

FSP - Freiburger Screening für Psychische Störungen

nach ICD-10

Selbstbeurteilungsversion für Erwachsene

Hölzel, Ower, Berger, Stieglitz



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 <i>letzten ZWEI (2) WOCHEN</i> 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

FSP - Freiburger Screening für Psychische Störungen

nach ICD-10

Selbstbeurteilungsversion für Erwachsene

Hölzel, Ower, Berger, Stieglitz



	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 absichtlich schneiden , brennen oder anderweitig verletzen?	0	1
	29. Leiden Sie stark unter Stimmungsschwankungen ?	0	1