

Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (Dimensionale Skala für Zwangsstörungen)

Instruktionen: Dieser Fragebogen erfasst vier verschiedene Kategorien von Befürchtungen, die Sie möglicherweise erleben oder nicht erleben. Für jede Kategorie finden Sie eine Beschreibung von Gedanken (manchmal auch Zwangsgedanken genannt) und Verhaltensweisen (manchmal auch Rituale oder Zwangshandlungen genannt), die typisch für diese spezifische Art von Befürchtung sind, gefolgt von fünf Fragen zu Ihren Erfahrungen mit diesen Gedanken und Verhaltensweisen. Bitte lesen Sie jede Beschreibung sorgfältig durch und beantworten Sie die Fragen für jede Kategorie basierend auf Ihren Erfahrungen im letzten Monat.

Kategorie 1: Befürchtungen bezüglich Keimen und Verunreinigung

Beispiele...

- Gedanken oder Gefühle, dass Sie durch den Kontakt mit (oder die Nähe zu) einem bestimmten Objekt oder einer bestimmten Person verunreinigt sind.
- Das Gefühl, dass Sie verunreinigt sind, weil Sie sich an einem bestimmten Ort aufgehalten haben (wie z.B. der Toilette).
- Gedanken über Keime, Krankheiten oder die Möglichkeit, Verunreinigung zu verbreiten.
- Händewaschen, Benutzung von Hand-Desinfektionsmitteln, Duschen, Wechseln der Kleidung oder Reinigen von Objekten aus Sorge vor einer Verunreinigung.
- Einhalten einer bestimmten Routine (z.B. im Bad oder beim Ankleiden) aus Sorge vor Verunreinigung.
- Vermeidung von bestimmten Personen, Gegenständen oder Orten aus Sorge vor Verunreinigung.

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen mit Gedanken und Verhaltensweisen zum Thema Verunreinigung während des letzten Monats. Beachten Sie dabei, dass Ihre eigenen Erfahrungen von den oben aufgeführten Beispielen geringfügig abweichen können. Bitte markieren Sie die Ziffer, die am ehesten Ihrer Erfahrung entspricht:

1. Wieviel Zeit haben Sie ungefähr täglich damit verbracht, über Verunreinigung nachzudenken und sind aufgrund dessen Handlungen wie Waschen oder Putzen nachgegangen?
 - 0 Keine
 - 1 Weniger als 1 Stunde täglich
 - 2 Zwischen 1 und 3 Stunden täglich
 - 3 Zwischen 3 und 8 Stunden täglich
 - 4 8 Stunden oder mehr täglich

2. In welchem Ausmaß haben Sie Situationen vermieden, die Befürchtungen bezüglich Verunreinigung oder Zeitaufwand für Waschen, Reinigen oder Duschen hervorrufen könnten?
 - 0 Keine Vermeidung
 - 1 Geringfügige Vermeidung
 - 2 Mäßige Vermeidung
 - 3 Starke Vermeidung
 - 4 Extreme Vermeidung von nahezu allen Auslösern

Fortsetzung →

3. Wenn Sie Gedanken über mögliche Verunreinigungen hatten, sich aber nicht waschen, reinigen oder duschen (oder auf andere Art die Verunreinigung entfernen) konnten, wie stark hat Sie das beunruhigt oder geängstigt?
- 0 Gar nicht beunruhigt/geängstigt
 - 1 Leicht beunruhigt/geängstigt
 - 2 Mäßig beunruhigt/geängstigt
 - 3 Stark beunruhigt/geängstigt
 - 4 Extrem beunruhigt/geängstigt
4. In welchem Ausmaß wurde Ihre tägliche Routine (Arbeit, Schule, Selbstfürsorge, Sozialleben) beeinträchtigt durch Befürchtungen bezüglich Verunreinigung und ausgeprägtes Waschen, Duschen, Reinigen oder Vermeidungsverhalten?
- 0 Keine Beeinträchtigung
 - 1 Geringfügige Beeinträchtigung, aber meistens komme ich gut zurecht
 - 2 Viele Abläufe sind beeinträchtigt, aber ich komme noch zurecht
 - 3 Mein Leben ist in vielfältiger Weise beeinträchtigt und ich habe Probleme, zurecht zu kommen
 - 4 Mein Leben ist vollkommen beeinträchtigt und ich komme überhaupt nicht zurecht
5. Wie schwierig ist es für Sie, Gedanken über Verunreinigung auszublenden und Verhaltensweisen wie Waschen, Duschen, Reinigen oder andere Säuberungsroutinen zu unterlassen, wenn Sie es versuchen?
- 0 Gar nicht schwierig
 - 1 Geringfügig schwierig
 - 2 Mäßig schwierig
 - 3 Sehr schwierig
 - 4 Extrem schwierig

Kategorie 2: Befürchtungen darüber, für Schaden, Verletzungen oder Unglück verantwortlich zu sein

Beispiele...

- Bedenken, dass Sie einen Fehler gemacht haben könnten, der etwas Schreckliches oder Schädliches verursachen könnte.
- Der Gedanke, dass sich ein furchtbarer Unfall, eine Katastrophe, eine Verletzung oder ein anderes Unglück ereignet haben könnte und dass Sie nicht vorsichtig genug waren, es zu verhindern.
- Der Gedanke, dass Sie Schaden oder Unglück verhindern könnten, indem Sie Dinge auf eine bestimmte Art und Weise ausführen, bis zu bestimmten Zahlen zählen oder indem Sie bestimmte „schlechte“ Zahlen oder Wörter vermeiden.
- Der Gedanke, dass Sie etwas Wichtiges verlieren könnten, obwohl es unwahrscheinlich ist (z.B. Geldbeutel, Identitätsmissbrauch, wichtige Papiere).
- Kontrollieren von Dingen, wie Schlössern, Schaltern, Geldbeutel, etc. öfter als es notwendig ist.
- Wiederholtes Fragen oder Suche nach Rückversicherung, dass ein schlimmes Ereignis nicht passiert ist oder passieren wird.
- Gedankliches Durchgehen vergangener Ereignisse, um sicherzugehen, dass Sie nichts falsch gemacht haben.
- Das Bedürfnis, einer besonderen Routine zu folgen, um Schaden oder Unheil zu vermeiden.
- Das Bedürfnis, bis zu bestimmten Zahlen zu zählen oder bestimmte schlechte Zahlen zu vermeiden aus Angst vor Unheil.

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen während des letzten Monats mit Gedanken und Verhaltensweisen, die sich auf Schaden und Unheil beziehen. Beachten Sie dabei, dass Ihre eigenen Erfahrungen von den oben aufgeführten Beispielen geringfügig abweichen können. Bitte markieren Sie die Ziffer, die am ehesten Ihrer Erfahrung entspricht:

1. Wieviel Zeit haben Sie ungefähr täglich damit verbracht, über die Möglichkeit von Schaden oder Unheil nachzudenken und kontrolliert oder sich rückversichert, dass solche Dinge nicht passieren oder passiert sind?
 - 0 Keine
 - 1 Weniger als 1 Stunde täglich
 - 2 Zwischen 1 und 3 Stunden täglich
 - 3 Zwischen 3 und 8 Stunden täglich
 - 4 8 Stunden oder mehr täglich

2. In welchem Ausmaß haben Sie Situationen vermieden, die Befürchtungen bezüglich Schaden oder Unheil oder Kontrollrituale auslösen könnten?
 - 0 Keine Vermeidung
 - 1 Geringfügige Vermeidung
 - 2 Mäßige Vermeidung
 - 3 Starke Vermeidung
 - 4 Extreme Vermeidung von nahezu allen Auslösern

3. Wenn Sie Gedanken über Schaden oder Unheil hatten oder wenn keine Gelegenheit zum Kontrollieren oder Rückversichern bestand, wie stark hat Sie das beunruhigt oder geängstigt?
 - 0 Gar nicht beunruhigt/geängstigt

Fortsetzung →

- 1 Leicht beunruhigt/geängstigt
- 2 Mäßig beunruhigt/geängstigt
- 3 Stark beunruhigt/geängstigt
- 4 Extrem beunruhigt/geängstigt

4. In welchem Ausmaß wurde Ihre tägliche Routine (Arbeit, Schule, Selbstfürsorge, Sozialleben) beeinträchtigt durch Befürchtungen bezüglich Schaden und Unheil und ausgeprägtes Kontrollieren oder Rückversichern?

- 0 Keine Beeinträchtigung
- 1 Geringfügige Beeinträchtigung, aber meistens komme ich gut zurecht
- 2 Viele Abläufe sind beeinträchtigt, aber ich komme noch zurecht
- 3 Mein Leben ist in vielfältiger Weise beeinträchtigt und ich habe Probleme, zurecht zu kommen
- 4 Mein Leben ist vollkommen beeinträchtigt und ich komme überhaupt nicht zurecht

5. Wie schwierig ist es für Sie, Gedanken an möglichen Schaden oder mögliches Unheil auszublenden und Kontroll- und Rückversicherungsverhalten zu unterlassen, wenn Sie es versuchen?

- 0 Gar nicht schwierig
- 1 Geringfügig schwierig
- 2 Mäßig schwierig
- 3 Sehr schwierig
- 4 Extrem schwierig

Kategorie 3: Inakzeptable Gedanken

Beispiele...

- Unangenehme Gedanken über Sex, Unmoral oder Gewalt, die Ihnen gegen Ihren Willen in den Sinn kommen.
- Gedanken daran, schreckliche, unanständige oder peinliche Dinge zu tun, die Sie eigentlich nicht tun wollen.
- Wiederholen einer Handlung oder Einhalten einer besonderen Routine wegen eines schlechten Gedankens.
- Gedanklich eine Handlung ausführen oder Gebete sprechen, um einen unerwünschten oder unangenehmen Gedanken loszuwerden.
- Vermeidung bestimmter Personen, Orte, Situationen oder anderer Auslöser von unerwünschten oder unangenehmen Gedanken.

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen während des letzten Monats mit unerwünschten Gedanken, die gegen Ihren Willen aufkommen, sowie mit Verhaltensweisen, die darauf ausgerichtet sind, mit solchen Gedanken fertig zu werden. Beachten Sie dabei, dass Ihre eigenen Erfahrungen von den oben aufgeführten Beispielen geringfügig abweichen können. Bitte markieren Sie die Ziffer, die am ehesten Ihrer Erfahrung entspricht:

1. Wieviel Zeit haben Sie ungefähr täglich mit unerwünschten, unangenehmen Gedanken verbracht und mit Verhaltensweisen und gedanklichen Handlungen, die darauf ausgerichtet sind, mit solchen Gedanken fertig zu werden?
 - 0 Keine
 - 1 Weniger als 1 Stunde täglich
 - 2 Zwischen 1 und 3 Stunden täglich
 - 3 Zwischen 3 und 8 Stunden täglich
 - 4 8 Stunden oder mehr täglich

2. In welchem Ausmaß haben Sie Situationen, Orte, Objekte oder andere Auslöser (z.B. Zahlen oder Personen) vermieden, die unerwünschte oder unangenehme Gedanken hervorrufen?
 - 0 Keine Vermeidung
 - 1 Geringfügige Vermeidung
 - 2 Mäßige Vermeidung
 - 3 Starke Vermeidung
 - 4 Extreme Vermeidung von nahezu allen Auslösern

3. Wenn Ihnen unerwünschte oder unangenehme Gedanken gegen Ihren Willen in den Sinn kamen, wie stark hat Sie das beunruhigt oder geängstigt?
 - 0 Gar nicht beunruhigt/geängstigt
 - 1 Leicht beunruhigt/geängstigt
 - 2 Mäßig beunruhigt/geängstigt
 - 3 Stark beunruhigt/geängstigt
 - 4 Extrem beunruhigt/geängstigt

Fortsetzung →

4. In welchem Ausmaß wurde Ihre tägliche Routine (Arbeit, Schule, Selbstfürsorge, Sozialleben) beeinträchtigt durch unerwünschte oder unangenehme Gedanken und Bemühungen, diese Gedanken zu vermeiden oder damit fertig zu werden?
- 0 Keine Beeinträchtigung
 - 1 Geringfügige Beeinträchtigung, aber meistens komme ich gut zurecht
 - 2 Viele Abläufe sind beeinträchtigt, aber ich komme noch zurecht
 - 3 Mein Leben ist in vielfältiger Weise beeinträchtigt und ich habe Probleme, zurecht zu kommen
 - 4 Mein Leben ist vollkommen beeinträchtigt und ich komme überhaupt nicht zurecht
5. Wie schwierig ist es für Sie, unerwünschte oder unangenehme Gedanken auszublenden sowie Verhaltensweisen und gedankliche Handlungen zu ihrer Kontrolle zu unterlassen, wenn Sie es versuchen?
- 0 Gar nicht schwierig
 - 1 Geringfügig schwierig
 - 2 Mäßig schwierig
 - 3 Sehr schwierig
 - 4 Extrem schwierig

Kategorie 4: Befürchtungen, die Symmetrie und Vollständigkeit betreffen, und das Bedürfnis, dass Dinge „genau richtig“ sein müssen

Beispiele...

- Das Bedürfnis nach Symmetrie, Gleichmäßigkeit, Gleichgewicht oder Genauigkeit.
- Gefühle, dass irgendetwas „nicht genau richtig“ ist.
- Wiederholen einer Routinehandlung bis es sich „genau richtig“ oder „ausgeglichen“ anfühlt.
- Zählen von sinnlosen Dingen (z.B. Bodenfliesen, Wörter in einem Satz).
- Unnötiges Anordnen von Dingen in einer bestimmten „Ordnung“.
- Etwas wiederholt auf dieselbe Weise sagen müssen, bis es sich „genau richtig“ anfühlt.

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen während des letzten Monats mit Gefühlen, dass irgendetwas „nicht genau richtig“ ist und mit Verhaltensweisen, die darauf ausgerichtet sind, Ordnung, Symmetrie oder Gleichgewicht herzustellen. Beachten Sie dabei, dass Ihre eigenen Erfahrungen von den oben aufgeführten Beispielen geringfügig abweichen können. Bitte markieren Sie die Ziffer, die am ehesten Ihrer Erfahrung entspricht:

1. Wieviel Zeit haben Sie ungefähr täglich mit unerwünschten Gedanken über Symmetrie, Ordnung oder Gleichgewicht verbracht und mit Handlungen, die dazu bestimmt sind, Ordnung, Symmetrie oder Gleichgewicht zu erreichen?
 - 0 Keine
 - 1 Weniger als 1 Stunde täglich
 - 2 Zwischen 1 und 3 Stunden täglich
 - 3 Zwischen 3 und 8 Stunden täglich
 - 4 8 Stunden oder mehr täglich

2. In welchem Ausmaß haben Sie Situationen, Orte oder Objekte vermieden, die mit dem Gefühl verbunden sind, dass etwas nicht symmetrisch oder „nicht genau richtig“ ist?
 - 0 Keine Vermeidung
 - 1 Geringfügige Vermeidung
 - 2 Mäßige Vermeidung
 - 3 Starke Vermeidung
 - 4 Extreme Vermeidung von nahezu allen Auslösern

3. Wenn Sie das Gefühl hatten, dass etwas „nicht genau richtig“ ist, wie stark hat Sie das beunruhigt oder geängstigt?
 - 0 Gar nicht beunruhigt/geängstigt
 - 1 Leicht beunruhigt/geängstigt
 - 2 Mäßig beunruhigt/geängstigt
 - 3 Stark beunruhigt/geängstigt
 - 4 Extrem beunruhigt/geängstigt

Fortsetzung →

4. In welchem Ausmaß wurde Ihre tägliche Routine (Arbeit, Schule, Selbstfürsorge, Sozialleben) beeinträchtigt durch das Gefühl, dass etwas „nicht genau richtig“ ist, und durch Bemühungen, die Dinge zu ordnen oder das Gefühl herbeizuführen, dass sie „genau richtig“ sind?
- 0 Keine Beeinträchtigung
 - 1 Geringfügige Beeinträchtigung, aber meistens komme ich gut zurecht
 - 2 Viele Abläufe sind beeinträchtigt, aber ich komme noch zurecht
 - 3 Mein Leben ist in vielfältiger Weise beeinträchtigt und ich habe Probleme, zurecht zu kommen
 - 4 Mein Leben ist vollkommen beeinträchtigt und ich komme überhaupt nicht zurecht
5. Wie schwierig ist es für Sie, Gedanken an fehlende Symmetrie und Ordnung auszublenden und den Drang zu unterdrücken, Dinge anzuordnen oder bestimmte Handlungen zu wiederholen, wenn Sie es versuchen?
- 0 Gar nicht schwierig
 - 1 Geringfügig schwierig
 - 2 Mäßig schwierig
 - 3 Sehr schwierig
 - 4 Extrem schwierig