

FSP - Freiburger Screening für Psychische Störungen

nach ICD-10

Hölzel, Ower, Berger, Stieglitz



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. 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 ? <i>Falls nein:</i> 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)? <i>Falls nein:</i> 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 wurde?	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

FSP - Freiburger Screening für Psychische Störungen

nach ICD-10

Hölzel, Ower, Berger, Stieglitz



	16. Haben Sie den Eindruck, dass andere einen Einfluss auf Ihre Gedanken haben?	0	1
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 ? (<i>Kriterium</i> bei > 5 erfüllt)	0	1
	22. Wie viele Gläser Alkohol trinken Sie an einem durchschnittlichen Tag, an dem Sie Alkohol trinken? (<i>Kriterium</i> : 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
Reaktion auf schwere Belastungen & Anpassungsstörung	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

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