

Anamnesebogen: Zwangsstörungen (OCD)

1. Allgemeine Informationen

- **Name, Vorname:** _____
- **Geburtsdatum:** _____
- **Datum der Erhebung:** _____

2. Aktuelle Symptomatik

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an und beschreiben Sie es kurz.

A) Zwangsgedanken (Sich aufdrängende, quälende Gedanken, Impulse oder Bilder)

- ☐ **Schmutz / Infektionen / Kontamination** (z. B. Angst vor Viren, Bakterien, Chemikalien)
- ☐ **Aggressive / Gewaltsame Inhalte** (z. B. Angst, jemandem oder sich selbst Schaden zuzufügen)
- ☐ **Symmetrie / Ordnung / Exaktheit** (z. B. Dinge müssen perfekt angeordnet sein)
- ☐ **Sexuelle Inhalte** (z. B. Tabuisierte oder als abstoßend empfundene sexuelle Gedanken)
- ☐ **Religiöse / Blasphemische Inhalte** (z. B. Angst, Gott zu lästern oder zu sündigen)
- ☐ **Sicherheit / Kontrolle** (z. B. Angst, dass der Herd brennt oder die Tür offen ist)
- ☐ **Sonstige:** _____

Kurze Beschreibung der Hauptgedanken:

B) Zwangshandlungen (Verhaltensweisen oder mentale Rituale, um die Angst zu reduzieren)

- ☐ **Wasch- und Reinigungszwänge** (z. B. exzessives Händewaschen, Duschen, Putzen)

- ☐ **Kontrollzwänge** (z. B. Herd, Schlösser, Stecker, Dokumente mehrfach prüfen)

- ☐ **Wiederholzwänge** (z. B. Handlungen eine bestimmte Anzahl oft wiederholen müssen)

- ☐ **Zählzwänge** (z. B. Kennzeichen, Stufen oder mentale Zahlenreihen zählen)

- ☐ **Ordnungs- und Symmetriewänge** (z. B. Gegenstände exakt ausrichten)

- ☐ **Horten / Sammeln** (z. B. Unwichtige Dinge nicht wegwerfen können)

- ☐ **Mentale Rituale** (z. B. „Gute“ Gedanken denken, um „schlechte“ zu neutralisieren)

- ☐ **Rückversicherung** (z. B. Ständiges Nachfragen bei Angehörigen, ob alles okay ist)

Kurze Beschreibung der Hauptrituale:

3. Schweregrad und Belastung

- **Zeitaufwand:** Wie viele Stunden pro Tag nehmen die Zwänge (Gedanken + Handlungen) insgesamt ein?
 - ☐ Weniger als 1 Stunde
 - ☐ 1 bis 3 Stunden
 - ☐ 3 bis 8 Stunden
 - ☐ Mehr als 8 Stunden (fast den ganzen Tag)

- **Kontrollierbarkeit:** Wie gut können Sie den Zwängen widerstehen?
 - ☐ Meistens erfolgreich
 - ☐ Mit großer Anstrengung zeitweise möglich
 - ☐ Kaum / Gar nicht möglich

- **Leidensdruck:** Wie stark belastet Sie die Symptomatik psychisch?
 - (Skala von 0 = gar nicht bis 10 = extrem): [____]

4. Auslöser und Vermeidungsverhalten

- **Typische Auslöser (Trigger):** Welche Situationen, Personen oder Gegenstände triggern den Zwang?
- **Vermeidungsverhalten:** Welche Situationen oder Orte meiden Sie aktiv, um die Zwänge zu umgehen?

5. Krankheitsverlauf & Biografie

- **Beginn der Symptomatik:** Wann traten die Zwänge das erste Mal auf? (Alter/Jahr):

- **Verlauf der Erkrankung:**
 - ☐ Schleichend begonnen und kontinuierlich verschlechtert
 - ☐ Plötzlicher Beginn (z. B. nach einem bestimmten Lebensereignis)
 - ☐ Wellenförmig (Phasen mit viel Zwang, Phasen mit wenig Zwang)
- **Mögliche Auslöser beim Erstauftreten** (z. B. Stress, Verlust, Traumata, Lebensveränderungen):

6. Medizinische und therapeutische Vorgeschichte

- **Bisherige Therapien:** Gab es bereits ambulante oder stationäre Psychotherapien wegen der Zwänge?
 - ☐ Nein
 - ☐ Ja (Wenn ja, wann und welche?):

- **Medikation:** Nehmen Sie aktuell oder nahmen Sie in der Vergangenheit Medikamente gegen die Zwänge/Angst (z. B. SSRI)?
 - ☐ Nein
 - ☐ Ja (Weche?):

- **Familiäre Vorbelastung:** Gibt es in Ihrer Familie Personen mit Zwangsstörungen, Tics oder Depressionen?
 - ☐ Nein
 - ☐ Ja (Wer?):

7. Ressourcen und Therapieziele

- **Was hilft Ihnen aktuell, Abstand vom Zwang zu gewinnen?** (z. B. Hobbys, Sport, Job, Partner)

- Was ist Ihr wichtigstes Ziel für die Therapie?

Notizen: