## Appendix A.

*Dimensional Obsessive-Compulsive Scale – Short Form (DOCS-SF, English)*

This questionnaire asks you about thoughts and behaviors that you might or might not experience. Keep in mind that your experiences might be different than the examples listed below.

1. Please **indicate all** thoughts and behaviors based on your experiences in the **last month**.

| | | |
|---|---|---|
| ☐ | **1** | Unwanted and unpleasant thoughts about **germs** and **contamination** *and / or*<br>repetitive behaviors or mental rituals to prevent **contamination**<br>(e.g. washing, cleaning, showering). |
| ☐ | **2** | Unwanted and unpleasant thoughts about being responsible for **harm**, **injury** or **bad luck** *and / or*<br>repetitive behaviors or mental rituals to ward off **responsibility**<br>(e.g. checking, mentally reviewing, reassuring). |
| ☐ | **3** | Unwanted and unpleasant thoughts about **sex**, **immorality**, **violence** or other **"awful" things** that you don't really want to do *and / or*<br>repetitive behaviors or mental rituals to deal with **unacceptable thoughts**<br>(e.g. repeating, performing mental rituals or avoiding triggers). |
| ☐ | **4** | Unwanted and unpleasant thoughts about **symmetry**, **completeness** and the need for **things to feel "just right"** *and / or*<br>repetitive behaviors or mental rituals to achieve **order, symmetry** or **completeness**<br>(e.g. counting, repeating until things feel "just right"). |
| ☐ | **5** | Other obsessions *and / or* compulsions *(if applicable)*<br>…… |

2. Which one of the above areas was the **most stressful** for you in the last month?

Area …… *(please fill in number, e.g. "1" for "germs and contamination")*

3. As a consequence, **how distressed** did you feel?

…… *% (0 = not at all - 100 = extremely distressed)*

4. Please answer the following questions **based only on this most stressful area** regarding your experiences in the **last month**:

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **a) Time**<br>About how much time have you spent with unwanted thoughts or repetitive behaviors during the last month? | **None at all** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | **Constantly** |
| **b) Avoidance**<br>To what extent have you avoided situations in order to prevent a) the occurrence of unwanted thoughts or b) the need for behaviors to deal with them? | **Not at all** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | **Extreme avoidance** |
| **c) Distress**<br>If you experienced unwanted thoughts or repetitive behaviors, how distressed or anxious did you become? | **Not at all** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | **Extremely distressed / anxious** |
| **d) Interference**<br>To what extent has your daily routine (work, school, self-care, social life) been disrupted by unwanted thoughts or repetitive behaviors? | **Not at all** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | **Completely disrupted** |
| **e) Refraining**<br>How difficult was it for you to disregard unwanted thoughts or refrain from behaviors to deal with them when you tried to do so? | **Not at all** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | **Extremely difficult** |

## Appendix B.

### *Dimensional Obsessive-Compulsive Scale – Short Form (DOCS-SF, German)*

Dieser Fragebogen bezieht sich auf Gedanken und Verhaltensweisen, die Sie möglicherweise erleben oder nicht erleben. Beachten Sie dabei, dass Ihre eigenen Erfahrungen von den unten aufgeführten Beispielen geringfügig abweichen können.

1. **Bitte kreuzen Sie alle** Gedanken oder Verhaltensweisen an, die bei Ihnen **im letzten Monat** vorkamen.

| | | |
|---|---|---|
| ☐ | **1** | Aufdringliche und unangenehme Gedanken an **Keime** und Verunreinigung *und / oder* wiederkehrende Verhaltensweisen oder Rituale, um **Verunreinigung** zu verhindern (z.B. waschen, reinigen, duschen). |
| ☐ | **2** | Aufdringliche und unangenehme Gedanken daran, für **Schaden**, **Verletzungen** oder **Unglück** verantwortlich zu sein *und / oder* wiederkehrende Verhaltensweisen oder Rituale, um **Unheil abzuwenden** (z.B. Gegenstände überprüfen, gedanklich prüfen, sich rückversichern). |
| ☐ | **3** | Aufdringliche und unangenehme Gedanken an **Sex**, **Unmoral**, **Gewalt** oder andere **„schreckliche" Dinge**, die Sie nicht wirklich tun wollen *und / oder* wiederkehrende Verhaltensweisen oder Rituale, um mit **inakzeptablen Gedanken** umzugehen (z.B. wiederholen, gedankliche Rituale ausführen, Auslöser vermeiden). |
| ☐ | **4** | Aufdringliche und unangenehme Gedanken an **Symmetrie**, **Vollständigkeit** oder daran, dass **Dinge „genau richtig"** sein müssen *und / oder* wiederkehrende Verhaltensweisen oder Rituale, um **Ordnung, Symmetrie** oder **Vollständigkeit** zu erreichen (z.B. zählen, anordnen, Dinge tun bis sie sich „richtig anfühlen"). |
| ☐ | **5** | andere Zwangsgedanken *und / oder* Zwangshandlungen *(falls zutreffend)* …… |

2. Welcher dieser fünf o.g. Bereiche hat Sie im letzten Monat **am stärksten belastet**?

Bereich …… *(bitte Nummer eintragen, z.B. „1" für „Keime und Verunreinigung")*

3. **Wie stark** haben Sie sich durch diesen Bereich belastet gefühlt?

…… *% (von 0% = gar nicht bis 100% = extrem belastet)*

4. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen **nur für Ihren belastendsten Bereich** während des **letzten Monats:**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **a) Zeitaufwand**<br>Wie viel Zeit haben Sie im letzten Monat ungefähr mit aufdringlichen Gedanken oder wiederkehrenden Verhaltensweisen verbracht? | **Gar keine** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | **Die ganze Zeit** |
| **b) Vermeidung**<br>In welchem Ausmaß haben Sie Situationen vermieden, die aufdringliche Gedanken oder Zwangshandlungen auslösen oder hervorrufen könnten? | **Gar nicht** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | **Extrem vermieden** |
| **c) Unbehagen**<br>Wie stark haben Sie sich durch die aufdringlichen Gedanken oder wiederkehrenden Verhaltensweisen beunruhigt oder geängstigt gefühlt? | **Gar nicht** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | **Extrem beunruhigt / geängstigt** |
| **d) Beeinträchtigung**<br>In welchem Ausmaß wurde Ihre tägliche Routine (z.B. Arbeit, Schule, Selbstfürsorge, Sozialleben) durch aufdringliche Gedanken oder wiederkehrende Verhaltensweisen beeinträchtigt? | **Gar nicht** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | **Extrem beeinträchtigt** |
| **e) Unterlassen**<br>Wie schwierig war es für Sie, aufdringliche Gedanken auszublenden oder Zwangshandlungen zu unterlassen, wenn Sie es versucht haben? | **Gar nicht** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | **Extrem schwierig** |