneur.2017.00211

### Additional questions for the diagnosis of acrophobia

<b>9. Do you feel very intense fear or extremely strong fear when exposed to heights?</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Yes</b>
	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
<b>10. I try in advance to avoid exposure to heights.</b>	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>
	<input type="checkbox"/>	<b>Yes</b>

### Scoring instructions for the visual Height Intolerance Severity Scale

The scale is based on a set of eight questions for determining the severity of visual height intolerance. Two of the questions are lists: one of symptoms and one of triggers. Two additional questions are for the assessment of acrophobia.

#### 1. Severity of Visual Height Intolerance

- Sum up the score of items 1 to 6.
- Add up the number of symptoms reported from List A (item 7). If there are less than 4 symptoms, add 0 to the total score; if there are 4 or more symptoms, add 1 to the total score.
- Likewise, add up the number of triggers from List B (item 8). If there are less than 4 triggers, add 0 to the total score. If there are 4 to 6 triggers, add 1 to the total score. For 7 to 9 triggers, add 2 to the total score. For 10 or more triggers, add 3 to the total score.

The sum of items 1 to 6, plus items of List A plus items of List B yields the total severity score.

#### Severity score

**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13**

#### 2. Diagnosis of Acrophobia

To meet DSM-V criteria for the diagnosis, one must have:

- at least one of the vegetative symptoms (a. – d.) from List A
- two other additional symptoms from List A
- a positive response to item 6 (duration of at least 6 months) of the severity scale (yes)
- a positive response to items 9 and 10 (yes)

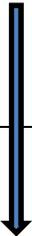
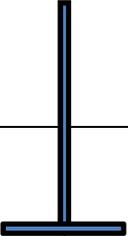
#### Acrophobia

**yes no**

**A new questionnaire for estimating the severity of visual height intolerance and acrophobia by a metric interval scale**

Huppert D, Grill E, Brandt T; Frontiers in Neurology 2017; DOI: 10.3389/fneur.2017.00211

## Fragebogen zur Schwere von visueller Höhenintoleranz (vHISS)

Frage		
Haben Sie bereits Hörschwindel beim Blick aus der Höhe erlebt? (Stand- und/oder Bewegungsunsicherheit)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nur bei "ja" bitte Fragebogen weiter ausfüllen.	 Fortfahren	 Beenden
1. Inwieweit sehen Sie sich durch Ihren Hörschwindel in Ihren sportlichen Aktivitäten beeinträchtigt?	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Gar nicht Ein wenig, mäßig, ziemlich, sehr
2. Inwieweit sehen Sie sich durch Ihren Hörschwindel in Ihren allgemeinen Aktivitäten, d.h. im täglichen Leben, beeinträchtigt?	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Gar nicht Ein wenig Mäßig, ziemlich, sehr
3. Inwieweit sehen Sie sich durch Ihren Hörschwindel in Ihrer Lebensqualität beeinträchtigt?	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Gar nicht Ein wenig Mäßig, ziemlich, sehr
4. Hörschwindel tritt bei mir bei Höhenreizen auf	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	... gelegentlich ... oft/häufig/immer
5. Hörschwindel ist jetzt bei mir ...	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	... weniger stark als früher ... genauso stark wie früher ... stärker als früher
6. Hörschwindel habe/hatte ich länger als 6 Monate.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Nein Ja

**A new questionnaire for estimating the severity of visual height intolerance and acrophobia by a metric interval scale**

Huppert D, Grill E, Brandt T; Frontiers in Neurology 2017; DOI: 10.3389/fneur.2017.00211

**Liste A**

<p><b>7. Welche <u>körperlichen</u> Symptome verspüren Sie bei Höhenreizen?</b> (Mehrfachantworten möglich)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p><b>Zittern</b></p> <p><b>Herzrasen</b></p> <p><b>Innere Unruhe</b></p> <p><b>Schwitzen / Feuchte Hände</b></p> <p><b>Benommenheit</b></p> <p><b>Schwankschwindel</b></p> <p><b>Schwäche in den Knien</b></p> <p><b>Stand-/Trittunsicherheit</b></p> <p><b>Unwohlsein/Flaues Bauchgefühl</b></p> <p><b>Beklemmungsgefühl</b></p> <p><b>Ängstlichkeit</b></p> <p><b>Sturzworstellung</b></p> <p><b>Gangstörung</b></p> <p><b>Andere.....</b></p> <p><b>Keine davon</b></p>
---	--	---

**A new questionnaire for estimating the severity of visual height intolerance and acrophobia by a metric interval scale**

Huppert D, Grill E, Brandt T; Frontiers in Neurology 2017; DOI: 10.3389/fneur.2017.00211

**Liste B**

<p><b>8. Hörschwindel wird bei mir ausgelöst durch</b> ... (Mehrfachantworten möglich)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p><b>Stehen oder Gehen auf einem Turm</b></p> <p><b>Stehen oder Gehen auf einer Brücke</b></p> <p><b>Stehen oder Gehen auf einer Treppe</b></p> <p><b>Stehen oder Gehen auf einer Leiter</b></p> <p><b>Stehen oder Gehen auf einem Balkon</b></p> <p><b>Blick aus Fenster</b></p> <p><b>Stehen oder Gehen auf einem Gerüst</b></p> <p><b>Stehen oder Gehen auf einem Dach</b></p> <p><b>Karussell/ Riesenrad fahren</b></p> <p><b>Lift/Gondel fahren</b></p> <p><b>Wandern/ Bergsteigen</b></p> <p><b>Klettern</b></p> <p><b>Sonstige Situationen</b></p> <p><b>und zwar:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	--	--

# A new questionnaire for estimating the severity of visual height intolerance and acrophobia by a metric interval scale

Huppert D, Grill E, Brandt T; Frontiers in Neurology 2017; DOI: 10.3389/fneur.2017.00211

## Zusatzfragen für die Diagnose Akrophobie

9. Verspüren Sie bei Höhenreizen sehr starke Angst?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
10. Ich versuche im Vorfeld, Höhenreize zu umgehen.	<input type="checkbox"/>	Nein
	<input type="checkbox"/>	Ja

### Instruktionen zur Auswertung der Schweregradskala

Die Skala basiert auf acht Fragen zur Ermittlung der Schwere einer visuellen Höhenintoleranz. Zwei der Fragen sind Listen: eine der Symptome und eine der Auslösesituationen. Zwei zusätzliche Fragen dienen zur Diagnose einer Akrophobie.

#### 1. Schwere der visuellen Höhenintoleranz

- Zählen Sie die Punkte der Fragen 1 – 6 zusammen.
- Zählen Sie die Anzahl der Symptome aus Liste A zusammen (Frage 7). Bei weniger als vier Symptomen addieren Sie 0 zu der Skala, bei mehr als vier Symptomen addieren Sie 1 zu der Skala.
- Zählen Sie die Anzahl der Auslösesituationen aus Liste B zusammen (Frage 8). Bei weniger als vier Auslösern addieren Sie 0 zu der Skala, bei mehr als vier Auslösern 1. Bei 7 bis 9 Auslösesituationen addieren Sie 2, bei mehr als 10 Auslösern 3 zu der Gesamtskala.

Die Summe der Fragen 1 - 6, plus die Punkte aus Liste A plus die Punkte aus Liste B ergibt den Gesamtwert der Skala

#### Schweregrad (Skala)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13

#### 2. Diagnose einer Akrophobie

Für die Diagnosekriterien von ICD-10 bzw. DSM-5 müssen vorliegen:

- Mindestens ein vegetatives Symptom (a. – d.) der Liste A
- Zwei weitere Symptome der Liste A
- Eine positive Antwort auf Frage 6 (Dauer mindestens 6 Monate) der Schweregradskala ("ja")
- Eine positive Antwort auf die Fragen 9 und 10 ("ja")

#### Akrophobie

ja nein