# FSP - Freiburger Screening für Psychische Störungen

**nach ICD-10**

**Selbstbeurteilungsversion für Erwachsene**

*Hölzel, Ower, Berger, Stieglitz*

Kompetenzzentrum Psychotherapie
an den medizinischen Fakultäten Baden-Württembergs

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

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

**Anleitung:**

Im Folgenden werden Ihnen einige Fragen zu Ihrem psychischen Befinden gestellt. Bitte kreuzen Sie für jede Frage an, ob Sie von dem jeweiligen Problem **in den letzten zwei Wochen** bedeutsam belastet wurden. Manche Fragen werden Ihnen eventuell befremdlich vorkommen, bitte lassen Sie sich dadurch nicht verunsichern.

| | **Wurden Sie in den *letzten ZWEI (2) WOCHEN* bedeutsam von den folgenden Problemen belastet?** | **Nicht vorhanden/ nicht bedeutsam** | **Vorhanden/ bedeutsam** |
|---|---|---|---|
| I. | 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 |
| II. | 4. Haben Sie Probleme mit dem **Schlaf**? | 0 | 1 |
| III. | 5. Haben Sie Gedanken, sich etwas **anzutun**? | 0 | 1 |
| IV. | 6. **Schlafen** Sie zurzeit **weniger** als sonst und haben trotzdem **viel Energie**? 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)? Hatten Sie jemals eine Phase, in der das so war? | 0 | 1 |
| V. | 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 |
| VI. | 11. Haben Sie **Beschwerden und Schmerzen** (z.B. Kopf, Rücken, Gelenke, Bauch), für die bisher keine Erklärung gefunden wurde? | 0 | 1 |
| | 12. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Beschwerden von Ärzten bisher **nicht ausreichend ernst genommen** wurden? | 0 | 1 |
| VII. | 13. Sind Sie mit Ihrem **Sexualleben** insgesamt **zufrieden**? | 0 | 1 |
| VIII. | 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 nicht anwesend waren? | 0 | 1 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 16. Haben Sie den Eindruck, dass **andere** einen **Einfluss auf** Ihre **Gedanken** haben? | 0 | 1 |
| IX. | 17. Haben Sie Probleme, sich **neue Dinge zu merken** oder sich zu **orientieren** (z.B. nach Hause zu finden)? | 0 | 1 |
| X. | 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 |
| XI. | 20. **Rauchen** Sie? | 0 | 1 |
| | 21. Trinken Sie an **mehr als 5 Tagen** pro Woche **Alkohol**? | 0 | 1 |
| | 22. Trinken Sie an einem durchschnittlichen Tag, an dem Sie Alkohol trinken, mehr als 1 Standardgetränk (als Frau) bzw. mehr als 2 Standardgetränke (als Mann)? | 0 | 1 |
| | 23. Nehmen Sie **Medikamente ohne** ärztliche **Verordnung** ein oder fühlen Sie sich von einem verordneten Medikament **abhängig**? | 0 | 1 |
| | 24. Nehmen Sie noch andere Substanzen oder **Drogen** zu sich? | 0 | 1 |
| XII. | 25. Kennen Sie **Essanfälle**, bei denen Sie das Gefühl haben, sich nicht mehr kontrollieren zu können? | 0 | 1 |
| XIII. | 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 |
| XIV. | 28. Kommt es vor, dass Sie sich a**bsichtlich schneiden**, brennen oder anderweitig verletzen? | 0 | 1 |
| | 29. Leiden Sie stark unter **Stimmungsschwankungen**? | 0 | 1 |
| XV. | 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 |
| XVI. | 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 |