



## Zwangsstörung

Name: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_ Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

**Hinweis:** Bitte beachten Sie, dass Zwangshandlungen oder Zwangsgedanken von den PatientInnen meist als sehr beschämend erlebt werden und somit erst auf direktes Nachfragen geäußert werden. Mögliche Hinweise auf eine Zwangsstörung könnten Hautveränderungen (z.B. Ekzeme durch Waschwang), ständige Verspätungen oder das Verpassen von Terminen (verursacht durch den Zeitaufwand des Kontrollzwangs beim Verlassen des Hauses) sein.

### In den letzten zwei Wochen...

<b>A</b>	Litten Sie an den meisten Tagen an sich <b>aufzwingenden / aufdrängenden Gedanken</b> (Ideen, Vorstellungen) oder <b>Handlungen</b> ?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
		→Ende	
	<b>Bitte beschreiben Sie die Zwangssymptomatik:</b>		
	.....		
	.....		

Bitte überprüfen Sie, inwieweit die unter **A** beschriebenen **Symptome** durch folgende Merkmale gekennzeichnet sind:

	Nein	Ja
<b>B</b> (1) Nehmen Sie die Gedanken bzw. Handlungen als ihre <b>eigenen</b> (d.h. nicht von außen eingegeben) wahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) <b>Wiederholen</b> sich die Gedanken bzw. Handlungen ständig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Erscheinen Ihnen diese Gedanken / Handlungen als <b>übertrieben</b> oder <b>sinnlos</b> ? <i>[mind. ein/e Gedanke/Handlung]</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Empfinden Sie die Gedanken / Handlungen als <b>unangenehm</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Haben Sie versucht, gegen diese Gedanken bzw. Handlungen <b>Widerstand</b> zu leisten? Hatten Sie dabei den Eindruck sich zumindest bei einem Gedanken / bei einer Handlung <b>erfolglos</b> zu wehren? <i>[bei schon lange bestehender Symptomatik kann der Widerstand gering ausfallen]</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Alle Merkmale (1) – (5) von Kriterium B erfüllt?</b>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	→Ende	



**C** **Leiden** Sie unter den Symptomen? **Nein**  **Ja**

Oder fühlen Sie sich in Ihren alltäglichen sozialen/persönlichen Aktivitäten oder Ihrer Arbeit erheblich **beeinträchtigt**, z.B. durch den hohen Zeitaufwand? **→ Ende**

**D** **Beurteilen Sie:** **Nein**  **Ja**

Die Zwangssymptomatik ist *bedingt* durch *andere psychische Störungen* (Schizophrenie oder verwandte Störungen (F2); affektive Störungen (F3)). **→ Ende**

Sind Kriterien **A** bis **D** erfüllt? **Nein**  **→ Ende** **Ja**

**Diagnose:**

F	4	2.	
---	---	----	--

←

Spezifizierung der Symptomatik  
(4. Stelle der Diagnose): siehe unten

→

**Zwangsstörung**

**Ja**

- vorwiegend Zwangsgedanken und / oder Grübelzwang  0
- vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale)  1
- Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, gemischt  2