

The Dimensional Obsessive-Compulsive Scale – Short Form (DOCS-SF) is a short questionnaire that asks about the presence of obsessive-compulsive symptoms on four areas (e.g. contamination) and then assesses the severity of the currently most stressful area (e.g. time spent, avoidance).

The DOCS-SF is available open-access in German and English.

Please quote:

Kühne, F., Paunov, T., Abramowitz, J.S., Fink-Lamotte, J., Hansen, B., Kvale, G., & Weck, F. (2021). Screening for Obsessive-Compulsive Symptoms: Validation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale - English and German Short Forms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 29, 100625.
www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211364921000051

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**.

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

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**:

last month:	none at all (0)	(1)	(2)	(3)	(4)	constantly/ extremely (5)
a) Time About how much time have you spent with unwanted thoughts or repetitive behaviors during the last month?	0	0	0	0	0	0
b) Avoidance 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?	0	0	0	0	0	0
c) Distress If you experienced unwanted thoughts or repetitive behaviors, how distressed or anxious did you become?	0	0	0	0	0	0
d) Interference To what extent has your daily routine (work, school, self-care, social life) been disrupted by unwanted thoughts or repetitive behaviors?	0	0	0	0	0	0
e) Refraining How difficult was it for you to disregard unwanted thoughts or refrain from behaviors to deal with them when you tried to do so?	0	0	0	0	0	0

Note. Sum scores of symptom severity serve as the main outcome.

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

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.

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

	gar nicht					ständig/ extrem
	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
a) Zeitaufwand Wie viel Zeit haben Sie im letzten Monat ungefähr mit aufdringlichen Gedanken oder wiederkehrenden Verhaltensweisen verbracht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Vermeidung In welchem Ausmaß haben Sie Situationen vermieden, die aufdringliche Gedanken oder Zwangshandlungen auslösen oder hervorrufen könnten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Unbehagen Wie stark haben Sie sich durch die aufdringlichen Gedanken oder wiederkehrenden Verhaltensweisen beunruhigt oder geängstigt gefühlt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Beeinträchtigung In welchem Ausmaß wurde Ihre tägliche Routine (z.B. Arbeit, Schule, Selbstfürsorge, Sozialleben) durch aufdringliche Gedanken oder wiederkehrende Verhaltensweisen beeinträchtigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Unterlassen Wie schwierig war es für Sie, aufdringliche Gedanken auszublenden oder Zwangshandlungen zu unterlassen, wenn Sie es versucht haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anmerkung. Summenwerte zur Symptombelastung bilden das Hauptergebnis.