



### Fragebogen zur Zwangsstörung

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

<b>Werden Sie beunruhigt von unangenehmen Gedanken oder Bildern, die Ihnen wiederholt in den Sinn kommen ? Wie zum Beispiel....</b>				
		Ja	Nein	
1.	Sorgen wegen möglicher Verschmutzung oder Ansteckung (z.B. Dreck, Keime, Chemikalien, Strahlung) oder der Ansteckung mit einer schweren Krankheit (z.B. Aids).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Übermäßiges Bedürfnis Gegenstände (z.B. Kleidung, Werkzeug, Lebensmittel) in einer perfekten Ordnung oder einer bestimmten Art arrangiert zu halten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Geistige Vorstellung (Bilder) vom Tod oder entsetzlichen Ereignissen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Persönlich inakzeptable Gedanken z.B. mit religiösem oder sexuellen Inhalt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Befürchten Sie, dass schlimme Dinge passieren könnten wie zum Beispiel.....</b>				
5.	Feuer, Einbruch, Überflutung des Hauses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Dass Sie aus Versehen einen Fußgänger mit dem Auto streifen oder es den Berg runterrollen lassen könnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Dass Sie eine Krankheit (z.B. Aids) verbreiten könnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Dass Sie etwas Wertvolles verlieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Dass einem lieben Menschen etwas Schlimmes passiert, weil Sie nicht genug aufgepasst haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Befürchten Sie, dass Sie einem ungewollten oder sinnlosen Impuls nachgehen könnten, zum Beispiel....</b>				
10.	Obszöne Dinge ausrufen, einem lieben Menschen Schaden zufügen (z.B. ihn zu verletzen), einem Fremden vor einen Bus stoßen, das eigene Auto in den Gegenverkehr lenken, unangemessene sexuelle Kontakte haben, jemanden mit Essen vergiften usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	übermäßiges oder ritualisiertes Waschen, Reinigen oder Putzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Kontrollieren von Lichtschaltern, Wasserhähnen, dem Herd, Türschlössern oder der Handbremse im Auto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	Zählen, Ausrichten von Gegenständen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	Sammeln von nutzlosen Dingen oder Untersuchen des Abfalls, bevor er weggeworfen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.	Routinehandlungen wiederholen (z.B. vom Stuhl aufstehen und wieder hinsetzen, durch eine Tür rein und raus gehen) bis es sich „gerade richtig“ anfühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.	Objekte oder Personen berühren müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.	Unnötiges oder mehrfaches Lesen, Schreiben oder Wiederöffnen von Briefen, vor dem Abschicken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18.	Untersuchen des Körpers nach Krankheitszeichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19.	Vermeiden von bestimmten Farben (z.B. „rot bedeutet Blut“), Zahlen (z.B. „ungerade Zahlen bringen Unglück“) oder Namen (z.B. „solche, die mit T beginnen bedeutet Tod“), die mit befürchteten Ereignissen oder unangenehmen Gedanken in Verbindung stehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20-	Das Bedürfnis „zu bekennen“ oder wiederholt Bestätigung einholen, dass Sie etwas korrekt gesagt oder getan haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Die folgenden Fragen beziehen sich auf die wiederholten Gedanken, Vorstellungen oder Verhaltensweisen, die in den Fragen 1 bis 20 abgefragt wurden. Bitte berücksichtigen Sie die letzten 30 Tage, wenn Sie eine Antwort auswählen. Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die am ehesten auf Sie zutrifft.</b>				
<b>Wie viel Zeit beanspruchen die Gedanken oder Verhaltensweisen durchschnittlich pro Tag ?</b>				
keine	etwas < 1 Stunde	mittel 1-3 Stunden	viel 3-8 Stunden	extrem > 8 Stunden
○	○	○	○	○

<b>Wie viel Unbehagen verursachen die Gedanken oder Verhaltensweisen ?</b>				
kein	etwas	mittel	viel	extrem
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Wie schwer fällt es Ihnen die Impulse zu kontrollieren ?</b>				
gar nicht	leicht	deutlich	stark	extrem
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Wie sehr vermeiden Sie wegen der Zwangsimpulse bestimmte Dinge zu tun, bestimmte Orte oder Personen aufzusuchen ?</b>				
gar nicht	gelegentlich	öfter	häufig	extrem
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dieser Fragebogen ersetzt keine Diagnose. Eine Diagnose kann nur von Fachärzten gestellt werden. Nutzen Sie diesen Fragebogen und bringen Sie diesen Fragebogen ausgefüllt zum nächsten bzw. ersten Termin mit.				
© Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie Alexandra Schöllhammer				