# FSP - Freiburger Screening für Psychische Störungen

## nach ICD-10

*Hölzel, Ower, Berger, Stieglitz*

Kompetenzzentrum Psychotherapie
an den medizinischen Fakultäten Baden-Württembergs

**Name:**_____ **Geburtsdatum:** _____

**Geschlecht:** ☐ männlich ☐ weiblich **Datum des Screenings:** _____

In diesem halbstrukturierten Interview wird der Patient nach psychischen Beeinträchtigungen in den letzten **ZWEI WOCHEN** gefragt. Bitte entscheiden Sie ob die Beeinträchtigung vorliegt und bedeutungsvoll ist. Bitten Sie den Patienten für diese Einschätzung um eine nähere Beschreibung oder Beispiele.

| | **Einleitungssatz: Im Folgenden werde ich Ihnen einige Fragen zu verschiedenen Bereichen ihres psychischen Befindens stellen. Manche Fragen werden Ihnen eventuell befremdlich vorkommen, bitte lassen Sie sich dadurch nicht verunsichern.<br>Die Fragen beziehen sich in der Regel auf die letzten ZWEI Wochen.** | **Nicht vorhanden/ nicht bedeutsam** | **Vorhanden/ bedeutsam** |
|---|---|---|---|
| **Depression** | 1. Haben Sie **weniger Interesse oder Freude** an Dingen und Aktivitäten? | 0 | 1 |
| | 2. Fühlen Sie sich **niedergeschlagen, depressiv** und **hoffnungslos**? | 0 | 1 |
| | 3. Fühlen Sie sich in Ihrem **Antrieb** bzw. Elan beeinträchtigt? | 0 | 1 |
| **Schlaf** | 4. Haben Sie Probleme mit dem **Schlaf**? | 0 | 1 |
| **Suizidalität** | 5. Haben Sie Gedanken, sich etwas **anzutun**? | 0 | 1 |
| **Manie** | 6. **Schlafen** Sie zurzeit **weniger** als sonst und haben trotzdem **viel Energie**? **Falls nein:** Hatten Sie jemals eine Phase in der das so war? | 0 | 1 |
| | 7. Sind Sie in letzter Zeit **aktiver als gewöhnlich** oder machten **leichtsinnig Dinge** (z.B. rücksichtsloses Autofahren, Lokalrunden geben)? **Falls nein:** Hatten Sie jemals eine Phase in der das so war? | 0 | 1 |
| **Angst** | 8. Fühlen Sie sich **angespannt, ängstlich** und **besorgt**? | 0 | 1 |
| | 9. Hatten Sie einen **Angst-** oder **Panikanfall?** | 0 | 1 |
| | 10. **Vermeiden** Sie bestimmte **Situationen**? | 0 | 1 |
| **Somatoform** | 11. Haben Sie **Beschwerden und Schmerzen** (z.B. Kopf, Rücken, Gelenke, Bauch), für die bisher keine Erklärung gefunden wurden? | 0 | 1 |
| | 12. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Beschwerden von Ärzten bisher **nicht ausreichend ernst genommen** wurden? | 0 | 1 |
| **Sexualität** | 13. Sind Sie mit Ihrem **Sexualleben** insgesamt **zufrieden**? | 0 | 1 |
| **Psychose** | 14. Haben Sie **Dinge** erlebt, die Ihnen **merkwürdig** vorkamen und die Sie **beunruhigten** oder Ihnen **Angst machten**? | 0 | 1 |
| | 15. Haben Sie **Stimmen** von Personen gehört, die aber nicht anwesend waren? | 0 | 1 |
| | 16. Haben Sie den Eindruck, dass **andere** einen **Einfluss auf** Ihre **Gedanken** haben? | 0 | 1 |

# FSP - Freiburger Screening für Psychische Störungen

## nach ICD-10

*Hölzel, Ower, Berger, Stieglitz*

Kompetenzzentrum Psychotherapie
an den medizinischen Fakultäten Baden-Württembergs

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Gedächtnis** | 17. Haben Sie Probleme, sich **neue Dinge zu merken** oder sich zu **orientieren** (z.B. nach Hause zu finden)? | 0 | 1 |
| **Zwang** | 18. Müssen Sie bestimmte **Gedanken immer wieder denken**, obwohl Sie dies nicht wollen? | 0 | 1 |
| | 19. Müssen Sie bestimmte **Dinge immer wieder tun**, obwohl Sie sie für unsinnig halten und sich dagegen zur Wehr setzen? | 0 | 1 |
| **Substanzabhängigkeit** | 20. **Rauchen** Sie? | 0 | 1 |
| | 21. An wie vielen **Tagen pro Woche** trinken Sie **Alkohol**? (Kriterium bei >5 erfüllt) | 0 | 1 |
| | 22. Wie viele **Gläser Alkohol** trinken Sie an einem durchschnittlichen Tag, an dem Sie Alkohol trinken? (Kriterium: Männer >2 Standardgetränke, Frauen >1 Standardgetränke) | 0 | 1 |
| | 23. Nehmen Sie **Medikamente ohne** ärztliche **Verordnung** oder fühlen Sie sich von einem verordneten Medikament **abhängig**? | 0 | 1 |
| | 24. Nehmen Sie noch andere Substanzen oder **Drogen** zu sich? | 0 | 1 |
| **Essstörungen** | 25. Kennen Sie **Essanfälle**, bei denen Sie das Gefühl haben, sich nicht mehr kontrollieren zu können? **[oder: BMI ≤ 17,5 ]** | 0 | 1 |
| **Reakt. auf schw. Belastungen & Anpassungsst.** | 26. Haben Sie in Ihrem Leben je ein **traumatisches äußerst belastendes Ereignis** erlebt, das Ihnen heute noch nachhängt? | 0 | 1 |
| | 27. Gibt es **aktuell starke Belastungen**, von denen Sie sich überfordert und beeinträchtigt fühlen? | 0 | 1 |
| **Borderline** | 28. Kommt es vor, dass Sie sich **absichtlich schneiden**, brennen oder anderweitig verletzen? | 0 | 1 |
| | 29. Leiden Sie stark unter **Stimmungsschwankungen**? | 0 | 1 |
| **ADHS** | 30. Sind Sie **schlecht organisiert**, **vergessen viel** und können sich auf Routinetätigkeiten **schlecht konzentrieren**? | 0 | 1 |
| | 31. Sind Sie ein Mensch mit **hohem Bewegungsdrang** („Zappelphilipp“)? | 0 | 1 |
| **Asperger** | 32. Haben Sie **in Gruppensituationen Probleme zu verstehen**, was die anderen sagen oder meinen? | 0 | 1 |
| | 33. **Planen** Sie Ihre **Tagesabläufe** detailliert voraus oder sind Ihnen **Routinen** oder **Rituale** wichtig? | 0 | 1 |

**Alle Störungsbereiche, in denen ein Kriterium erfüllt ist, müssen im nächsten Schritt weiter exploriert werden.**