

**MSH Medical School Hamburg**

University of Applied Sciences and Medical University

**Fakultät Humanwissenschaften**

Psychologie mit Schwerpunkt Klinische Psychologie und Psychotherapie  
(M.Sc.)

*Masterarbeit*

**Anwendung von Expositionstherapie bei aggressiven Zwangsgedanken: Einfluss dysfunktionaler Einstellungen von Therapeuten**

vorgelegt von: Alicia Madeleine Balzar  
182801016

vorgelegt am: 21.08.2020

Semester: WS 18-2

Erstgutachter: Prof. Dr. habil. Erich Kasten

Zweitgutachterin: Prof. Dr. phil. Lena Jelinek

## Zusammenfassung

Studienergebnisse belegen die hohe Wirksamkeit von Exposition mit Reaktionsmanagement (ERV) bei Patienten mit Zwangsstörungen. Dementsprechend empfehlen die S3-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) Kognitive Verhaltenstherapie einschließlich Exposition mit Reaktionsmanagement (ERV) als Therapiemethode der ersten Wahl für Patienten mit Zwangsstörungen. Demgegenüber zeigt sich in der Praxis eine nur geringe Anwendung von Expositionsverfahren in der Behandlung von Zwangsstörungen.

Die vorliegende Arbeit zielte darauf ab, den Einfluss von Gedanken-Handlungs-Fusion auf Seite der Therapeuten mit Fokus auf Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken zu untersuchen. Die vorliegende Studie stellte die erste Untersuchung zum Einfluss von Gedanken-Handlungs-Fusion bei Therapeuten dar. Eine Stichprobe, bestehend aus  $N = 365$  Therapeuten wurde über Berufsverbände, Fachverbände und Ausbildungsinstitute in Deutschland zur Teilnahme an der anonymen Internetbefragung rekrutiert. Die Stichprobe wurde in zwei Gruppen unterteilt: 1) Therapeuten, die Bereitschaft hinsichtlich der Anwendung von ERV bei Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken zeigten (ERVj) und 2) Therapeuten, die keine Bereitschaft hinsichtlich der Anwendung von ERV bei Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken zeigten (ERVn).

Die Ergebnisse zeigten, dass Probanden der Gruppe ERVn ein signifikant größeres Ausmaß an Gedanken-Handlungs-Fusion und damit assoziiertem Vermeidungsverhalten und negativen Gefühlen sowie negativen Überzeugungen hinsichtlich ERV aufwiesen. Weiter zeigten sich signifikante positive Korrelationen zwischen dem Ausmaß an TAF und dem Ausmaß an negativen Überzeugungen hinsichtlich ERV sowie dem Ausmaß an psychischer Inflexibilität. Weiter konnten signifikante negative Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß an TAF und 1) der Anzahl psychotherapeutisch behandelter Patienten mit Zwangsstörungen sowie aggressiven Zwangsgedanken sowie 2) dem Ausmaß an Expositionsbereitschaft der Therapeuten bei Patienten mit Zwangsstörungen und aggressiven Zwangsgedanken gefunden werden.

Die Studie gibt erste Hinweise auf den Einfluss von Gedanken-Handlungs-Fusion seitens Therapeuten auf die Anwendung von ERV bei Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken verdeutlicht damit den Forschungsbedarf hinsichtlich dieser Thematik.

## Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	IV
Abbildungsverzeichnis.....	V
1. Einleitung.....	1
2. Theoretischer Hintergrund und Forschungsstand .....	2
2.1 Klinisches Erscheinungsbild und Klassifikation der Zwangsstörung.....	2
2.1.1 Aggressive Zwangsgedanken. ....	3
2.2 Kognitive und metakognitive Überzeugungen in der Entstehung der Zwangsstörung ....	4
2.3 Gedanken-Handlungs-Fusion / <i>Thought-action fusion</i> .....	6
2.3.1 Empirie zur Gedanken-Handlungs-Fusion: Zwangsstörungen versus Allgemeinbevölkerung .....	7
2.3.2 Auswahl der Messinstrumente auf Basis der Studienlage. ....	20
2.4 Wirksamkeit von ERV bei Patienten mit Zwangsstörungen.....	20
2.5 Implementierung von ERV bei Patienten mit Zwangsstörungen in der Praxis.....	23
2.6 Hürden hinsichtlich der Umsetzung von ERV bei Patienten mit Zwangsstörungen .....	24
3. Fragestellung .....	28
3.1 Herleitung der Fragestellung .....	28
3.2 Unterteilung der Stichprobe in ERVj und ERVn.....	29
3.3 Konkrete Fragestellung und Hypothesen .....	30
4. Methodik.....	32
4.1 Stichprobe.....	32
4.2 Durchführung .....	33
4.3 Messinstrumente .....	34
4.3.1 Soziodemografischer Fragebogen.....	34
4.3.2 Erfassung der Gedanken-Handlungs-Fusion.....	35
4.3.3 Erfassung der Expositionsbereitschaft.....	37
4.3.4 Erfassung der psychischen Inflexibilität.....	38
4.4 Datenauswertung.....	38
5. Ergebnisse.....	39
5.1 Stichprobenbeschreibung.....	39
5.2 Einstellungen der Therapeuten hinsichtlich Expositionstherapie .....	44
5.2.1 Negative Überzeugungen hinsichtlich Expositionstherapie. ....	44
5.2.2 Expositionsbereitschaft.....	44

5.3 Gedanken-Handlungs-Fusion der Therapeuten.....	46
5.3.1 Vermeidungsverhalten und Gefühle im Rahmen des Verhaltensexperiments. ...	47
5.4 Nebenergebnisse .....	51
6. Diskussion .....	52
6.1 Interpretation der Ergebnisse.....	52
6.2 Limitationen und kritische Würdigung.....	56
6.3 Ausblick .....	58
Literaturverzeichnis.....	VI
Anhang.....	XVIII

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 TAF und Zwangsstörung (klinische Stichproben) .....	8
Tabelle 2 TAF und nicht-klinische Stichproben .....	13
Tabelle 3 Demografische Merkmale der Stichprobe .....	41
Tabelle 4 Merkmale der durchgeführten Therapie der Stichprobe .....	43
Tabelle 5 Negative Überzeugungen hinsichtlich Expositionstherapie .....	44
Tabelle 6 Expositionsbereitschaft der Stichprobe.....	45
Tabelle 7 TAF, gemessen mit der TAF-Skala.....	46
Tabelle 8 TAF während und direkt nach dem Verhaltensexperiment .....	47
Tabelle 9 Korrelationen zwischen TAF-Skala und TBES, demografischen Daten sowie Expositionsbereitschaft.....	51
Tabelle 10 Überprüfung der Normalverteilung und der Varianzhomogenität .....	XVIII
Tabelle 11 Vermeidung negativer Gedanken während des Verhaltensexperiments.....	XIX
Tabelle 12 Gefühle, die mit dem Verhaltensexperiment einhergingen .....	XX

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1 TAF während und direkt nach dem Verhaltensexperiment in Prozent.....	47
Abbildung 2 Vermeidungsverhalten im Rahmen des Verhaltensexperiments in Prozent...	48
Abbildung 3 Vermeidung negativer Gedanken in Prozent.....	49
Abbildung 4 Gefühle während des Verhaltensexperiments in Prozent .....	50

## 1. Einleitung

Entsprechend den S3-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) ist Kognitive Verhaltenstherapie einschließlich Exposition mit Reaktionsmanagement (ERV) die Behandlung der ersten Wahl für Patienten mit Zwangsstörungen (Hohagen et al., 2015). Aktuelle Studien berichten hohe Effektstärken für ERV bei Patienten mit Zwangsstörungen (siehe Kapitel 2.4). Dennoch werden Expositionsverfahren bei der Behandlung von Zwangsstörungen in der Praxis kaum angewendet (siehe Kapitel 2.5). Studienergebnisse legen verschiedene Gründe, wie z.B. organisatorische Probleme, negative Überzeugungen hinsichtlich Exposition und Stress des Therapeuten während der Durchführung (z.B. durch eigene Ängste) für die seltene Anwendung von ERV, dar (siehe Kapitel 2.6).

Inwieweit Gedanken-Handlungs-Fusion (d.h. die Überzeugung, dass Gedanken Handlungen oder Ereignisse in Gang setzen können oder mit ihnen gleichgesetzt werden; siehe Kapitel 2.3) auf Seiten der Therapeuten einen Einfluss auf den Einsatz von ERV hat, wurde bisher nicht untersucht (z.B. der Glaube, dass durch eine in-sensu Exposition mit aggressiven Zwangsgedanken aggressive Handlungen auf Seiten der Patienten wahrscheinlicher werden).

Ziel der Arbeit ist die Untersuchung des Einsatzes von ERV bei Zwangsstörungen in der Routineversorgung sowie der Einfluss von Gedanken-Handlungs-Fusion auf Seite der Therapeuten mit Fokus auf Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken. Die vorliegende Studie ist die erste Untersuchung zum Einfluss von Gedanken-Handlungs-Fusion bei Therapeuten auf die Anwendung von ERV bei Zwangsstörungen. Auch werden dabei aggressive Zwänge erstmals Hauptaugenmerk sein.

\*Genderhinweis: Aus Gründen besserer Lesbarkeit sind jegliche Personenbezeichnungen gendernneutral zu verstehen.

## 2. Theoretischer Hintergrund und Forschungsstand

### 2.1 Klinisches Erscheinungsbild und Klassifikation der Zwangsstörung

Die Zwangsstörung stellt eine psychische Erkrankung dar, die durch aufdrängende, intrusive und unangenehme Gedanken, Vorstellungen und Handlungsimpulse (Zwangsgedanken; engl. *obsessions*), charakterisiert wird. Darauf folgen meist ritualisierte gedankliche oder motorische Handlungen, wie z.B. exzessives Putzen (Zwangshandlungen; engl. *compulsions*), um die Zwangsgedanken zu unterdrücken oder zu neutralisieren (American Psychiatric Association [APA], 2013). Die Kriterien zur Diagnosestellung sind dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen V (DSM-V; *American Psychiatric Association* [APA], 2013; deutsche Fassung: Falkai & Wittchen, 2015) zu entnehmen. Während die Zwangsstörung im DSM-IV den Angststörungen zugeordnet wurde, wird diese im DSM-V als eigenständige Kategorie „Zwangsstörung und verwandte Störungen“ aufgeführt. Darüber hinaus finden sich im DSM-V kleinere Änderungen der Kriterien sowie die Einforderung der klinischen Einschätzung der Einsichtsfähigkeit des Patienten (gut/wenig/fehlend).

Unbehandelt verläuft die Zwangsstörung meist chronisch (Visser et al., 2014). Gemäß epidemiologischer Studien beträgt die Lebenszeitprävalenz der Zwangsstörung 2-3% (Kessler et al., 2012; Ruscio et al., 2010). Ruscio et al. (2010) stellten fest, dass nahezu zwei Drittel (65.3%) der Betroffenen von einer hohen Beeinträchtigung (z.B. im Haushalt oder in Beziehungen) berichteten. Weitere Studien betonen die geringe Lebensqualität von Patienten mit Zwangsstörungen (Moritz et al., 2005; Remmerswaal et al., 2016).

Das klinische Erscheinungsbild der Zwangsstörung ist durch eine hohe Heterogenität gekennzeichnet. Dementsprechend beschäftigt sich eine große Anzahl an Studien mit der Unterteilung der Zwangsstörung in homogene Subgruppen bzw. Dimensionen. Dabei konnten überwiegend die Dimensionen (1) Wasch-, Putz-, Reinigungszwänge sowie Zwangsgedanken bezüglich Kontamination und Verschmutzung, (2) Wiederholungs- und Ordnungszwänge bezüglich Genauigkeit, Ordnung und Symmetrie, (3) Sammelzwänge oder Horten, (4) Kontrollzwänge sowie (5) inakzeptable bzw. tabuisierte Zwangsgedanken gefunden werden (Abramowitz et al., 2003; du Mortier et al., 2019; Hohagen et al., 2015; Mataix-Cols et al., 2005; Pinto et al., 2007, 2008; Williams et al., 2014).

**2.1.1 Aggressive Zwangsgedanken.** Aggressive Zwangsgedanken lassen sich der Dimension „inakzeptable bzw. tabuisierte Zwangsgedanken“ zuordnen. Diese wurde bereits von verschiedenen Forschungsgruppen untersucht und als *unacceptable thoughts* (Jonathan S. Abramowitz et al., 2003), *taboo thoughts* (Pinto et al., 2008), *forbidden thoughts* (Bloch et al., 2008) oder *OCD without overt rituals* (Freeston et al., 1997) bezeichnet. Die Dimension beinhaltet Zwangsgedanken, Impulse oder „geistige Bilder“, die unter anderem durch aggressive oder aber auch sexuelle oder religiöse Inhalte gekennzeichnet sind und in der Regel als inakzeptabel oder verboten angesehen werden (Brakoulias et al., 2013; Pinto et al., 2007). Sie stehen dementsprechend entgegen der persönlichen Moral und/oder Werte der Betroffenen und werden im Vergleich zu anderen Zwangsdimensionen als ausgesprochen ich-dyston erlebt (García-Soriano et al., 2011; Lee & Kwon, 2003).

Aggressive Zwangsgedanken beziehen sich häufig auf das Wohlbefinden anderer (Moritz et al., 2011). Inhaltlich äußert sich ein aggressiver Zwangsgedanke z.B. durch die Angst davor, sein Kind zu erstechen oder seinen Partner auf die Zuggleise zu stoßen. Die Gedanken gehen mit einem erhöhten Ausmaß an Stress einher und werden überwiegend als bedrohlich empfunden (Brakoulias et al., 2013; Wetterneck et al., 2011). Studien belegen, dass Menschen mit aggressiven Zwangsgedanken üblicherweise nicht gewalttätig sind oder tatsächlich gemäß ihrer Zwangsgedanken handeln (Schneider et al., 2020; Veale et al., 2009).

Eine lange Zeit wurden die Zwangsgedanken des Subtyps als „pure Zwangsgedanken“ bezeichnet, da angenommen wurde, dass die Patienten keine Zwangshandlungen ausüben (Baer, 1994). Aktuelle Studien belegen hingegen, dass die Patienten die inakzeptablen Zwangsgedanken mit Hilfe von dysfunktionalen Bewältigungs-Strategien bzw. Zwangshandlungen kontrollieren oder neutralisieren, welche sich meist in verdeckter Form (z.B. mentales Wiederholen von bestimmten Sätzen, Zahlen, Bildern oder Gebeten) äußern (Jonathan S. Abramowitz et al., 2003; Williams et al., 2011). Zudem stellt Rückversicherungsverhalten (z.B. bei anderen nachfragen, ob man wirklich noch nie ein Kind verletzt hat) oftmals ein Ritual dieser Patienten dar, welches häufig nicht als Zwangshandlung identifiziert wird (Williams et al., 2011).

Darüber hinaus zeigen Studien, dass inakzeptable bzw. tabuisierte Zwangsgedanken Komorbiditäten mit Depression, Dysthymie, generalisierter Angststörung, Agoraphobie, sozialer Phobie, Alkohol- und Substanzkonsum sowie Körperdysmorphen Störungen auf-

weisen. Zudem wurden Assoziationen mit einem häufigeren Auftreten bei Männern und einem frühen Beginn der Zwangsstörung (unter 16 Jahre) gefunden (Denys et al., 2004; Hasler et al., 2005).

Studienergebnisse betonen die hohe Prävalenz von inakzeptablen bzw. tabuisierten Zwangsgedanken bzw. aggressiven Zwangsgedanken. Im Rahmen der *National Comorbidity Survey Replication* (Ruscio et al., 2010) berichteten 30.2% der Patienten mit Zwangsstörungen von sexuellen und/oder religiösen Zwangsgedanken. In einer Studie von Pinto et al. (2007) wurde eine explorative Faktoranalyse mit den Daten von Patienten mit Zwangsstörungen ( $N = 293$ ) durchgeführt. Es zeigte sich, dass 45,4% der Stichprobe aggressive Zwangsgedanken, 13,3% sexuelle Zwangsgedanken und 26,3% religiöse Zwangsgedanken aufwiesen. Trotz des hohen Vorkommens von inakzeptablen bzw. tabuisierten Zwangsgedanken beschäftigten sich bisherige Studien häufiger mit anderen Dimensionen, wie z.B. Kontaminations- und Ordnungszwängen (z.B. Ball et al., 1996). Demgegenüber stehen Studienergebnisse, die zeigen, dass inakzeptable bzw. tabuisierte Zwangsgedanken im Gegensatz zu Kontaminationsängsten, Symmetriezwängen oder pathologischem Horten als signifikant belastender erlebt werden (Jonathan S. Abramowitz et al., 2003) und mit signifikant schlechteren Behandlungserfolgen assoziiert sind (Alonso et al., 2001; Mataix-Cols et al., 2002; Rufer et al., 2006; Williams et al., 2011, 2013). Die Gründe für die schlechteren Behandlungserfolge sind noch nicht vollständig geklärt, wodurch ein Forschungsbedarf hinsichtlich dieser Thematik deutlich wird (siehe Kapitel 2.4).

## **2.2 Kognitive und metakognitive Überzeugungen in der Entstehung der Zwangsstörung**

Kognitive und metakognitive Modelle beschäftigen sich mit der Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung von Zwangsstörungen. Kognitive Ansätze betonen die Rolle dysfunktionaler Gedanken in der Entstehung von Zwangsstörungen (McFall & Wollersheim, 1979; Salkovskis, 1996). Die Ansätze legen dar, dass intrusive Gedanken üblicherweise auch in der Allgemeinbevölkerung auftreten. Die Entwicklung einer Zwangsstörung erfolgt gemäß der Modelle jedoch erst, sobald den Gedanken eine übermäßig hohe Bedeutung zugeschrieben wird oder die Gedanken als bedrohlich oder inakzeptabel interpretiert werden. Weiter nehmen die Ansätze an, dass die Betroffenen Verantwortung für die Abwehr der Gedanken empfinden. Die zu diesem Zweck folgenden offenen

oder verdeckten Verhaltensweisen führen zur Aufrechterhaltung der Zwangsstörung (Hohagen et al., 2015).

Demgegenüber beleuchtet das Metakognitive Modell (Matthews & Wells, 2005; Wells & Leahy, 1998) Einstellungen und Überzeugungen über die Bedeutung und Konsequenzen von intrusiven Gedanken und Gefühlen. Hierbei stellt unter anderem die *thought-action fusion* (TAF; siehe Kapitel 2.3) eine zentrale metakognitive Überzeugung zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung von Zwangsstörungen dar. Das Konzept der Fusion von Gedanken und Handlungen geht auf Rachman (1993) zurück, welcher diese wie folgt definiert: „Fusion bezieht sich auf das psychologische Phänomen, bei welchem der Patient die Zwangsgedanken und die verbotene Handlung als moralisch gleichwertig betrachtet.“ (Rachman, 1993, S.152). Rachman nimmt an, dass die Fusion von Gedanken und Handlung eine Differenzierung zwischen den inakzeptablen Gedanken und dem tatsächlichen Ausführen der Gedanken erschwert. Weiter werden inakzeptable Gedanken demnach - insbesondere bei Menschen mit blasphemischen, sexuellen oder aggressiven Gedanken, Bildern oder Impulsen - als übermäßig wichtig interpretiert.

Das metakognitive Modell von (Matthews & Wells, 2005; Wells & Leahy, 1998) entwickelt Rachman's Ansatz weiter und beschreibt drei Arten metakognitiver Überzeugungen: (1) *thought-action fusion* (TAF), die Überzeugung, dass allein Gedanken eine Person dazu bringen können eine Handlungen auszuführen bzw. moralische Konsequenzen haben (z.B. „Wenn ich daran denke mein Kind zu erstechen, werde ich es möglicherweise wirklich erstechen.“), (2) *thought-event fusion* (TEF), die Überzeugung, dass ein Gedanke allein ein Ereignis in Gang setzen kann (z.B. „Wenn ich an den Teufel denke, wird der Teufel auch erscheinen.“), oder der Gedanke ein Beleg dafür ist, dass ein Ereignis in der Vergangenheit stattgefunden hat (z.B. „Wenn ich daran denke, dass ich eine Person überfahren habe, dann habe ich es möglicherweise wirklich getan.“) (3) *thought-object fusion* (TOF), die Überzeugung, dass Gedanken und Gefühle auf Objekte übertragen werden können (z.B. „Wenn ich etwas denke, wird es auf einen Gegenstand überspringen / er wird kontaminiert werden.“). Zum anderen befasst sich das Modell mit den Einstellungen gegenüber der Notwendigkeit der Durchführung von Ritualen, um negative Konsequenzen zu vermeiden. Gemäß metakognitivem Modell lösen Trigger (z.B. normale intrusive Gedanken) die beschriebenen Arten von kognitiven Fusionen aus. Infolgedessen werden die Gedanken als gefährlich und übermäßig wichtig interpretiert und anschließend Rituale zur Neutralisierung durchgeführt.

Eine hohe Anzahl an Studienergebnissen unterstützen die in den Modellen beschriebene Relevanz von Metakognitionen, wie der *thought-action fusion*, in der Entwicklung von Zwangsstörungen. So identifizierte die *Obsessive Compulsive Cognitions Working Group* die *thought-action fusion* in der Entstehung von Zwangsstörungen als zentrale dysfunktionale Überzeugung und Metakognition. Weiter erwiesen sich die Faktoren „überhöhte subjektive Verantwortlichkeit“, „Gefahrenüberschätzung“, „Unsicherheitstoleranz“, „Notwendigkeit, Gedanken zu kontrollieren“, „Überbewertung von Gedanken“ sowie „Perfektionismus“ als relevant (OCCWG, 2005). Eine prospektive Studie von Myers et al., 2009) untersuchte den Einfluss von kognitiven und metakognitiven Überzeugungen (z.B. Rachman, 1997; Salkovskis, 1985; Wells 1997) auf die Entwicklung von Symptomen der Zwangsstörung. *Thought-action fusion* konnte als einziger prospektiver Faktor für die Entwicklung von Zwangsstörungs-Symptomen nachgewiesen werden. Weiter belegen Querschnittstudien den Zusammenhang zwischen Metakognitionen, wie der *thought-action fusion*, und Zwangsstörungs-Symptomen (z.B. Gwilliam et al., 2004).

### **2.3 Gedanken-Handlungs-Fusion / *Thought-action fusion***

Die Gedanken-Handlungs-Fusion bzw. *thought-action fusion* (nachfolgend auch „TAF“ genannt) umfasst dysfunktionale Überzeugungen über die Beziehung zwischen Gedanken und Handlungen bzw. Ereignissen (Hansmeier et al., 2014). Gemäß kognitiver Modelle und metakognitivem Modell stellt TAF einen bedeutenden Faktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Zwangsstörung dar.

Die dysfunktionalen Überzeugungen lassen sich in zwei Komponenten unterteilen: (1) *TAF-Moral* (TAF-M; Shafran et al., 1996) sowie (2) *TAF-Likelihood* (TAF-L; Shafran et al., 1996). TAF-M bezieht sich auf das moralische Gleichsetzen von Gedanken und Handlung, wie z.B. „Der Gedanke daran mein Kind zu erstechen, ist für mich moralisch fast so inakzeptabel wie es tatsächlich zu tun“. TAF-L umfasst dysfunktionale Überzeugungen bzw. Befürchtungen, bei denen die Betroffenen glauben, dass Gedanken Handlungen oder Ereignisse in Gang setzen können. Diese dysfunktionalen Überzeugungen können sich auf das eigene Selbst (*TAF-Likelihood Self*; TAF-LS), wie z.B. „Wenn ich daran denke, dass ich krank werde, erhöht das das Risiko, dass ich krank werde.“ oder auf andere Personen (*TAF-Likelihood Others*; TAF-LO), wie z.B. „Wenn ich daran denke, dass ein Freund in einen Autounfall verwickelt ist, erhöht das das Risiko, dass er einen Autounfall haben wird.“ beziehen.

Die Messung der TAF erfolgt vorrangig mittels *Thought-action fusion scale* (TAFS; Shafran et al., 1996), welche alle beschriebenen Komponenten der TAF misst. Die Beschreibung des Messinstruments sowie die Betrachtung der Gütekriterien erfolgt in Kapitel 4.3.2.

**2.3.1 Empirie zur Gedanken-Handlungs-Fusion: Zwangsstörungen versus Allgemeinbevölkerung.** Studien kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass zwanghafte Tendenzen bzw. Symptome nicht ausschließlich bei Patienten mit Zwangsstörungen auftreten, sondern auch in der Allgemeinbevölkerung bzw. psychisch gesunden Menschen weit verbreitet sind.

Beispielsweise zeigt eine systematische Übersichtsarbeit von Abramowitz et al. (2014) dass zwanghafte Symptome auch in Stichproben, bestehend aus Personen der Allgemeinbevölkerung, nachgewiesen werden konnten. Zudem fand eine Studie von Rachman und de Silva (1978) heraus, dass sich die Inhalte der Zwangsgedanken bei Patienten mit Zwangsstörungen mit denen der nicht-klinischen Stichprobe überschneiden. So berichteten beide Gruppen übereinstimmend von der Befürchtung, ihre intrusiven Gedanken (z.B. einer anderen Person Schaden zu wünschen, eine andere Person oder ein Tier verletzen zu können, eine abnormale sexuelle Handlung begehen zu können oder inakzeptable Sätze äußern zu können) tatsächlich auszuführen.

Die folgenden Tabellen geben einen Überblick über die Empirie von TAF im Rahmen von klinischen (siehe Tabelle 1) sowie nicht-klinischen Stichproben (siehe Tabelle 2).

**Tabelle 1***TAF und Zwangsstörung (klinische Stichproben)*

Autoren	Messinstrumente	Stichprobe	Ergebnisse
Abramowitz et al. (2003)	TAFS, BDI, STAI-T	<i>N</i> = 95; <i>n</i> = 20 Patienten mit Zwangsstörung, <i>n</i> = 19 Patienten mit Generalisierter Angststörung, <i>n</i> = 17 Patienten mit Panikstörung, <i>n</i> = 20 Patienten mit sozialer Phobie, <i>n</i> = 19 Patienten mit Depression, <i>n</i> = 25 gesunde Kontrollen	Signifikante positive Zusammenhänge zwischen TAF-M und Ausmaß an Depression, TAF-L und Ausmaß an Angst. Keine Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich TAF-M.
Bailey et al. (2014)	TAFS, OBQ, OCI-R, SCOPI, SI-AS, BSQ, CES-D, PSWQ	<i>N</i> = 697, <i>n</i> = 548 gesunde Studenten, <i>n</i> = 149 psychiatrische Patienten (Zwangsstörung, Soziale Phobie, Panikstörung mit Agoraphobie, GAS, Panikstörung ohne Agoraphobie, nicht näher bezeichnete Angststörungen, PTBS, Agoraphobie, Spezifische Phobie)	TAF-M und TAF-LO korrelierten stärker mit Zwangssymptomatik als mit anderen Symptomen der psychiatrischen Gruppe.
Barrett & Healy (2003)	Verhaltensexperiment (Shafran et al., 1996; siehe Kapitel 4.3.2.1)	<i>N</i> = 59 Kinder; <i>n</i> = 28 Zwangsstörung, <i>n</i> = 17 Angststörung, <i>n</i> = 14 gesunde Kontrollen	Signifikant größeres Ausmaß an TAF bei Zwangsstörungen gegenüber der Kontrollgruppe. Keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Ausmaß an TAF zwischen Zwangsstörungen und

			Angststörungen. Keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Ausmaß an TAF zwischen Angststörungen und Kontrollgruppe.
Calleo et al. (2010)	OCI-R, PSWQ, OBQ, TAFS, BDI	<i>N</i> = 69 Patienten mit Zwangsstörung	Signifikante positive Zusammenhänge zwischen Ausmaß an TAF und Ausmaß der Zwangssymptomatik.
Einstein & Menzies (2004)	TAFS, PI, OCI-SV, MIS	<i>N</i> = 61 Patienten mit Zwangsstörung	Signifikante positive Zusammenhänge zwischen Magischem Denken und Ausmaß der Zwangssymptomatik sowie Ausmaß an TAF. Signifikante positive Zusammenhänge zwischen Ausmaß an TAF und Zwangssymptomatik. Keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Ausmaß an TAF und Zwangssymptomatik, wenn Magisches Denken konstant gehalten wurde.
Gwilliam et al. (2004)	TAFS, TFI, MOCI, PI	<i>N</i> = 200 Patienten mit Zwangsstörung	Signifikante positive Zusammenhänge zwischen Zwangssymptomatik und Ausmaß an TAF.

Hezel et al. (2019)	YBOCS, OBQ, LSAS, CESDR, TAFS (einzelne Items), Verhaltensexperiment (Shafran et al., 1996)	$N = 123$ ; $n = 41$ Patienten mit Zwangsstörung, $n = 40$ Patienten mit sozialer Angststörung, $n = 42$ gesunde Kontrollen	Signifikant schlechtere Bewertung der TAF-bezogenen Gedanken von Patienten mit Zwangsstörung und Patienten mit sozialer Angststörung gegenüber der Kontrollgruppe. Signifikant größeres Ausmaß an TAF-L bei Patienten mit Zwangsstörungen gegenüber der anderen Gruppen.
Meyer & Brown (2013)	TAFS, OCI-R, BDI-II, PSWQ	$N = 700$ Patienten mit affektiven Störungen und/oder Angststörungen	Signifikant höhere Zusammenhänge zwischen Gesamtwert der TAF-Skala und dem Ausmaß der Zwangssymptomatik gegenüber den Zusammenhängen zwischen Gesamtwert der TAF-Skala und Ausmaß an „sich-Sorgen“ sowie Depressions-Symptomen. Signifikant höhere Zusammenhänge zwischen TAF-L und Zwangssymptomatik gegenüber Depressions-Symptomen.
Rassin et al. (2001)	TAFS, MOCI, SCL-90	$N = 44$ ; $n = 24$ Patienten mit Zwangsstörung; $n = 20$ Patienten mit Angststörung	Kein Unterschied zwischen Zwangsstörungen und Angststörungen hinsichtlich Ausmaß an TAF. Signifikante positive Zu-

sammenhänge zwischen Ausmaß an TAF und Psychopathologie bei beiden Gruppen. Signifikante Verbesserung des Ausmaßes an TAF sowie Gedankenunterdrückung nach Behandlung.

Rassin et al. (2001)

TAFS, MOCI, SCL-90

$N = 376$ ;  $n = 285$  gesunde Studenten,  $n = 30$  Patienten mit Zwangsstörung,  $n = 41$  Patienten mit Angststörung,  $n = 20$  gesunde Kontrollen

Signifikante positive Zusammenhänge zwischen TAF-L und selbstberichtetem Ausmaß der Zwangssymptomatik. Signifikant größeres Ausmaß an TAF bei Angststörungen gegenüber der Kontrollgruppe. Keine Unterschiede hinsichtlich Ausmaß an TAF zwischen Zwangsstörungen und Angststörungen.

Shafran et al. (1996)

TAFS, MOCI, BDI

$N = 337$ ;  $n = 147$  Probanden mit Zwangsstörung,  $n = 190$  gesunde Studenten

Signifikant größeres Ausmaß an TAF (TAF-M und TAF-LO) bei Patienten mit Zwangsstörung gegenüber Studenten.

Studie 1

Studie 2	TAFS, MOCI, BDI	$N = 512$ ; $n = 118$ Probanden mit Zwangsstörung, $n = 272$ gesunde Studenten, $n = 122$ Allgemeinbevölkerung	Signifikant größeres Ausmaß an TAF (TAF-M und TAF-LO) bei Patienten mit Zwangsstörungen gegenüber Studenten sowie Allgemeinbevölkerung. Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich TAF-LS. Signifikante Zusammenhänge zwischen TAF-M und Depressions-Symptomen.
Yorulmaz et al. (2008)	PI, RAS, TAFS, WBSI	$N = 145$ ; $n = 51$ Patienten mit Zwangsstörung, $n = 44$ Patienten mit Angststörung, $n = 50$ gesunde Kontrollen	Signifikant größeres Ausmaß an Verantwortungsgefühlen, TAF und Gedankenunterdrückung bei Patienten mit Zwangsstörungen gegenüber den anderen Gruppen.

---

*Anmerkungen.* BDI (*Beck Depression Inventory*; Beck et al., 1961); BDI-II (*Beck Depression Inventory–II*; Beck et al., 1996); BSQ (*Body sensations questionnaire*; Chambless et al., 1984); CES-D (*Center for epidemiological studies depression scale*; Radloff, 1977); CESDR (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, Revised*; Eaton et al., 2004); GSS (*Guilt-Shame Scale*; Sahin & Sahin, 1992); LSAS (*Liebowitz Social Anxiety Scale-Self Report*; Liebowitz, 1987); MIS (*Magical Ideation Scale*; Eckblad & Chapman, 1983); MOCI (*Maudsley Obsessional Compulsive Inventory*; Hodgson & Rachman, 1977); OBQ (*Obsessive beliefs questionnaire*; OCCWG, 2005); OCI-R (*Obsessive-compulsive inventory-revised*; Foa et al., 2002); OCI-SV (*Obsessive-compulsive inventory-short version*; Foa et al., 2002); PI (*Padua Inventory*; Sanavio, 1988); PIOS-R (*Penn inventory of scrupulosity-revised*; Olatunji et al., 2007); PPI (*Psychopathic personality inventory*; Lilienfeld & Andrews, 1996); PSWQ (*Penn state worry questionnaire*; Meyer et al., 1990); RAS (*Responsibility Attitude Scale*; Salkovskis et al., 2000); RPBS (*Revised paranormal beliefs scale*; Tobacyk, 2004); SCL-90 (*Symptoms Checklist*; Derogatis, 1977); SCOPI (*Schedule of compulsions, obsessions, and pathological impulses*; Watson & Wu, 2005); SCRFS (*Santa clara religious faith scale*; Plante & Boccaccini, 1997); SIAS (*Social interaction anxiety scale*; Mattick & Clarke, 1998); STAI-T (*State-Trait Anxiety Inventory*; Spielberger et al., 1983); TAFS (*Thought-action fusion scale*; Shafran et al., 1996); TFI (*The Thought-Fusion Instrument*; Wells et al., 2001); VAS (*Visual Analogue Scales*); WBSI (*White Bear Suppression Inventory*; Wegner & Zanakos, 1994); YBOCS (*Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*; Goodman et al., 1989).

**Tabelle 2***TAF und nicht-klinische Stichproben*

Autor	Messinstrumente	Stichprobe	Ergebnisse
Berman et al (2010)	Verhaltensexperiment (Shafran et al., 1996), TAFS, CES-D, SCRFS	$N = 73$ ; $n = 43$ sehr religiöse Protestanten, $n = 30$ Atheisten	Signifikant größeres Ausmaß an TAF-M bei religiösen Protestanten gegenüber Atheisten.
Clark et al (2000)	ROII-v2, Verhaltensexperiment (Clark et al., 2000), SOS, OTC	$N = 171$ gesunde Studenten	TAF-L als signifikanter Prädiktor für die wahrgenommene Kontrollierbarkeit der sexuellen und nicht-sexuellen intrusiven Gedanken.
Jones & Bhattacharya (2014)	Verhaltensexperiment (Shafran et al., 1996) OCI-R, MIS, VAS (EEG-Studie)	$N = 47$ ; $n = 23$ Probanden mit hohem Ausmaß der Zwangssymptomatik, $n = 24$ Probanden mit niedrigem Ausmaß der Zwangssymptomatik	Signifikanter positiver Zusammenhang zwischen Ausmaß an TAF und Precuneus-Aktivität. Signifikant höhere Precuneus-Aktivität sowie größeres Ausmaß an TAF bei Probanden mit hohem Ausmaß der Zwangssymptomatik gegenüber Probanden mit niedrigem Ausmaß an Zwangssymptomatik.
Mauzay et al. (2016)	TAFS, SCRFS, RPBS, OCI-R, PIOS-R, PPI	$N = 801$ gesunde Studenten	Signifikante positive Zusammenhänge zwischen Religiosität sowie

paranormalen Überzeugungen und Ausmaß der Zwangssymptomatik. TAF mediiert die Zusammenhänge. Signifikante Zusammenhänge zwischen Religiosität und Ausmaß an TAF.

Rachman et al. (1996)	Verhaltensexperiment (Shafran et al., 1996), TAFS, MOCI	<i>N</i> = 63 gesunde Studenten mit hohem Ausmaß an TAF	Signifikanter Anstieg von Angst und Neutralisierungsdrang im Rahmen des Verhaltensexperiments.
Rassin et al.(2001)	TAFS, Verhaltensexperiment (Shafran et al., 1996), VAS	<i>N</i> = 40 gesunde Studenten; <i>n</i> = 21 Gedankenunterdrückung nach Aufschreiben des Satzes; <i>n</i> = 19 keine Gedankenunterdrückung nach Aufschreiben des Satzes	Signifikant niedrigeres Ausmaß an Angst, Schuldgefühlen, Neutralisierungsdrang der Gruppe „Gedankenunterdrückung“ gegenüber der Gruppe „nicht-Gedankenunterdrückung“.
Rassin & Koster (2003)	TAFS, MOCI, VAS bezogen auf Religiosität	<i>N</i> = 100 gesunde Studenten	Signifikante positive Zusammenhänge zwischen Ausmaß an Religiosität und Ausmaß an TAF-M.
Smári & Hólmsteinsson (2001)	RAS, TAFS, WBSI, MOCI	<i>N</i> = 211 gesunde Studenten	Signifikant positiver Zusammenhänge zwischen TAF und Ausmaß an Verantwortungsgefühlen, Zwangssymptomatik und Gedankenunterdrückung.

Van Den Hout et al. (2002)	TAFS (TAF-LO Subskala), BDI, VAS	<i>N</i> = 120 gesunde Studenten	Signifikante positive Zusammenhänge zwischen Ausmaß an TAF und Ausmaß Neutralisierung sowie Ausmaß an Angst.
Van den Hout et al. (2001)	TAFS, BDI, VAS, Verhaltensexperiment (Shafran et al., 1996)	<i>N</i> = 79; <i>n</i> = 77 gesunde Studenten, <i>n</i> = 2 Mitarbeiter der Universität	Signifikanter Anstieg von Angst und Neutralisierungsdrang im Rahmen des Verhaltensperiments. Ergebnisse von Rachman et al. (1996) repliziert.
Yorulmaz et al. (2004)	MOCI, RAS, TAFS, GSS	<i>N</i> = 251 gesunde Studenten	Signifikante positive Zusammenhänge zwischen Ausmaß an TAF und Ausmaß der Zwangssymptomatik, Verantwortungsgefühlen sowie Schuld- und Schamgefühlen. Signifikant größeres Ausmaß an TAF bei Personen mit hohem Ausmaß der Zwangssymptomatik gegenüber Personen mit niedrig ausgeprägter Zwangssymptomatik.

Zucker et al. (2002)	Verhaltensexperiment (Shafran et al., 1996), RAQ, STAI, VAS	N = 72 gesunde Studenten, n = 36 Experimentalgruppe (vor Verhaltensexperiment über TAF und intrusive Gedanken informiert), n = 36 Kontrollgruppe (vor Verhaltensexperiment über das Thema „Stress“ informiert)	Signifikant niedrigeres Ausmaß an Angst und TAF im Rahmen des Verhaltensexperiments der Experimentalgruppe gegenüber der Kontrollgruppe. Signifikant größeres Ausmaß an Schuld und Gefühlen der Verantwortung bei Probanden, die nach dem Verhaltensexperiment neutralisierten gegenüber Probanden, die nicht neutralisierten.
----------------------	---	--	--

---

*Anmerkungen.* OTC (*Obsessive Thoughts Checklist*; Bouvard et al., 1989); RAQ (*Responsibility Appraisal Questionnaire*; Rachman et al., 1995); ROII-v2 (*Revised Obsessive Intrusions Inventory-Sex Version*; Purdon & Clark, 1993); SOS (*Sexual Opinion Survey*; Fisher et al., 1988). Weitere Fragebögen siehe Tabelle 1.

Die Studien verdeutlichen übereinstimmend das Auftreten von Gedanken-Handlungs-Fusion bei Patienten mit Zwangsstörungen (siehe Tabelle 1). Weitere Studien zeigen, dass Gedanken-Handlungs-Fusion auch bei nicht-klinischen Stichproben vorzufinden ist (siehe Tabelle 2). In der Mehrheit der Studien ist ein größeres Ausmaß an TAF (gemessen mittels *Thought-action fusion scale* (TAFS; Shafran et al., 1996), *Thought-Fusion Instrument* (TFI; Wells et al., 2001), und/oder dem etablierten Verhaltensexperiment; Shafran et al., 1996; siehe Kapitel 4.3.2.1) sowohl bei klinischen (siehe Tabelle 1) als auch bei nicht-klinischen Stichproben (siehe Tabelle 2) mit einem höheren Ausmaß an Zwangssymptomen assoziiert. Zudem wird in Tabelle 1 deutlich, dass Zwangsstörungen oftmals ein signifikant größeres Ausmaß an TAF gegenüber nicht-klinischen Stichproben (z.B. Barrett & Healy, 2003; Hezel et al., 2019; Shafran et al., 1996; Yorulmaz et al., 2008) oder Stichproben mit anderen psychischen Störungen (z.B. Meyer & Brown, 2013; Yorulmaz et al., 2008) aufweisen. Es liegen jedoch auch Studienergebnisse vor, die diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede aufzeigen (siehe weiter unten).

Oftmals korrelierte das Ausmaß der Zwangssymptomatik in den klinischen Stichproben mit TAF-L, nicht aber mit TAF-M. So wurde z.B. in der Studie von Rassin et al. (2001b) ein moderater Zusammenhang zwischen Zwangssymptomatik (gemessen mittels MOCI; Hodgson & Rachman, 1977) und TAF-L gefunden ( $r = 0.23, p < .005$ ), wohingegen sich kein Zusammenhang zwischen Zwangssymptomatik und TAF-M zeigte ( $r = 0.13, p > .05$ ). Auch konnten in der Studie von Abramowitz et al. (2003) keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich TAF-M zwischen den Patienten mit Zwangsstörungen und anderen Gruppen gefunden werden ( $F(5,110) = 1.82, p > 0.05$ ), wohingegen die Patienten mit Zwangsstörungen gegenüber den anderen Gruppen ein signifikant größeres Ausmaß an TAF-LO aufwiesen ( $F(5,110) = 4.76, p < 0.01$ ). In der Studie mit der größten klinischen Stichprobe (Meyer & Brown, 2013) zeigten sich signifikant höhere Zusammenhänge zwischen TAF-L und Zwangssymptomatik (gemessen mittels OCI-R; Foa et al., 2002),  $r = .240, p < .001$  gegenüber TAF-L und Depressions-Symptomen (gemessen mittels BDI-II; Beck et al., 1996),  $r = .085, p < .001, (z = 2.25, p < .05)$ . Die Studienergebnisse legen nahe, dass TAF-M eher mit Depressions-Symptomen assoziiert ist (Shafran et al., 1996; Abramowitz et al., 2003). Dies verdeutlicht die Relevanz von TAF-L in Bezug auf Zwangssymptome. So treten gemäß metakognitivem Modell ebendiese Befürchtungen, also dass ein Gedanke allein bei einer Person dazu führen kann, eine Handlung auszuführen (TAF-

L) bei Patienten mit Zwangsstörungen auf, wodurch ein Neutralisierungsdrang entsteht und maladaptive Bewältigungsstrategien angewendet werden (Wells, 1997, 2011).

In einigen Studien konnte festgestellt werden, dass TAF auch bei anderen psychischen Störungen, wie z.B. Depression oder Angststörungen, auftritt und sich das Ausmaß an TAF nicht signifikant von den Patienten mit Zwangsstörungen unterscheidet (z.B. Abramowitz et al., 2003; Barrett & Healy, 2003; Rassin et al., 2001a; Rassin et al., 2001b). Die Ergebnisse stehen entgegen der Spezifität von TAF bei Zwangsstörungen. Es ist jedoch zu vermuten, dass die Ergebnisse mit den hohen Komorbiditätsraten zwischen Zwangsstörungen, Depressionen und Angststörungen (z.B. Viswanath et al., 2012) zusammenhängen. Weiter betonen Einstein und Menzies (2004) den Einfluss von Magischem Denken auf die Zusammenhänge zwischen TAF und dem Ausmaß der Zwangssymptomatik. So zeigten sich keine signifikanten Korrelationen zwischen dem Ausmaß der Zwangssymptomatik und dem Ausmaß an TAF, wenn Magisches Denken (gemessen mittels *Magical Ideation Scale*) konstant gehalten wurde.

Darüber hinaus zeigte eine hohe Anzahl an Studien (klinische sowie nicht-klinische Stichproben) übereinstimmend, dass ein größeres Ausmaß an TAF mit einem größeren Ausmaß an Gedankenunterdrückung (z.B. Rassin et al., 2001a), Neutralisierungsdrang (z.B. van den Hout et al., 2001), Angst (z.B. Rachman et al., 1996), Schuld- und Schamgefühlen (z.B. Yorulmaz et al., 2004) sowie Verantwortungsgefühlen (z.B. Smári & Hólmsteinsson, 2001) einhergeht. Die Befunde sind in Hinblick auf die vorliegende Studie von Relevanz, da auf dieser Basis angenommen werden kann, dass das Auftreten von TAF bei Therapeuten möglicherweise auch zu Vermeidungsverhalten und negative Gefühlen führt. D.h. glaubt der Therapeut, dass durch eine in-sensu Exposition mit aggressiven Zwangsgedanken aggressive Handlungen auf Seiten der Patienten wahrscheinlicher werde, treten in diesem Zusammenhang wahrscheinlich negative Gefühle auf und zusätzlich vermeidet er die Durchführung von ERV womöglich.

Weiterer Belege dafür, dass TAF kein rein pathologisches Phänomen darstellt, sind die Studien mit nicht-klinischen Stichproben, die Zusammenhänge zwischen TAF und Religiosität aufzeigen (z.B. Berman et al., 2010; Rassin & Koster, 2003). So zeigt z.B. die Studie von Mauzay et al. (2016), dass 63% des positiven Zusammenhangs zwischen dem Ausmaß an Religiosität und dem Ausmaß der Zwangssymptomatik durch den Einfluss von TAF-M erklärt werden kann. Es ist dementsprechend anzunehmen, dass *TAF-Moral* unter anderem bei religiösen Menschen vorzufinden und damit nicht unbedingt pathologisch ist.

Eine Studie von (Siev et al., 2010) zeigte, dass christliche, gesunde Probanden im Gegensatz zu jüdischen, gesunden Probanden eine höhere TAF-Moral, unabhängig von ihrer Zwangssymptomatik aufwiesen. Zudem zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an TAF-M und Religiosität bei den christlichen Probanden. Die Autoren diskutierten, dass christliche Menschen ihren Glauben oftmals eher gedanklich, anstatt anhand von Ritualen ausleben. Das Ausmaß an TAF-L korrelierte in beiden Gruppen positiv mit dem Ausmaß an Zwangssymptomen.

Darüber hinaus zeigen zwei in den Tabellen dargestellte Studien im prä-post-Vergleich auf, dass therapeutische Intervention zu einer Verringerung des Ausmaßes an TAF führt. In der Studie von Zucker et al. (2002) wurde die (nicht-klinische) Stichprobe in zwei Gruppen unterteilt. Die Experimentalgruppe wurde vor Aufschreiben des Satzes (gemäß Verhaltensexperiment nach Shafran et al., 1996) im Rahmen eines edukativen Skripts über die Normalität von aufdringlichen Gedanken sowie die Unabhängigkeit von Gedanken und Ereignis sowie Gedanken und Moral aufgeklärt. Das Skript der Kontrollgruppe bezog sich bloß auf die Thematik „Stress“. Die Experimentalgruppe zeigte gegenüber der Kontrollgruppe im Rahmen des darauf folgenden Verhaltensexperiments signifikant weniger Angst sowie ein geringeres Ausmaß an TAF (gemessen mittels TAFS; Shafran et al., 1996). Die Studie verdeutlicht das Auftreten von TAF bei psychisch gesunden Probanden sowie die Wirksamkeit rein edukativer Informationen über TAF hinsichtlich der Verringerung des Ausmaßes an TAF. Weiter zeigte die Studie von Rassin et al. (2001a), dass sich das Ausmaß an TAF nach Behandlung der Zwangsstörung mittels KVT signifikant verringerte. Auch Thompson-Hollands, Farchione und Barlow (2013) betrachteten die Auswirkungen von KVT auf das Ausmaß an TAF. Es zeigte sich, dass ein erhöhtes Ausmaß an TAF nicht spezifisch für Patienten mit Zwangsstörungen war. Das Vorliegen einer generalisierten Angststörung hingegen erwies sich als stärkster Prädiktor für TAF-L. TAF-L zeigte eine signifikante Verringerung nach der Behandlung mittels KVT. Die Ergebnisse verdeutlichen das Ansprechen von TAF auf KVT bei Zwangsstörungen sowie bei anderen psychischen Erkrankungen ohne das direkte Adressieren von TAF. Eine weitere Studie belegt, dass „Überzeugungen über die Notwendigkeit der Kontrolle von Gedanken“ (ähnlich zu TAF) als signifikanter Prädiktor für das Ausmaß der Zwangssymptomatik nach der Behandlung angesehen werden kann (Solem, Håland, Vogel, Hansen, & Wells, 2009).

**2.3.2 Auswahl der Messinstrumente auf Basis der Studienlage.** Die in Kapitel 2.3.1 präsentierte umfangreiche Studienlage ist für die vorliegende Studie von großer Relevanz und stellt die Grundlage für die Auswahl der Messinstrumente dar.

In den bisherigen Studien wurden zur Messung von TAF die Fragebögen *Thought-action fusion scale* (TAFS; Shafran et al., 1996) und *Thought-Fusion Instrument* (TFI; Wells et al., 2001) verwendet. Darüber hinaus kam das etablierte Verhaltensexperiment von Shafran et al. (1996) oftmals zum Einsatz.

Für die vorliegende Studie war es zum einen von Bedeutung insbesondere das Ausmaß an *TAF-Likelihood* der Therapeuten zu messen, um zu ermitteln, inwieweit der Therapeut möglicherweise überzeugt davon ist, dass durch Exposition mit aggressiven Zwangsgedanken aggressive Handlungen auf Seiten der Patienten wahrscheinlicher werden. Dementsprechend wurde die von vielen Studien eingesetzte *Thought-action fusion scale* gewählt, da diese das Ausmaß an TAF-L auf einer Subskala misst und zudem zwischen TAF-LO und TAF-LS (siehe Kapitel 2.3) differenziert. In Kapitel 4.3.2.2 erfolgt eine nähere Beschreibung der Skala.

Zum anderen sollte das mit TAF einhergehende Vermeidungsverhalten und negative Gefühle gemessen werden können, welche durch TAF in klinischen sowie nicht-klinischen Stichproben ausgelöst werden (siehe Kapitel 2.3.1). Hierzu wurde das Verhaltensexperiment von Shafran et al. (1996) ausgewählt (siehe Kapitel 4.3.2.1), welches gemäß Studienergebnissen Angst, Unwohlsein und den Drang zum Neutralisieren auslöst (Shafran et al., 1996; van den Hout, van Pol, & Peters, 2001). Nach dem Verhaltensexperiment sollten Items das Vermeidungsverhalten (z.B. „Ich habe den Satz aufgeschrieben und danach wieder gelöscht.“), Reaktionen auf Ebene der Gedanken bzw. mentale Bewältigungsstrategien (z.B. „Ich habe versucht die Gedanken zu relativieren.“) und das Ausmaß der Gefühle (z.B. „Angst“) messen. Dies ist insofern von Relevanz, als dass bei Vorliegen von TAF auf Seiten der Therapeuten womöglich die Durchführung von ERV vermieden wird.

## **2.4 Wirksamkeit von ERV bei Patienten mit Zwangsstörungen**

Exposition mit Reaktionsmanagement (ERV) ist ein Kernelement der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT), bestehend aus Psychoedukation, in vivo und/oder in sensu Expositionen sowie Reaktionsverhinderung und adressiert affektive, kognitive und verhaltensbezogene Verzerrungen (Foa et al., 2012). Im Fokus von ERV steht die Konfrontati-

on/Exposition mit individuell angstauslösenden Stimuli (z.B. Schmutz oder gefährliche Gegenstände) des Patienten, während auf die üblicherweise folgenden offenen (z.B. Händewaschen) oder verdeckten Zwangshandlungen (z.B. Gedankenunterdrückung) verzichtet wird (Abramowitz et al., 2019). Die Exposition kann „in vivo“ (in der Realität) oder „in sensu“ (gedanklich) erfolgen (Baus & Bouchard, 2014). Im Rahmen von wiederholten Expositionssitzungen erfolgt die Konfrontation mit dem gefürchteten Stimuli bis die Angst deutlich geringer wird (Richard & Lauterbach, 2007). Währenddessen werden neue Erfahrungen gemacht, die zur Veränderung von dysfunktionalen Gedanken und Verhaltensweisen führen. Die Patienten sollen dadurch erfahren, dass der Eintritt der gefürchteten Konsequenzen ausbleibt und die Angst ausgehalten werden kann, ohne Strategien zur Reduktion der Angst anzuwenden (Bruce et al., 2018).

Etliche Studien betonen die Effektivität von ERV bei Patienten mit Zwangsstörungen (z.B. De Haan et al., 1998; Ojalehto et al., 2020; Rector et al., 2019). Auch Übersichtsarbeiten fassen dementsprechend kongruente Ergebnisse zusammen (z.B. Abramowitz et al., 2002, 2005; Olatunji et al., 2010; Rosa-Alcázar et al., 2008).

In einer Studie von Riise et al. (2016) erhielten 22 Jugendliche mit Zwangsstörungen therapeuten-geleitete ERV an vier aufeinanderfolgenden Tagen, gefolgt von drei Wochen selbst-geleiteter ERV. Es konnte eine signifikante Symptomreduktion vom Prä- zum Post-Zeitpunkt festgestellt werden. Die Verbesserungen zeigten sich zum Follow-Up-Zeitpunkt (nach sechs Monaten) konstant. Die Remissionsraten betragen 73% ( $n = 16$ ) zum Post-Zeitpunkt sowie 68% ( $n = 15$ ) zum Follow-Up-Zeitpunkt.

Hohe Effektstärken für ERV konnten auch im Vergleich zu Wartekontrollgruppen bzw. Placebo-Kontrollgruppen bestätigt werden (Bolton et al., 2011; Fals-Stewart et al., 1993). Dementsprechend zeigte eine Meta-Analyse eine hohe Effektstärke für KVT mit ERV im Vergleich zur Wartekontrollgruppe (Hedges's  $g = 1.31$ ; Öst et al., 2015). Weiter konnte eine Meta-Analyse von McGuire et al. (2015) anhand von 20 randomisiert-kontrollierten Studien ( $N = 1.296$ ) hohe Effektstärken für die Wirksamkeit von ERV (Hedges's  $g = 1.21$ ) feststellen, währenddessen mittlere Effektstärken für die Wirksamkeit von SSRI (Hedges's  $g = 0.50$ ) bei Jugendlichen mit Zwangsstörungen nachgewiesen wurden. Olatunji et al. (2013) untersuchten 16 randomisiert-kontrollierte Studien ( $N = 756$ ), um die Wirksamkeit von KVT mit ERV bei Patienten mit Zwangsstörungen zu überprüfen. Als Einschlusskriterien wurden das Vorliegen einer Zwangsstörungs-Diagnose nach DSM, Kontrollgruppen (psychologisches Placebo, Wartekontrollgruppe, medikamentöses Place-

bo) sowie mehr als eine Sitzung KVT während der akuten Behandlungsphase festgelegt. Die Klassifizierung „KVT“ umfasste kognitive Techniken, verhaltensorientierte Techniken (ERV), Achtsamkeits-Techniken oder eine Kombination der Techniken. Die Ergebnisse zeigten, dass KVT gegenüber den Kontrollbedingungen zu signifikant besseren Behandlungsergebnissen zum Post-Zeitpunkt (Hedges's  $g = 1.39$ ) sowie zum Follow-Up-Zeitpunkt (Hedges's  $g = 0.43$ ) führte.

Darüber hinaus zeigte sich eine höhere Wirksamkeit hinsichtlich therapeutengeleiteter Exposition gegenüber selbst-geleiteter Exposition. Zudem stellte sich die Kombination von in vivo und in sensu Exposition gegenüber bloßer in vivo Exposition bei Patienten mit Zwangsstörungen als wirksamer heraus (Jonathan S. Abramowitz, 1996; Rosa-Alcázar et al., 2008).

Die zuvor beschriebenen Studien betonen die Wirksamkeit von ERV bei Zwangsstörungen im Allgemeinen. Ein großer Kontrast zeigt sich jedoch bei Betrachtung des Subtyps der inakzeptablen bzw. tabuisierten Zwangsgedanken. So zeigte sich in einer Studie von Williams et al. (2014), dass sich die Symptome der Patienten nach Behandlung mit ERV zwar verbesserten, Patienten mit inakzeptablen bzw. tabuisierten Zwangsgedanken jedoch signifikant geringere Symptomverbesserungen im Vergleich zu Patienten mit Symptomen eines anderen Subtyps zeigten. Weiter wurde in einer Langzeitstudie festgestellt, dass Patienten mit sexuellen bzw. religiösen Zwangsgedanken gegenüber Patienten mit anderen Subtypen der Zwangsstörung mit einem schlechteren Behandlungserfolg über die Zeit assoziiert waren, wenn diese mit Medikamenten und behavioraler Therapie behandelt wurden (Alonso et al., 2001).

Die Gründe für die schlechteren Behandlungserfolge sind bisher noch nicht vollständig geklärt, wenn sich auch einzelne Studien mit den möglichen Ursachen beschäftigten. So zeigen Patienten mit inakzeptablen bzw. tabuisierten Zwangsgedanken beispielsweise oftmals ein großes Ausmaß an Scham und emotionaler Dysregulation (Noah Chase Berman et al., 2018; Weingarden & Renshaw, 2015), woraus wiederum eine mangelnde Compliance resultieren könnte (Bruce et al., 2018). Darüber hinaus übersehen Therapeuten oftmals die für Patienten mit inakzeptablen bzw. tabuisierten Zwangsgedanken typischen mentalen Rituale, wodurch die Behandlungserfolge negativ beeinträchtigt werden (Williams et al., 2011). In einer Studie von Berman et al. (2019) wurde der Einfluss positiver Affektivität auf die von Patienten mit inakzeptablen bzw. tabuisierten Zwangsgedanken wahrgenommene Wirksamkeit von ERV untersucht. Zu diesem Zweck wurde die posi-

tive Affektivität vor Durchführung einer in sensu Exposition sowie die wahrgenommene Wirksamkeit nach der in sensu Exposition gemessen. Die Ergebnisse zeigen einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an positiver Affektivität und der selbst wahrgenommenen Wirksamkeit der ERV. Aufgrund der geringen Anzahl an Studien, sollten sich zukünftige Forschungsarbeiten weiterhin mit der Identifizierung möglicher Ursachen für die schlechteren Behandlungserfolge von ERV bei Patienten mit inakzeptablen bzw. tabuisierten Zwangsgedanken befassen. Darüber hinaus beschäftigte sich bisher keine Studie mit dem Einfluss von Faktoren auf Seiten der Therapeuten auf die Wirksamkeit von ERV bei Patienten mit inakzeptablen bzw. tabuisierten Zwangsgedanken.

## **2.5 Implementierung von ERV bei Patienten mit Zwangsstörungen in der Praxis**

Gemäß einer groß angelegten Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beträgt der Anteil der unbehandelten Patienten mit Zwangsstörungen 59.9% (Kohn et al., 2004). Dies verdeutlicht die erhebliche Behandlungslücke und mangelhafte Versorgungsrealität von Patienten mit Zwangsstörungen.

Auf Basis der in Kapitel 2.4 dargestellten Studien empfehlen die nationalen Leitlinien der DGPPN Kognitive Verhaltenstherapie einschließlich Exposition mit Reaktionsmanagement für die Behandlung von Zwangsstörungen. Demgegenüber zeigen aktuelle Studien auf, dass eine Behandlung gemäß Leitlinien bei Patienten mit Zwangsstörungen, also die Behandlung mit ERV, in der Praxis nur selten erfolgt. Den Patienten wird somit eine optimale, evidenzbasierte Behandlung vorenthalten.

Einige Studien beschäftigten sich bisher mit der Anwendung von ERV bei Patienten mit Zwangsstörungen in Deutschland (Böhm et al., 2008; Külz et al., 2010; Moritz et al., 2019; Voderholzer et al., 2015). Külz et al. (2010) zeigten, dass weniger als die Hälfte der befragten Therapeuten ( $N = 177$ ) eine Form der Reizkonfrontation bei Patienten mit Zwangsstörungen durchführen. Ferner stellten Böhm et al. (2008) im Rahmen einer Befragung von 57 Patienten mit Zwangsstörungen fest, dass in 83,8% der Fälle keine Expositionstherapien durchgeführt werden. Eine weitere Studie zeigt, dass nur 60% der Patienten mit Zwangsstörungen ( $N = 369$ ) davon berichteten, mindestens einmal in ihrer bisherigen Behandlungsgeschichte KVT mit ERV erhalten zu haben (46% geleitet durch einen Therapeuten). Zudem war KVT mit ERV nur in 37% der Fälle Teil der ersten Sitzung (Voderholzer et al., 2015). In einer Studie von Moritz et al. (2019) gaben lediglich 33.3% der Stichprobe ( $N = 216$ ;  $n = 182$  psychologische Psychotherapeuten;  $n = 26$  ärztliche Psy-

chotherapeuten) an, ERV bei allen Patienten mit Zwangsstörungen durchzuführen. Jedoch berichteten, im Gegensatz zu den zuvor beschriebenen Studien, nur 4.6% der Stichprobe davon, ERV in der Behandlung von Patienten mit Zwangsstörungen nie anzuwenden. Weiter gaben fast 50% der Stichprobe an, keine Blockbehandlung (drei Expositionssitzungen pro Woche) durchzuführen und 23.6%, nicht über die S3-Leitlinien für die Behandlung von Zwangsstörungen informiert zu sein. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass ERV oftmals nicht *lege artis* durchgeführt wird. Zu diesen Ergebnissen kommen auch Studien von Deacon et al. (2013) und Gillihan et al. (2012). So führen viele Therapeuten die Expositionssitzungen lediglich in ihrem eigenen Büro, nicht länger als 60 Minuten und öfter *in sensu*, anstatt *in vivo* durch. Eine norwegische Studie zeigt, übereinstimmend mit Befunden der deutschen Studien, dass nur ein Drittel der befragten Therapeuten ( $N = 79$ ) von einer regelmäßigen Durchführung von ERV in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen berichteten (Valderhaug et al., 2004). Demgegenüber gaben in einer Studie mit englischsprachigen Therapeuten ( $N = 181$ ) nahezu alle Teilnehmer ( $n = 179$  bzw. 98.9%) an, ERV mit angst-auslösenden Stimuli oder angst-auslösenden gedanklichen Bildern bei Patienten mit Zwangsstörungen durchzuführen. Jedoch weisen die Autoren selbst auf die mangelnde Repräsentativität der Studie hin (Jacobson et al., 2016).

Bisher befasste sich noch keine Studie mit der Versorgungsrealität von Patienten mit inakzeptablen bzw. tabuisierten Zwangsgedanken. Die Thematik ist jedoch – in Anbetracht von Studienergebnissen, die zeigen, dass Therapeuten oftmals Befürchtungen in Hinblick auf die Sicherheit von ERV bei Patienten mit ebendiesem Subtyp äußern (z.B. Bruce et al., 2018; siehe Kapitel 2.6) - durchaus von Bedeutung. Es kann somit vermutet werden, dass auch Patienten mit inakzeptablen bzw. tabuisierten Zwangsgedanken hinsichtlich einer evidenzbasierten, leitliniengerechten Behandlung unterversorgt sind. Das nächste Kapitel 2.6 befasst sich mit potentiell zugrunde liegenden Ursachen auf Seiten der Therapeuten hinsichtlich der seltenen Anwendung von ERV bei Patienten mit Zwangsstörungen.

## **2.6 Hürden hinsichtlich der Umsetzung von ERV bei Patienten mit Zwangsstörungen**

Eine hohe Anzahl an Studien beschäftigte sich bereits mit Hürden seitens Patienten, die der Anwendung von ERV entgegenstehen. So zeigten z.B. Voderholzer et al. (2015), dass die Angst vor der Konfrontation mit angst-auslösenden Stimuli eine Ursache darstellt, die zur Verweigerung von ERV seitens Patienten mit Zwangsstörungen führt. Meta-

Analysen berichten von relativ hohen Abbruchquoten von Patienten mit Zwangsstörungen für ERV. So zeigte sich im Rahmen einer Untersuchung von 21 randomisiert-kontrollierten Studien ( $N = 1400$ ) eine Abbruchquote von 14.7% für ERV bei Patienten mit Zwangsstörungen (Ong et al., 2016), wohingegen die Untersuchung von 115 Studien ( $N = 20.995$ ) hinsichtlich KVT im Allgemeinen eine Abbruchquote von 26.2% demonstrierte (Fernandez et al., 2015).

Demgegenüber befasste sich eine geringere Anzahl an Studien mit den für die vorliegende Studie relevanten Hürden seitens der Therapeuten in Bezug auf die Anwendung von ERV. In einer Studie von (Külz et al., 2010) gaben 386 psychologische und ärztliche Psychotherapeuten als häufigsten Grund für den Verzicht auf ERV bei Patienten mit Zwangsstörungen mangelnde Erfahrung oder fehlende Ausbildung an. Weitere Faktoren seitens der Therapeuten beziehen sich auf Probleme bei der Organisation (Moritz et al., 2019), wie z.B. durch die Länge der Sitzung (Reid et al., 2017). Zudem stellte sich fehlendes Training im Bereich der ERV als Hürde hinsichtlich der seltenen Anwendung heraus (van Minnen et al., 2010; Becker et al., 2004; Reid et al., 2017). Ein Training im Bereich ERV konnte Sorgen der Therapeuten hinsichtlich Exposition verringern und eine häufigere Durchführung von ERV bewirken (Farrell et al., 2016).

Darüber hinaus beziehen sich einige Studien auf Faktoren bzw. Überzeugungen, die die Therapeuten selbst betreffen. In einer Studie von Meyer et al. (2014) neigten ängstliche Therapeuten dazu, weniger Expositionstherapie durchzuführen. Weiter scheinen Therapeuten, die eine stärkere Erlebensvermeidung (*experiential avoidance*; d.h. die Tendenz, belastende Gedanken, Gefühle oder Erfahrungen vermeiden zu wollen, auch wenn dies unwirksam ist und Probleme verursacht) aufweisen, tendenziell weniger Zeit für die Exposition aufzuwenden (Scherr et al., 2015).

In einer Studie von Whiteside et al. (2016) zeigte sich, dass negative Überzeugungen der Therapeuten hinsichtlich ERV (gemessen mittels TBES) mit der seltenen Anwendung zusammenhingen. Auch in weiteren Studien erwiesen sich negative Überzeugungen der Therapeuten als Ursache für die seltene Anwendung von ERV (Deacon et al., 2013; Farrell et al., 2013; Meyer et al., 2014; Olatunji et al., 2009; Pittig et al., 2019). Negative Überzeugungen seitens der Therapeuten beziehen sich unter anderem auf die Sorgen bezüglich einer Verschlechterung der Symptomatik (Cook et al., 2004; Olatunji et al., 2009), Dekompensation des Patienten (Becker et al., 2004; Pittig et al., 2019) oder möglichen Abbruch der ERV seitens des Patienten (*Dropout*; van Minnen et al., 2010; Deacon et al.,

2013; Reid et al., 2017). In einer Studie von (Farrell et al., 2013) wurden 53 Psychologie-Studenten positive oder negative Überzeugungen hinsichtlich ERV vorgegeben. Es zeigte sich, dass Probanden mit negativen Überzeugungen eine vorsichtigeren Form der ERV im Rahmen eines Fallbeispiels wählten, indem sie versuchten, die Angst des Patienten gering zu halten (z.B. durch Entspannungstechniken) oder nur mit leicht gefürchteten Stimuli arbeiteten. Weiter untersuchte eine Studie von Pittig et al. (2019) Zusammenhänge zwischen den Kategorien (a) Praktikabilität (z.B. unvorhersehbares Zeit-Management), (b) negative Überzeugungen hinsichtlich der Exposition (z.B. schlechte Wirksamkeit für komplexe Fälle), (c) Belastung der Therapeuten (z.B. hohe Anstrengung und Stress durch Exposition) und der selbst-berichteten Anwendung von ERV. Die Stichprobe bestand aus 684 Verhaltenstherapeuten der ambulanten Routineversorgung. Die Therapeuten zeigten ein hohes Ausmaß an Zustimmung für einzelne Hürden innerhalb der Kategorien (z.B. unvorhersehbares Zeit-Management oder Risiko der Dekompensation des Patienten). Auch konnten signifikant negative Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß an Zustimmung für die Kategorien und der Häufigkeit der Anwendung von ERV gefunden werden.

Weiter sehen einige Therapeuten ERV als belastend und unethisch dem Patienten gegenüber an, weil sie befürchten, dass der Patient Schaden nehmen könnte (Deacon & Farrell, 2013). Zudem beziehen sich die Befürchtungen auf mögliche Schäden, die den Therapeuten betreffen könnten, wie z.B. sekundäre Traumatisierungen oder rechtliche Folgen nach einer Dekompensation des Patienten (Deacon & Farrell, 2013; Storch & McKay, 2013).

Die beschriebenen Hürden seitens der Therapeuten beziehen sich weitestgehend auf die Anwendung von ERV im Allgemeinen. Es ist bisher unbekannt, welche spezifischen Faktoren den Befürchtungen der Therapeuten hinsichtlich ERV bei Patienten mit Zwangsstörungen im Allgemeinen sowie explizit Patienten mit inakzeptablen bzw. tabuisierten Zwangsgedanken zugrunde liegen. Zwar greift eine geringe Anzahl an Studien auf, dass Befürchtungen der Therapeuten hinsichtlich ERV bei Patienten mit aggressiven oder sexuellen Zwangsstörungen möglicherweise bestehen könnten, die zugrundeliegenden Ursachen werden jedoch nicht betrachtet (Bruce et al., 2018; Fernández De La Cruz et al., 2013).

In der bisherigen Forschung hat sich noch keine Studie mit dem Einfluss kognitiver Verzerrungen (wie z.B. TAF), Vermeidungsverhalten oder psychischer Inflexibilität seitens der Therapeuten auf die Anwendung von ERV bei Patienten mit (aggressiven)

Zwangsstörungen beschäftigt. Es ist jedoch annehmbar, dass ebendiese Faktoren eine Rolle hinsichtlich dieser Thematik einnehmen.

In einer Studie von Schneider et al. (2020) wurden Art und Häufigkeit von ERV-bezogenen ernsthaften negativen Folgen sowie Einstellungen und Erfahrungen von 277 Therapeuten, die ERV für Patienten mit schadensbezogenen Zwangsstörungen anbieten, untersucht. Ernsthafte negative Konsequenzen (z.B. ein Autounfall) durch Expositionstherapien wurden für 6 Patienten berichtet. Das Risiko pro Klient lag demnach für Erwachsene bei 0,05% und für Jugendliche bei 0,01%. Weiter gaben insgesamt 13 Therapeuten an, ernsthafte negative Konsequenzen, wie z.B. eine Magen-Darm-Erkrankung durch Exposition mit Schmutz und Keimen, erfahren zu haben (pro Therapeut Risiko 4,73%, Therapeut pro Jahr Risiko 0,004%). Alle Konsequenzen entstanden aber nicht aufgrund der tatsächlichen Ausführung gemäß den Zwangsgedanken der Patienten, sondern resultierten unbeabsichtigt und unabhängig von der Zwangsstörung. Zudem war die Bereitschaft der Therapeuten signifikant mit der Art der Exposition assoziiert. So war die Bereitschaft Expositionen mit Waffen sowie sexuellen Inhalten durchzuführen, im Vergleich zu allen anderen Arten der Expositionen, signifikant niedriger. Eine weitere Studie kommt übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass keine empirischen Belege hinsichtlich primären Risiken aufgrund von Zwangsstörungen vorliegen, da die Patienten ihre intrusiven, schadensbezogenen Gedanken (hinsichtlich sich selbst und/oder anderen) nicht ausführen (Veale et al., 2009).

Auf Basis dieser Befunde lässt sich vermuten, dass die Befürchtungen seitens der Therapeuten in Bezug auf Ethik und Sicherheit (z.B. Deacon & Farrell, 2013) primär aufgrund eigener Befürchtungen, Ängste oder kognitiver Verzerrungen (z.B. TAF) bestehen.

Eine Studie von (Moritz et al., 2019) nahm an, dass Befürchtungen hinsichtlich ERV bei Patienten mit Zwangsstörungen auf Seiten der Therapeuten in Kombination mit der Ambivalenz der Patienten zur „phobie à deux“, d.h. der Angst auf beiden Seiten und somit zur selteneren Anwendung von ERV führt. Studien belegen, dass z.B. Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten auf Seiten der Therapeuten bei dem Patienten dasselbe Verhalten auslösen kann (Waller & Turner, 2016) und auch umgekehrt Unsicherheit oder Ängste von Patienten in Bezug auf die Exposition den Therapeuten überzeugen können, ERV nicht durchzuführen (Scherr et al., 2015).

An dieser Stelle knüpft die vorliegende Studie an. So wird angenommen, dass die typische kognitive Verzerrung der TAF bei Patienten mit Zwangsstörungen (insbesondere bei aggressiven, sexuellen und religiöse Zwangsgedanken; Rachman et al., 1993) ebenso

auf der Seite der Therapeuten auftreten kann und eine Ursache für die seltene Durchführung von ERV bei Patienten mit (aggressiven) Zwangsstörungen darstellt. Dementsprechend könnte ein Therapeut mit einem hohen Ausmaß an TAF, ebenso wie der Patient, glauben, dass durch eine in-sensu Exposition bei aggressiven Zwangsgedanken aggressive Handlungen auf Seiten der Patienten wahrscheinlicher werden. Es ist anzunehmen, dass dies auch bei Therapeuten zu negativen Gefühlen und Vermeidung negativer Gedanken führt und infolgedessen die Anwendung von ERV vermieden wird.

Zudem soll der Einfluss der psychischen Inflexibilität auf Seiten der Therapeuten betrachtet werden. Im Rahmen des Hexaflexmodell der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) entsteht psychische Inflexibilität unter anderem aus einer Interaktion zwischen kognitiver Fusion und Erlebnisvermeidung (Pleger et al., 2014). Scherr et al. (2015) zeigte bereits einen positiven Zusammenhang zwischen Erlebnisvermeidung und der seltenen Anwendung von ERV. Dieser Befund soll repliziert werden.

### **3. Fragestellung**

#### **3.1 Herleitung der Fragestellung**

Die in Kapitel 2.5 dargestellten Studien verdeutlichen, dass ERV in der Behandlung von Patienten mit Zwangsstörungen in der Praxis nur selten durchgeführt wird. Demgegenüber stehen zahlreiche Studienergebnisse, die belegen, dass ERV die effektivste verhaltenstherapeutische Methode in der Behandlung von Patienten mit Zwangsstörungen darstellt (siehe Kapitel 2.4). Studienergebnisse betonen Hürden auf Seiten der Therapeuten, wie beispielsweise Befürchtungen vor Dekompensation der Patienten (z.B. starke körperliche Reaktionen), negative Überzeugungen hinsichtlich ERV, Ängste oder Erlebnisvermeidung seitens der Therapeuten, die der Umsetzung von ERV entgegen stehen (siehe Kapitel 2.6). Jedoch beschäftigte sich bisher keine Studie mit dem Einfluss von kognitiven Verzerrungen (wie z.B. TAF) oder Vermeidungsverhalten seitens der Therapeuten. Auch wurden in den genannten Studien lediglich Zwangsstörungen im Allgemeinen betrachtet, obwohl diese durch eine ausgesprochene Heterogenität gekennzeichnet sind (u.a. starke Varianz der Inhalte von Kontamination, Religion, bis hin zu Aggression; siehe Kapitel 2.1). Es ist somit durchaus von Bedeutung, den Einsatz von ERV in Hinblick auf die verschiedenen Formen von Zwangsstörungen differenziert zu untersuchen.

Eine für Zwangsstörungen typische kognitive Verzerrung, welche insbesondere bei aggressiven Zwangsgedanken auftritt, stellt die Gedanken-Handlungs-Fusion dar (siehe

Kapitel 2.3). Die Studienlage verdeutlicht jedoch auch das Vorkommen in der Allgemeinbevölkerung, wodurch davon ausgegangen werden kann, dass TAF auch bei Therapeuten auftritt (siehe Kapitel 2.3.1). Anknüpfend an das Phänomen der „phobie à deux“ (Moritz et al., 2019), wird davon ausgegangen, dass TAF seitens des Patienten auch auf Seiten des Therapeuten ausgelöst werden kann, wodurch dieser möglicherweise glaubt, dass durch eine in-sensu Exposition bei aggressiven Zwangsgedanken aggressive Handlungen auf Seiten der Patienten wahrscheinlicher werden. Gemäß dargestellten Studienergebnissen ist anzunehmen, dass Therapeuten infolgedessen die Anwendung von ERV und/oder negative Gedanken und Gefühle vermeiden (siehe Kapitel 2.3.1).

Auf dieser Basis lässt sich die Hauptfragestellung der vorliegenden Arbeit ableiten, welche sich mit dem Einfluss von Gedanken-Handlungs-Fusion seitens der Therapeuten auf die Anwendung von ERV mit einem Fokus auf Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken beschäftigen soll.

### **3.2 Unterteilung der Stichprobe in ERVj und ERVn**

Für ein besseres Verständnis der Hypothesen wird nachfolgend zunächst erläutert, auf welche Weise die tatsächliche Anwendung von ERV bei Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken in der vorliegenden Studie gemessen wird.

Zu diesem Zweck werden in der vorliegenden Studie die therapeutische Empfehlung der Probanden im Rahmen eines Fallbeispiels einer Patientin mit aggressiven Zwangsgedanken („Welche vorrangige Behandlungsstrategie würden Sie in der weiteren Behandlung der Patientin wählen (bzw. empfehlen)?“), sowie die Bereitschaft hinsichtlich des Übernehmens der Behandlung der Patientin („Unter der Voraussetzung von freien Behandlungsplätzen würde ich eine psychotherapeutische Behandlung: selber übernehmen versus an einen Kollegen verweisen.“) als entscheidende Indikatoren genutzt.

Probanden, die daraufhin ERV empfehlen und die Behandlung selber übernehmen würden, repräsentieren hierbei die Gruppe der Probanden, die Bereitschaft bezüglich der Anwendung von ERV bei Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken zeigen (im Folgenden auch „ERVj“ = „ERV ja“ genannt). Die Probanden, die eine andere Behandlungsstrategie empfehlen und/oder die Patientin des Fallbeispiels nicht selber übernehmen würden, stellen die Gruppe dar, die keine Bereitschaft bezüglich der Anwendung von ERV bei Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken zeigt (im Folgenden auch „ERVn“ = „ERV nein“ genannt).

### 3.3 Konkrete Fragestellung und Hypothesen

Es wird angenommen, dass die Gruppe ERVn im Gegensatz zur Gruppe ERVj ein signifikant größeres Ausmaß an Gedanken-Handlungs-Fusion (jeweils gemessen mittels TAF-Skala sowie den TAF-bezogenen Items nach dem Verhaltensexperiment; siehe Kapitel 4.3.2) zeigt.

Darüber hinaus wird die Hypothese aufgestellt, dass die Gruppe ERVn gegenüber der Gruppe ERVj ein signifikant größeres Ausmaß an Vermeidungsverhalten im Rahmen des Verhaltensexperiments (gemessen mit dem tatsächlichen Verhalten im Experiment, z.B. „Ich habe den Satz aufgeschrieben und danach wieder gelöscht.“; dem Ausmaß an Vermeidung negativer Gedanken sowie dem Ausmaß an Gefühlen im Rahmen des Verhaltensexperiments; siehe Kapitel 4.3.2.1) aufweist.

Weiter wird entsprechend der Studienergebnisse (z.B. Pittig et al., 2019; siehe Kapitel 2.6) angenommen, dass die Gruppe ERVn ein größeres Ausmaß an negativen Überzeugungen bezogen auf Expositionstherapie (gemessen mit Hilfe der *Therapist Beliefs about Exposure Scale*; TBES), sowie im Allgemeinen ein geringeres Ausmaß an Zustimmung bezüglich der Durchführung von Expositionstherapien (gemessen mit den Items „Führen Sie Expositionen/Konfrontationen bei Menschen mit Panikstörung, Agoraphobie oder spezifischen Phobien durch?“, „Führen Sie Expositionen/Konfrontationen bei Menschen mit Zwangsstörung durch?“ sowie „Führen Sie Expositionen/Konfrontationen bei Menschen mit aggressiven Zwangsgedanken durch?“) im Vergleich zur Gruppe ERVj zeigt.

Auch wird die Hypothese aufgestellt, dass ein größeres Ausmaß an negativen Überzeugungen bezogen auf Expositionstherapie (gemessen mit Hilfe der *Therapist Beliefs about Exposure Scale*; TBES), mit einem höheren Ausmaß an Gedanken-Handlungs-Fusion (gemessen mit der TAF-Skala) einhergeht.

Weiter werden negative Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der Gedanken-Handlungs-Fusion (gemessen mit der TAF-Skala) und der Anzahl der im Berufsleben psychotherapeutisch behandelten Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken, sowie dem Ausmaß an Zustimmung bezüglich der Durchführung von Expositionstherapien bei Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken (gemessen mit dem Item „Führen Sie Expositionen/Konfrontationen bei Menschen mit aggressiven Zwangsgedanken durch?“) angenommen.

Darüber hinaus wird gemäß der Befunde in Kapitel 2.3.1 angenommen, dass das Ausmaß der Gedanken-Handlungs-Fusion (gemessen mit der TAF-Skala) negativ mit der An-

zahl der im Berufsleben psychotherapeutisch behandelten Patienten mit Zwangsstörungen (allgemein), sowie dem Ausmaß an Zustimmung bezüglich der Durchführung von Expositionstherapien bei Patienten mit Zwangsstörungen im Allgemeinen (gemessen mit dem Item „Führen Sie Expositionen/Konfrontationen bei Menschen mit aggressiven Zwangsgedanken durch?“) korreliert.

Entsprechend der Befunde von (Scherr et al., 2015) wird angenommen, dass eine höhere psychische Inflexibilität (gemessen mit Hilfe des Fragebogen zu Akzeptanz und Handeln II (FAH-II)) mit einem höheren Ausmaß an Gedanken-Handlungs-Fusion (gemessen mit der TAF-Skala) und einem höheren Ausmaß an negativen Überzeugungen hinsichtlich Expositionstherapien (gemessen mit der *Therapist Beliefs about Exposure Scale* (TBES)) einhergeht.

Auf Basis der zuvor beschriebenen Fragestellung werden folgende Hypothesen, mit einem Signifikanzniveau von  $\alpha = .05$  aufgestellt:

*H1:* Die Gruppen ERVj und ERVn unterscheiden sich signifikant hinsichtlich des Ausmaßes an TAF. Die Gruppe ERVn weist ein signifikant größeres Ausmaß an TAF auf.

*H2:* Die Gruppen ERVj und ERVn unterscheiden sich signifikant hinsichtlich des Ausmaßes an Vermeidungsverhalten im Rahmen des Verhaltensexperiments. Die Gruppe ERVn zeigt ein signifikant größeres Ausmaß an Vermeidungsverhalten.

*H3:* Die Gruppen ERVj und ERVn unterscheiden sich signifikant in Bezug auf das Ausmaß negativer Überzeugungen hinsichtlich Expositionstherapie sowie dem Ausmaß an Zustimmung bezüglich der Durchführung von Expositionstherapien. Die Gruppe ERVn zeigt ein signifikant größeres Ausmaß an negativen Überzeugungen bezogen auf Expositionstherapie sowie ein geringeres Ausmaß an Zustimmung bezüglich der Durchführung von Expositionstherapien.

*H4:* Es besteht ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an negativen Überzeugungen hinsichtlich Expositionstherapie und dem Ausmaß der TAF. Je höher das Ausmaß an negativen Überzeugungen hinsichtlich Expositionstherapie, desto höher ist das Ausmaß an TAF.

*H5:* Es besteht ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an TAF und der Anzahl der im Berufsleben psychotherapeutisch behandelten Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken sowie dem Ausmaß an Zustimmung bezüglich der Durchführung von Expositionstherapien bei Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken. Je höher das Ausmaß der TAF, desto geringer ist die Anzahl der im Berufsleben psychotherapeutisch behandelten Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken und das Ausmaß an Zustimmung bezüglich der Durchführung von Expositionstherapien bei Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken.

*H6:* Es besteht ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an TAF und der Anzahl der im Berufsleben psychotherapeutisch behandelten Patienten mit Zwangsstörung (allgemein) sowie dem Ausmaß an Zustimmung bezüglich der Durchführung von Expositionstherapien bei Patienten mit Zwangsstörungen (allgemein). Je höher das Ausmaß der TAF, desto geringer ist die Anzahl der im Berufsleben psychotherapeutisch behandelten Patienten mit Zwangsstörungen sowie das Ausmaß an Zustimmung bezüglich der Durchführung von Expositionstherapien bei Patienten Zwangsstörungen.

*H7:* Es besteht ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen der psychischen Inflexibilität und dem Ausmaß an TAF sowie dem Ausmaß an negativen Überzeugungen hinsichtlich Expositionstherapien. Je höher die psychische Inflexibilität, desto höher ist das Ausmaß TAF und das Ausmaß an negativen Überzeugungen hinsichtlich Expositionstherapien.

#### **4. Methodik**

Die vorliegende Studie wurde in Kooperation mit der Arbeitsgruppe Klinische Neuropsychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) unter Betreuung von Prof. Dr. Lena Jelinek durchgeführt und von der lokalen Ethikkommission genehmigt (LPEK-0120).

##### **4.1 Stichprobe**

Für die Rekrutierung der Teilnehmer wurde eine Einladung zur Teilnahme an der Umfrage über Berufsverbände, wie z.B. dem Berufsverband Deutscher Neurologen

(BDN), Psychotherapeutenkammern (z.B. Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein (PKSH)) sowie Fachverbände, wie z.B. der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT), in Deutschland verbreitet. Darüber hinaus wurden deutsche Ausbildungsinstitute, wie z.B. das Institut für Psychotherapie (IfP) kontaktiert, welche die Einladung zur Teilnahme an der Umfrage mittels E-Mail-Verteiler an die Mitglieder weiter leiteten. Die Einladung zur Teilnahme an der Umfrage beinhaltete Informationen bezüglich des Themas der Studie (Psychotherapeutische Behandlung von Zwangsstörungen) sowie den Link zur Umfrage. Die potenziellen Teilnehmer wurden darauf hingewiesen, dass die Möglichkeit zur Teilnahme besteht, sofern diese psychotherapeutisch tätig sind. Weiter wurde betont, dass eine Teilnahme ebenfalls erwünscht ist, auch wenn bisher noch nie Patienten mit Zwangsstörungen behandelt wurden. Den Probanden wurde bei vollständiger Teilnahme an der Umfrage eine Aufwandsentschädigung in Form eines Zugangs zum Download eines Kurzmanuals mit Übungen zur Steigerung des Selbstwertes aus der Arbeitsgruppe Klinische Neuropsychologie zugesichert.

Für den Einschluss in die Studie war die Berechtigung zur psychotherapeutischen Tätigkeit (z.B. als psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut, Nervenarzt, Psychiater, Heilpraktiker oder im Rahmen von Ausbildungstherapien) erforderlich. Weitere Einschlusskriterien waren ein Alter zwischen 18 und 75 Jahren, Zugang zum Internet, ausreichende Deutschkenntnisse sowie die Bereitschaft zur Teilnahme an einer anonymen Online-Befragung. Mehrfachteilnahmen wurden vermieden, indem doppelte IP-Adressen nach Beendigung der Umfrage in *Qualtrics*® blockiert wurden. Soziodemografische Merkmale der finalen Stichprobe sind in Tabelle 3 dargestellt.

## **4.2 Durchführung**

Bei der Befragung selbst handelte es sich um eine schriftliche, anonymisierte Internethebung über die Software *Qualtrics*® (*Qualtrics*, Provo, UT). Je nach Bearbeitungsgeschwindigkeit dauerte die Befragung ca. 15 bis 20 Minuten. Nachdem die Teilnehmer in Form einer Teilnehmerinformation ausführlich über die Studie aufgeklärt wurden, und eine schriftliche Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie per Mausklick eingeholt wurde (*informed consent*), erfolgte die Erfassung soziodemographischer Daten (siehe Kapitel 4.3.1). Anschließend wurde das Konstrukt der psychologischen Flexibilität mithilfe des Fragebogens zu Akzeptanz und Handeln II (FAH-II; siehe Kapitel 4.3.4) erhoben.

Das Ausmaß der Gedanken-Handlungs-Fusion der Probanden wurde zum einen mithilfe der Thought Action Fusion - Skala (TAF-Skala; siehe Kapitel 4.3.2.2) und zum anderen mittels Items im Rahmen eines kurzen Verhaltensexperiments (siehe Kapitel 4.3.2.1) gemessen. Auch wurden das potentielle Vermeidungsverhalten (Fremd- und Selbstrating), das potentielle Ausmaß an Vermeidung negativer Gedanken sowie das mit dem Verhaltensexperiment einhergehende Ausmaß negativer Gefühle der Probanden erfasst (siehe Kapitel 4.3.2.1).

Um die Expositionsbereitschaft der Therapeuten zu messen, wurden primär die Behandlungsempfehlungen in Bezug auf ein Fallbeispiel einer Patientin mit aggressiven Zwangsgedanken genutzt (siehe Kapitel 3.2). Zusätzlich erfassten Items die Merkmale der durchgeführten Therapie der Therapeuten, indem z.B. das Ausmaß der Anwendung von Expositionstherapien bei Patienten mit Zwangsstörungen und Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken erfragt wurde (siehe Kapitel 4.3.3.2). Weiter diente die *Therapist Beliefs about Exposure Scale* (TBES; siehe Kapitel 4.3.3.3) der Messung des Ausmaßes an negativen Überzeugungen der Therapeuten in Bezug auf Expositionstherapie.

Abschließend wurde erfragt, ob den Teilnehmern die S3-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) zu Zwangsstörungen bekannt seien. Am Ende der Untersuchung erfolgte ein schriftliches *Debriefing* zur Aufklärung über die genauen Ziele der Studie sowie zur Entlastung bei potenzieller Belastung nach Beendigung der Studie. Auch erhielten die Teilnehmer den vor der Teilnahme zugesicherten Zugang zum Download des Kurzmanuals mit Übungen zur Steigerung des Selbstwertes aus der Arbeitsgruppe Klinische Neuropsychologie.

## **4.3 Messinstrumente**

**4.3.1 Soziodemografischer Fragebogen.** Um eine Stichprobenbeschreibung zu ermöglichen, wurden soziodemografische Daten wie Geschlecht, Alter, berufliche Qualifikation sowie das Psychotherapieverfahren, in dem die Teilnehmer überwiegend tätig sind, erhoben. Darüber hinaus wurde der aktuelle Berufsstatus, die Anzahl der Jahre, die die Teilnehmer psychotherapeutisch tätig sind sowie das Setting, in dem die Teilnehmer Patienten überwiegend psychotherapeutisch behandeln, erfasst.

### 4.3.2 Erfassung der Gedanken-Handlungs-Fusion

**4.3.2.1 *Verhaltensexperiment.*** Das in der Studie verwendete Verhaltensexperiment, entwickelt von Shafran et al. (1996), ist eine etablierte Methode zur Messung von Gedanken-Handlungs-Fusion und wurde schon vielfach in Studien eingesetzt (z.B. Barrett & Healy, 2003; Berman et al., 2010; Hezel et al., 2019; van den Hout et al., 2001; Zucker et al., 2002). Die Therapeuten wurden zunächst um das gedankliche Vorstellen einer für sie persönlich wichtigen bzw. geliebten Person gebeten. Anschließend folgte die Aufforderung, den Satz „Ich hoffe, dass xy morgen einen schlimmen Unfall haben wird.“ zu vervollständigen, indem, anstelle des „xy“, der Name der zuvor gedanklich vorgestellten Person eingesetzt werden sollte. Nachdem der Satz mit dem Namen der geliebten Person aufgeschrieben wurde, wurden die Probanden darum gebeten, die Augen zu schließen und einen kurzen Moment über die Situation nachzudenken. Studienergebnisse belegen, dass das beschriebene Verhaltensexperiment Angst, Unwohlsein und den Drang zum Neutralisieren auslöst (Rachman et al., 1996; van den Hout, van Pol, & Peters, 2001).

Anschließend wurde das Ausmaß der Gedanken-Handlungs-Fusion der Probanden mittels zwei Items erfasst: 1. „Während der Übung: Ich habe befürchtet, mit meinem Verhalten (Denken/Aufschreiben) das Risiko, dass die Person einen schlimmen Unfall haben könnte, zu erhöhen.“) sowie 2. „Aktuell, direkt nach der Übung: Ich befürchte, mit meinem Verhalten (Denken/Aufschreiben) das Risiko, dass die Person einen schlimmen Unfall haben könnte, erhöht zu haben.“.

Weiter wurde das potentielle Vermeidungsverhalten der Probanden erfasst, indem die von den Probanden selbst berichteten Reaktionen auf Ebene des Verhaltens (z.B. „Ich habe den Satz aufgeschrieben und danach wieder gelöscht.“) erfragt wurden. Zusätzlich wurde das berichtete Verhalten der Probanden nach Erhebung der Daten im Rahmen einer Fremdbeurteilung überprüft, um festzustellen, ob diese mit dem tatsächlichen Verhalten während der Übung übereinstimmen (z.B. „Originaler Satz mit dem Namen einer Person oder Art der Beziehung, wie z.B. Mutter aufgeschrieben“ oder „Feld freigelassen.“). Die Angaben des Selbstratings und die Auswertungen der Fremdbeurteilung wurden für die Berechnungen (siehe Kapitel 5.3) den Kategorien „vollständige Vermeidung“, „z.T. Vermeidung“ und „keine Vermeidung“ zugeteilt. Zur Kategorie „vollständige Vermeidung“ wurde im Selbstrating: „Ich habe den Satz gar nicht aufgeschrieben“ und im Fremdrating: „Feld freigelassen“ und „aktive Verweigerung (z.B. „Mache ich nicht.“)“ zugeordnet. Zur

Kategorie „z.T. Vermeidung“ wurde im Selbstrating: „Ich habe den Satz aufgeschrieben und danach wieder gelöscht.“, „Ich habe den Satz begonnen aufzuschreiben und danach wieder gelöscht.“, „Ich habe den Satz mit einem anderen Namen aufgeschrieben, als ursprünglich vorgestellt“, „Ich habe gar keinen Namen aufgeschrieben.“, „Ich habe den Satz mehrmals korrigiert.“ und „Ich habe ein anderes Ereignis aufgeschrieben.“ und im Fremdrating: „Original Satz ohne Namen (z.B. YX, "sie")“, „Nur ein Name kein Satz“, „Anderer Satz mit positivem Ausgang (z.B. mit "keinen")“, „Nur Anfangsbuchstabe in Satz“ zugeteilt. Die Kategorie „keine Vermeidung“ beinhaltete im Selbstrating: „Ich habe den Satz mit dem Namen der Person aufgeschrieben, an die ich ursprünglich gedacht habe.“ und im Fremdrating: „Original Satz mit dem Namen einer Person (oder Beziehungsstatus, z.B. Mutter) aufgeschrieben“.

Zudem erfolgte die Erfassung des Ausmaßes der Reaktionen auf Ebene der Gedanken. Hierbei wurden potentielle Gedankenrelativierung („Ich habe versucht die Gedanken zu relativieren.“), Gedankenunterdrückung („Ich habe versucht die Gedanken zu unterdrücken.“), Ablenkung von Gedanken („Ich habe versucht mich von den Gedanken abzulenken.“) und gedankliche Selbstberuhigung („Ich habe versucht mich damit zu beruhigen, dass ich das durch meine negativen Gedanken ja gar nicht beeinflussen kann.“). Weiter wurde das Ausmaß negativer Gefühle (z.B. „Anspannung“) mithilfe von vorgegebenen Mehrfachantworten gemessen.

**4.3.2.2 Thought Action Fusion - Skala (TAF - Skala).** Die deutsche Version der *Thought-action fusion scale* (TAFS; Shafran, Thordarson, & Rachman, 1996), die Thought Action Fusion - Skala (TAF-Skala) nach Hansmeier, Exner, Rief und Glombiewski (2014), besteht aus 19 Items und ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung von Gedanken-Handlungs-Fusion. Das Instrument beinhaltet zum einen die Subskala *TAF-Moral*, bestehend aus 12 Items (z.B. „Daran zu denken, eine extrem kritische Anmerkung gegenüber einem Freund zu machen, ist für mich fast so inakzeptabel wie es tatsächlich zu sagen.“) sowie die Subskala *TAF-Likelihood*, welche 7 Items beinhaltet. Die Subskala *TAF-Likelihood* differenziert zwischen 3 Items der Skala *TAF-Likelihood Self*, die sich auf die eigene Person beziehen (z.B. „Wenn ich daran denke, dass ich bei einem Sturz verletzt werde, erhöht das das Risiko, dass ich einen Sturz haben und verletzt werden werde.“) und 4 Items der Skala *TAF-Likelihood Others*, die sich auf eine andere Person beziehen (z.B. „Wenn ich daran denke, dass ein Verwandter/Freund in einen Autounfall verwickelt ist,

erhöht das das Risiko, dass er/sie einen Autounfall haben wird.“). Für jedes Item wird auf einer fünfstufigen Skala von 0 = „widerspreche stark“ bis 4 = „stimme stark zu“ angegeben, in welchem Ausmaß den Aussagen der Items zugestimmt wird. Der Gesamtskalenwert weist dementsprechend eine Spanne von 0 bis 76 auf, wobei höhere Werte ein größeres Ausmaß an Gedanken-Handlungs-Fusion bedeuten.

Es konnten gute bis exzellente interne Konsistenzen (TAF-Gesamt: Cronbach's  $\alpha = .93$ ; TAF-Moral: Cronbach's  $\alpha = .93$ ; TAF-Likelihood Others: Cronbach's  $\alpha = .94$ ; TAF-Likelihood Self: Cronbach's  $\alpha = .87$ ) sowie zufriedenstellende Test-Retest-Reliabilitäten (TAF-Gesamt:  $r = .74$ ; TAF-Moral:  $r = .74$ ; TAF-Likelihood Others:  $r = .70$ ; TAF-Likelihood Self:  $r = .64$ ) ermittelt werden. Auch konnte die Dreifaktor-Struktur der originalen Version der TAF-Skala (z.B. Bailey, Wu, Valentiner, & McGrath, 2014) für die deutsche Version der TAF-Skala (Hansmeier et al., 2014) bestätigt werden.

### **4.3.3 Erfassung der Expositionsbereitschaft**

**4.3.3.1 Fallbeispiel.** Die Expositionsbereitschaft der Therapeuten wurde primär mithilfe eines Fallbeispiels zu einer Patientin mit aggressiven Zwangsgedanken gemessen, indem anschließend das individuell favorisierte therapeutische Vorgehen mittels vorgegebener Mehrfachantworten (z.B. „Verhaltenstherapie inklusive Exposition mit Reaktionsmanagement/-verhinderung“ oder „Kognitive Therapie“) erfasst wurde. Auch wurde erfragt, ob die psychotherapeutische Behandlung der Patientin des Fallbeispiels selbst übernommen oder eine Verweisung an einen Kollegen bevorzugt werden würde. Auf dieser Basis wurden die Stichproben ERVj und ERVn eingeteilt (siehe Kapitel 3.2).

**4.3.3.2 Beschreibung der durchgeführten Therapie.** Zur Erfassung der Merkmale der durchgeführten Therapie der Therapeuten wurden die von den Therapeuten selbst geschätzte Anzahl ihrer (1) Psychotherapiesitzungen pro Woche, (2) im Berufsleben psychotherapeutisch behandelten Patienten mit Zwangsstörungen sowie (3) im Berufsleben psychotherapeutisch behandelten Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken erfragt.

Darüber hinaus wurde erfasst, in welchem Maß („nein nie“ bis „ja bei allen“) die Probanden Expositionstherapien bei Patienten mit Zwangsstörungen sowie Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken durchführen.

**4.3.3.3 Therapist Beliefs About Exposure Scale (TBES).** Die *Therapist Beliefs about Exposure Scale* (TBES) nach Deacon, Farrell, Kemp, Dixon, Zhang und McGrath (2013), ins Deutsche übersetzt von Pittig, Kotter und Hoyer (2018), misst negative Überzeugungen von Therapeuten in Bezug auf Exposition. Die TBES umfasst 21 Items (z.B. „Die meisten Klienten/innen haben Probleme, die Belastung auszuhalten, die durch Exposition ausgelöst wird.“), welche auf einer fünfstufigen Skala (0 = „starke Ablehnung“ bis 4 = „starke Zustimmung“) beantwortet werden. Der Gesamtskalenwert kann somit zwischen 0 und 84 liegen; höhere Werte kennzeichnen hierbei ein größeres Ausmaß an negativen Überzeugungen hinsichtlich Exposition. Die TBES nach Deacon et al. (2013) zeigt eine exzellente interne Konsistenz (Cronbach's  $\alpha = .95$ ), eine hohe Test-Retest-Reliabilität ( $r = .89$ ) sowie eine 1-Faktor-Struktur (Deacon et al., 2013).

#### **4.3.4 Erfassung der psychischen Inflexibilität**

**4.3.4.1 Fragebogen zu Akzeptanz und Handeln II (FAH-II)** Die deutsche Version des *Acceptance and Action Questionnaire-II* (AAQ-II; Bond, Hayes, Baer und Carpenter, 2011), der Fragebogen zu Akzeptanz und Handeln II (FAH-II; Hoyer & Gloster, 2013), beinhaltet 7 Items und dient der Erfassung des Konstrukts der psychischen Flexibilität (Hayes et al. 1999). Auf einer siebenstufigen Skala (1 = „niemals wahr“ bis 7 = „immer wahr“) wird eingeschätzt, inwieweit den Aussagen der Items (z.B. „Ich habe Angst vor meinen Gefühlen.“) zugestimmt wird. Der Wertebereich des Gesamtskalenwertes liegt somit zwischen 7 und 49, wobei höhere Werte höhere psychologische Inflexibilität darstellen. Der FAH-II weist eine gute (Cronbach's  $\alpha = 0.84$ ) bis exzellente (Cronbach's  $\alpha = 0.97$ ) interne Konsistenz sowie eine hohe Test-Retest-Reliabilität ( $r = 0.85$ ) auf (Hoyer & Gloster, 2013).

#### **4.4 Datenauswertung**

Die statistischen Analysen wurden mit SPSS® 25.0 (IBM Corp, Armonk, NY) durchgeführt. Die Gesamtstichprobe ( $N = 374$ ) wurde zunächst in zwei Gruppen (ERVj und ERVn) unterteilt (siehe Kapitel 2.3), um auf dieser Basis Gruppenunterschiede prüfen zu können. Deskriptive Daten wurden sowohl für die Gesamtstichprobe, als auch für beide Gruppen ERVj und ERVn durch die Darstellung der Mittelwerte (Standardabweichungen) oder Häufigkeiten (Prozent) berichtet. Gruppenunterschiede bezüglich deskriptiver Stich-

probencharakteristika bei nominalen Variablen wurden mittels  $\chi^2$  –Tests berechnet, wohingegen bei intervallskalierten Variablen t-Tests für unabhängige Stichproben verwendet wurden. Zur Überprüfung der Unterschiedshypothesen wurden t-Tests für unabhängige Stichproben genutzt.

Die Voraussetzungen zur Berechnung von t-Tests wurden berücksichtigt: die Normalverteilung wurde mittels Kolmogorov-Smirnov-Test sowie grafisch überprüft und die Homoskedastizität wurde anhand des Levene-Tests überprüft (siehe Anhang 1). Bei Nicht-Vorliegen der Voraussetzungen wurde nonparametrisch (mittels Mann-Whitney U-Test) nachgerechnet und im Falle von Änderung des Signifikanzniveaus in den Ergebnissen berichtet. Korrelationsberechnungen wurden angewendet, um Zusammenhänge zwischen Merkmalen der durchgeführten Therapie, TBES, TAF-Skala und FAH-II zu berechnen. Hierbei wurden bei intervallskalierten Variablen (TBES, TAF-Skala und FAH-II) Korrelationsberechnungen nach Pearson angewendet, bei ordinalskalierten Variablen (z.B. im Berufsleben psychotherapeutisch behandelte Zwangspatienten) hingegen der Korrelationskoeffizient  $\rho$  (rho) nach Spearman.

Für alle Berechnungen wurde ein Signifikanzniveau von  $\alpha = .05$  (zweiseitig) festgelegt. Es wurde eine Stichprobenkalkulation mittels G\*Power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) durchgeführt. In einer Studie von Pittig et al. (2019) wurde ein negativer Zusammenhang zwischen der Anwendung von Expositionstherapie und negativen Überzeugungen gefunden ( $\rho = .35, p < .001$ ). Entsprechend einer konservativen Berechnung wird von einem geringeren Zusammenhang von  $\rho = .25$  in der vorliegenden Studie ausgegangen. Damit liegt bei einem  $\alpha = .05$  und einer Power von  $.80$  die zu rekrutierende Stichprobengröße bei  $N = 120$ .

## 5. Ergebnisse

### 5.1 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt begonnen 419 Probanden die Umfrage. Ausgeschlossen wurden Teilnehmer, die (1) der Einverständniserklärung nicht zustimmten ( $n = 2$ ), (2) die das Fallbeispiel und somit die restliche Umfrage nicht bearbeiteten, sodass eine Kategorisierung zu ERVj oder ERVn nicht möglich war ( $n = 57$ ) sowie ein Proband, der gemäß Einschlusskriterien zu jung war ( $n = 1$ ). Darüber hinaus führten inhaltlich unstimmige Antwortmuster (z.B. gleiche Werte bei jedem Item der *Therapist Beliefs About Exposure Scale*) zum Aus-

schluss ( $n = 3$ ). Insgesamt wurden somit die Daten von 356 Teilnehmern in die finale Datenauswertung eingeschlossen.

Ein hoher Anteil der Gesamtstichprobe ( $N = 356$ ) bestand aus weiblichen (83.4%) sowie vorwiegend verhaltenstherapeutisch tätigen Probanden (73.9%). Das durchschnittliche Alter betrug 37.26 ( $SD = 10.72$ ) Jahre, wobei die Altersspanne der Teilnehmer zwischen 24 und 72 Jahren lag. Die Gruppe ERVn ( $n = 127$ ) wies gegenüber der Gruppe ERVj ( $n = 229$ ) einen signifikant höheren Altersdurchschnitt auf ( $t(202) = 3.26, p = .001$ ). Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Teilstichproben hinsichtlich des Geschlechts. Weitere demografische Merkmale der Gesamtstichprobe sowie der Teilstichproben ERVj und ERVn sind in Tabelle 3 dargestellt. Tabelle 4 zeigt die Merkmale der durchgeführten Therapie der Stichprobe. Die Gruppe ERVn berichtete im Vergleich zur Gruppe ERVj von einer signifikant niedrigeren Anzahl psychotherapeutisch behandelter Patienten mit Zwangsstörungen ( $U = 11892.00, z = -1.97, p = .048$ ) sowie Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken ( $U = 12939.50, z = -0.74, p = .045$ ).

Darüber hinaus gaben 23.5% der Gruppe ERVn an und 48.2% der Gruppe ERVj an, die S3-Leitlinie zu Zwangsstörungen zu kennen und das therapeutische Handeln danach auszurichten,  $\chi^2(2) = 23.74, p < .001$ .

**Tabelle 3**

*Demografische Merkmale der Stichprobe, aufgeteilt in Gesamtstichprobe, ERVj und ERVn: Mittelwerte (Standardabweichungen) oder Häufigkeit (Prozent)*

	Gesamtstichprobe (N = 356)	ERVj (n = 229)	ERVn (n = 127)	Statistik
<i>Demografische Daten</i>				
Geschlecht (männlich/weiblich/divers)	58(16.3%)/297(83.4%)/1(0.3%)	40(17.5%)/188(82.1%)/1(0.4%)	18(14.2%)/109(85.8%)/0(0.0%)	$\chi^2(2) = 1.23,$ $p = .539$
Alter (in Jahren)	37.26 (10.72)	35.78 (9.24)	39.94 (12.58)	$t(202) = 3.26,$ $p = .001$
Berufliche Ausbildung (Psychologischer Psychotherapeut/Psychologischer Psychotherapeut in Ausbildung/Ärztlicher Psychotherapeut/Ärztlicher Psychotherapeut in Ausbildung/sonstiges [z.B. KJP])	103(28.9%)/194(54.5%)/15(4.2%)/9(2.5%)/35(9.8%)	74(32.3%)/129(56.3%)/6(2.6%)/6(2.6%)/14(6.1%)	29(22.8%)/65(51.2%)/9(7.1%)/3(2.4%)/21(16.5%)	$\chi^2(4) = 15.85,$ $p = .003$
Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie/Tiefenpsychologie/Analytische Psychotherapie/sonstiges [z.B. EMDR])	263(73.9%)/72(20.2%)/13(3.7%)/8(2.2%)	207(90.4%)/18(7.9%)/1(0.4%)/3(1.3%)	56(44.1%)/54(42.5%)/12(9.4%)/5(3.9%)	$\chi^2(3) = 92.90,$ $p < .001$
Berufsstatus (Vollzeit/Teilzeit/arbeitssuchend/berentet/sonstiges)	141(39.6%)/193(54.2%)/4(1.1%)/18(5.1%)	96(41.9%)/126(55.0%)/2(0.9%)/5(2.2%)	45(35.4%)/67(52.8%)/2(1.6%)/13(10.2%)	$\chi^2(3) = 11.78,$ $p = .008$

Psychotherapeutische Tätigkeit (in Jahren)	7.43 (8.33)	6.87 (7.17)	8.43(10.04)	$t(198) = 1.54,$ $p = .123$
Psychotherapeutisches Setting (Einzelpraxis [ambulant]/Gemeinschaftspraxis [ambulant]/stationär/teilstationär/Institutsambulanz/ sonstiges [z.B. Rehabilitation])	70(19.7%)/41(11.5%)/97(27.2 %)/34(9.6%)/100(28.1%)/14(3.9%)	41(17.9%)/23(10.0%)/58(25.3 %)/22(9.6%)/77(33.6%)/8(3.5 %)	29(22.8%)/18(14.2%)/39(30.7 %)/12(9.4%)/23(18.1%)/6(4.7 %)	$\chi^2(5) = 10.40,$ $p = .065$

---

**Tabelle 4**

*Merkmale der durchgeführten Therapie der Stichprobe, aufgeteilt in Gesamtstichprobe, ERVj und ERVn: Mittelwerte (Standardabweichungen) oder Mediane*

<i>Merkmale der durchgeführten Therapie der Stichprobe</i>	Gesamtstichprobe ( <i>N</i> = 345)	ERVj ( <i>n</i> = 224)	ERVn ( <i>n</i> = 121)	Statistik
Anzahl der Psychotherapiesitzungen pro Woche	12.29 (7.75)	12.76 (7.36)	11.43 (8.38)	$t(343) = -1.51,$ $p = .130$
Anzahl psychotherapeutisch behandelter Patienten mit Zwangsstörungen (0/1-3/4-10/11-50/51-100/>100)	2.00	3.00	2.00	$U = 11892.00, z =$ $-1.97, p = .048$
Anzahl psychotherapeutisch behandelter Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken (0/1-3/4-10/11-50/51-100/>100)	2.00	2.00	2.00	$U = 12939.50, z =$ $-0.74, p = .045$
Kennen Sie die S3-Leitlinie der DGPPN zu Zwangsstörungen? (Nein/Ja, aber handele nicht unbedingt danach/Ja, und richte mein therapeutisches Handeln danach aus)	137(40.2%)/69(19.4%)/135 (37.9%)	70(31.5%)/45(20.3%)/107 (48.2%)	67(56.3%)/24(20.2%)/28 (23.5%)	$\chi^2(2) = 23.74,$ $p < .001$

*Anmerkung.* Es wurden  $n = 11$  Teilnehmer nicht in die Berechnungen einbezogen, da die Umfrage vor Bearbeitung der dargestellten Items abgebrochen wurde.

## 5.2 Einstellungen der Therapeuten hinsichtlich Expositionstherapie

**5.2.1 Negative Überzeugungen hinsichtlich Expositionstherapie.** Tabelle 5 zeigt das Ausmaß an negativen Überzeugungen hinsichtlich Expositionstherapie (gemessen mit der TBES), differenziert für Gesamtstichprobe, ERVj und ERVn. Für die Gruppe ERVn zeigte sich im Durchschnitt ein signifikant größeres Ausmaß an negativen Überzeugungen hinsichtlich Expositionstherapie im Vergleich zur Gruppe ERVj ( $t(354) = 11.04, p < .001$ ). Das Lebensalter in Jahren wurde als Kovariate im Rahmen einer ANCOVA einbezogen, um zu prüfen, ob die Variable einen Einfluss auf die Ergebnisse hatte. Dies führte zu keiner Veränderung der Ergebnisse ( $p < .001$ ).

**Tabelle 5**

*Negative Überzeugungen hinsichtlich Expositionstherapie, gemessen mit der TBES, aufgeteilt in Gesamtstichprobe, ERVj und ERVn: Mittelwerte (Standardabweichungen)*

	Gesamtstichprobe ( $N = 365$ )	ERVj ( $n = 229$ )	ERVn ( $n = 127$ )	Statistik (t-Test)	Statistik (ANCOVA) <sup>a</sup>
TBES Gesamtwert	28.12 (11.93)	23.63 (10.10)	36.22 (10.67)	$t(354) = 11.04, p < .001$	$F(1, 353) = 123.07, p < .001$

*Anmerkung.* Kodierung 0(starke Ablehnung) bis 4(starke Zustimmung). <sup>a</sup> Lebensalter in Jahren als Kovariate.

**5.2.2 Expositionsbereitschaft.** Tabelle 6 stellt die Expositionsbereitschaft der Gesamtstichprobe sowie der Teilstichproben dar. Es zeigte sich für die Gruppe ERVn im Vergleich zur Gruppe ERVj ein signifikant niedrigeres Ausmaß an Zustimmung bezüglich der Durchführung von Expositionstherapie bei Patienten mit Panikstörungen, Agoraphobien und spezifischen Phobien ( $U = 6203.00, z = -8.74, p < .001$ ), Patienten mit Zwangsstörungen ( $U = 5166.00, z = -9.82, p < .001$ ), sowie Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken ( $U = 5367.50, z = -9.82, p < .001$ ). Das Lebensalter in Jahren als Kovariate führte zu keiner Veränderung der Ergebnisse ( $p < .001$ ).

**Tabelle 6***Expositionsbereitschaft der Stichprobe, aufgeteilt in Gesamtstichprobe, ERVj und ERVn: Mediane*

<i>Expositionsbereitschaft<sup>b</sup></i>	Gesamtstichprobe ( <i>N</i> = 345)	ERVj ( <i>n</i> = 224)	ERVn ( <i>n</i> = 121)	Statistik (U-Test)	Statistik (ANCOVA) <sup>a</sup>
Exposition bei Panikstörung, Agoraphobie, spezifischen Phobien	4.00	4.00	2.00	$U = 6203.00, z = -8.74, p < .001$	$F(1, 342) = 119.56, p < .001$
Exposition bei Zwangsstörungen	4.00	4.00	2.00	$U = 5166.00, z = -9.82, p < .001$	$F(1, 342) = 153.93, p < .001$
Exposition bei aggressiven Zwangsgedanken <sup>c</sup>	2.00	4.00	1.00	$U = 5367.50, z = -9.82, p < .001$	$F(1, 339) = 112.80, p < .001$

*Anmerkung.* Es wurden  $n = 11$  Teilnehmer nicht in die Berechnungen einbezogen, da die Umfrage vor Bearbeitung der dargestellten Items abgebrochen wurde. <sup>a</sup>Lebensalter in Jahren als Kovariate. <sup>b</sup>Kodierung 1(Nein, nie), 2(Nur bei wenigen), 3(Bei ca. der Hälfte), 4(Bei den meisten), 5(Ja, bei allen). <sup>c</sup>Es wurden  $n = 14$  Teilnehmer nicht in die Berechnungen einbezogen, da die Umfrage vor Bearbeitung der dargestellten Items abgebrochen wurde.

### 5.3 Gedanken-Handlungs-Fusion der Therapeuten

In Tabelle 7 ist die Gedanken-Handlungs-Fusion der Teilstichproben, gemessen mit Hilfe der TAF-Skala, dargestellt. In der Gruppe ERVn konnte im Vergleich zur Gruppe ERVj deskriptiv eine höhere TAF auf allen Skalen festgestellt werden. Der Mittelwertvergleich zeigte signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich des TAF-Skala Gesamtwertes ( $t(345) = 2.34, p = .019$ ) und der Skala *TAF-Likelihood Self* ( $t(217) = 2.70, p = .007$ ). Für TAF-LO wurde das Ergebnis durch den Einfluss der Kovariate Lebensalter in Jahren signifikant ( $p < .01$ ). Es zeigte sich für keine weitere Berechnung eine Änderung des Signifikanzniveaus durch den Einfluss des Lebensalters in Jahren.

**Tabelle 7**

*TAF, gemessen mit der TAF-Skala, aufgeteilt in ERVj und ERVn: Mittelwerte (Standardabweichungen)*

	ERVj ( <i>n</i> = 224)	ERVn ( <i>n</i> = 123)	Statistik (t-Test)	Statistik (ANCOVA) <sup>a</sup>
<i>TAF-Skala</i>				
Gesamtwert	9.33 (8.24)	11.64 (9.67)	$t(345) = 2.34,$ $p = .019$	$F(1, 344) = 8.54,$ $p = .004$
<i>TAF-Moral</i>	6.56 (6.22)	7.62 (6.72)	$t(345) = 1.48,$ $p = .14$	$F(1, 344) = 3.64,$ $p = .057$
<i>TAF-Likelihood Self</i>	1.91 (2.28)	2.69 (2.70)	$t(217) = 2.70,$ $p = .007$	$F(1, 344) = 9.82,$ $p = .002$
<i>TAF-Likelihood Others</i>	0.84 (1.75)	1.31 (2.34)	$t(198) = 1.93,$ $p = .054$	$F(1, 344) = 8.16,$ $p = .005$

*Anmerkung.* Es wurden  $n = 9$  Teilnehmer nicht in die Berechnungen einbezogen, da die Umfrage vor Bearbeitung der TAF-Skala abgebrochen wurde. <sup>a</sup>Lebensalter in Jahren als Kovariate.

Tabelle 8 zeigt die Gedanken-Handlungs-Fusion der Therapeuten im Rahmen des Verhaltensexperiments. Die Gruppe ERVn berichtete gegenüber der Gruppe ERVj im Durchschnitt von einem signifikant größeren Ausmaß an TAF während des Verhaltensexperiments ( $t(197) = 3.10, p = .002$ ) sowie direkt nach dem Verhaltensexperiment ( $t(192) = 3.14, p = .002$ ). Der Berücksichtigung des Lebensalters in Jahren als Kovariate führte zu keiner Veränderung des Signifikanzniveaus.

**Tabelle 8**

TAF während und direkt nach dem Verhaltensexperiment, aufgeteilt in ERVj und ERVn:  
Mittelwerte (Standardabweichungen)

	ERVj (n = 229)	ERVn (n = 127)	Statistik (t-Test)	Statistik (ANCOVA) <sup>a</sup>
<i>Verhaltensexperiment<sup>b</sup></i>				
TAF während Übung	1.93 (0.96)	2.35 (1.36)	$t(197) = 3.10,$ $p = .002$	$F(1, 353) =$ $18.65, p < .001$
TAF direkt nach Übung	1.44 (0.81)	1.81 (1.19)	$t(192) = 3.14,$ $p = .002$	$F(1, 353) =$ $14.20, p < .001$

Anmerkung. <sup>a</sup>Lebensalter in Jahren als Kovariate. <sup>b</sup>Kodierung 1 (gar nicht) bis 5 (sehr stark).

Abbildung 1 zeigt die prozentualen Häufigkeiten hinsichtlich des Ausmaßes an Zustimmung bezüglich der TAF-messenden Items während sowie direkt nach dem Verhaltensexperiment der beiden Gruppen ERVj und ERVn.

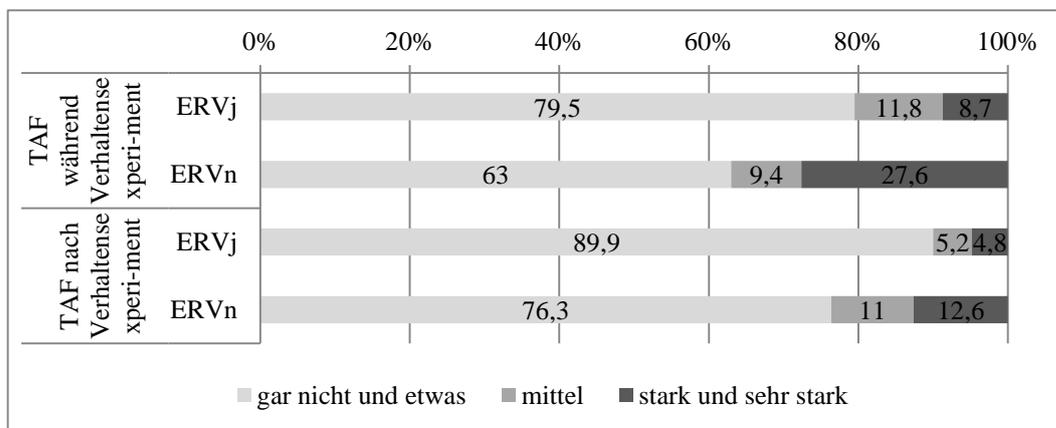


Abbildung 1. TAF während und direkt nach dem Verhaltensexperiment getrennt für ERVj und ERVn in Prozent.

### 5.3.1 Vermeidungsverhalten und Gefühle im Rahmen des Verhaltensexperiments.

Im Fremdrating zeigte sich, dass innerhalb der Gruppe ERVn gegenüber der Gruppe ERVj eine signifikant höhere Anzahl an Probanden im Rahmen des Verhaltensexperiments vollständig vermieden,  $\chi^2(2) = 6.40, p = .041$  (Beschreibung der Zuordnung zu den Kategorien „keine Vermeidung“, „z.T. Vermeidung“, „Vermeidung“ siehe Kapitel 4.3.2.1). Auch gab die Gruppe ERVn gegenüber der Gruppe ERVj im Selbstrating signifi-

kant häufiger an, im Rahmen des Verhaltensexperiments vollständig vermieden zu haben,  $\chi^2(2) = 9.09, p = .011$ .

Abbildung 2 stellt die prozentualen Häufigkeiten der Kategorien „Keine Vermeidung“, „z.T. Vermeidung“, „Vermeidung“ aufgeteilt für Fremd- und Selbstrating sowie ERVj und ERVn dar.

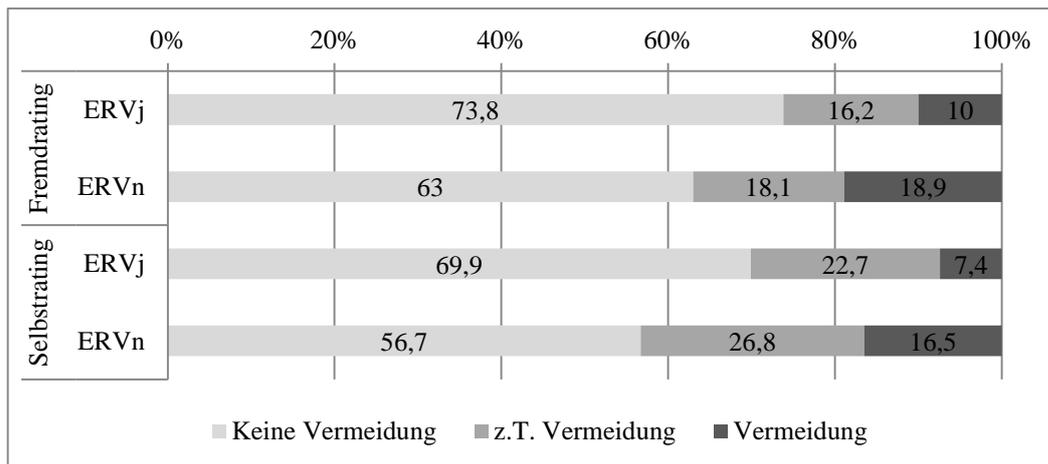


Abbildung 2. Vermeidungsverhalten im Rahmen des Verhaltensexperiments getrennt für Selbst- und Fremdrating sowie ERVj und ERVn in Prozent

Darüber hinaus zeigte sich, dass die Gruppe ERVn im Vergleich zur Gruppe ERVj von einem signifikant größeren Ausmaß an Vermeidung negativer Gedanken (im Selbstrating) für die Items Relativierung, Unterdrückung sowie Ablenkung berichtete (siehe Anhang 2). Abbildung 3 zeigt die prozentualen Häufigkeiten hinsichtlich der Vermeidung negativer Gedanken für die Gruppen ERVj und ERVn. In Kapitel 4.3.2.1 werden die Items bezüglich der Vermeidung negativer Gedanken erläutert.

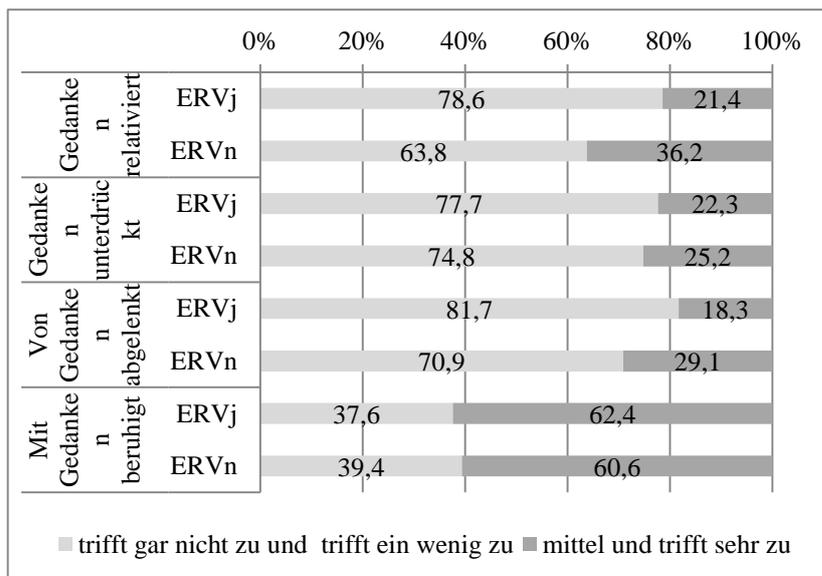


Abbildung 3. Vermeidung negativer Gedanken während bzw. kurz nach dem Verhaltensexperiment getrennt für ERVj und ERVn in Prozent.

Weiterhin berichtete die Gruppe ERVn gegenüber der Gruppe ERVj von einem signifikant größeren Ausmaß an Anspannung, Angst, Trauer, Wut sowie Schuld während des Verhaltensexperiments. Der Mittelwertunterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich des Ausmaßes an Scham zeigte keine signifikanten Unterschiede (siehe Anhang 3).

In Abbildung 4 sind die prozentualen Häufigkeiten hinsichtlich des Ausmaßes an Gefühlen während des Verhaltensexperiments dargestellt. Die Berücksichtigung des Lebensalters in Jahren führte im Mittelwertvergleich hinsichtlich des Ausmaßes an Scham im Rahmen des Verhaltensexperiments dazu, dass der Unterschied signifikant wurde ( $p < .05$ ). Darüber hinaus zeigte sich keine Änderung des Signifikanzniveaus durch die Berücksichtigung der Kovariate Lebensalter in Jahren in Kapitels 5.3.

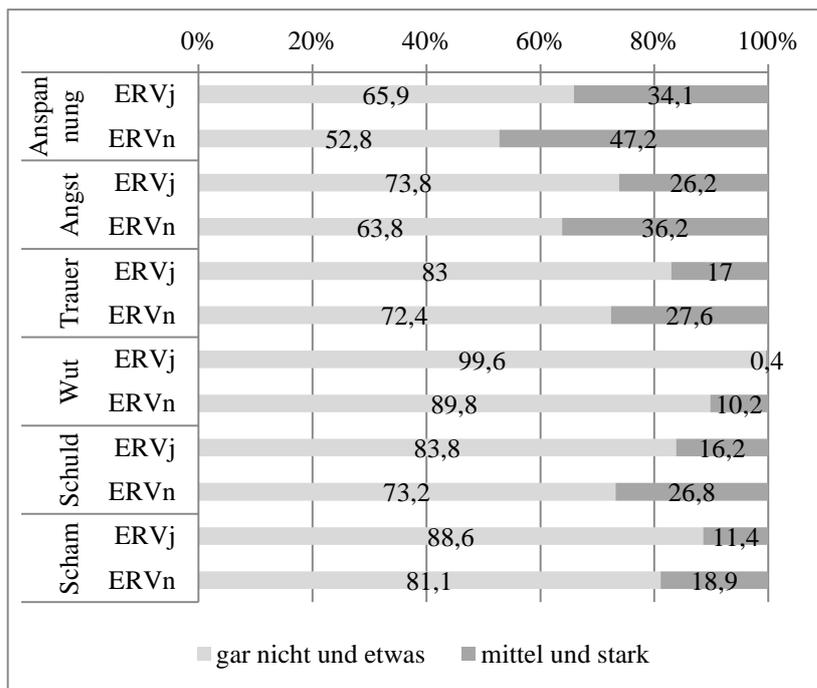


Abbildung 4. Gefühle im Rahmen des Verhaltensexperiments getrennt nach ERVj und ERVn in Prozent.

#### 5.4 Korrelationen

Es konnten signifikant geringe negative Korrelationen zwischen dem Lebensalter in Jahren und dem TAF-Skala Gesamtwert ( $r = -.143, p = .008$ ), TAF-M ( $r = -.113, p = .036$ ) sowie TAF-LO ( $r = -.189, p < .001$ ) gefunden werden. Weiter korrelierten die Jahre der psychotherapeutischen Tätigkeit gering negativ mit dem TAF-Skala Gesamtwert ( $r = -.118, p = .028$ ) sowie TAF-LO ( $r = -.174, p = .001$ ), aber nicht mit TAF-M ( $r = -.082, p = .128$ ) und TAF-LS ( $r = -.069, p = .199$ ).

Die Korrelationsanalyse zwischen FAH-II Gesamtwert und TBES Gesamtwert zeigte einen geringen positiven Zusammenhang ( $r = .232, p < .001$ ). Darüber hinaus korrelierte der FAH-II Gesamtwert gering bis mittel mit dem Gesamtwert der TAF-Skala ( $r = .290, p < .001$ ), TAF-M ( $r = .209, p < .001$ ), TAF-LO ( $r = .270, p < .001$ ) sowie TAF-LS

( $r = .278, p < .001$ ). Der TBES-Gesamtwert korrelierte gering bis mittel positiv mit allen Skalen der TAF-Skala. Weitere Zusammenhänge sind Tabelle 9 zu entnehmen.

**Tabelle 9**

*Korrelationen (nach Spearman, wenn nicht anders gekennzeichnet) zwischen TAF-Skala und TBES, demografischen Daten sowie Expositionsbereitschaft*

	TAF-Gesamtwert	TAF-Moral	TAF-Likelihood Others	TAF-Likelihood Self
TBES Gesamtwert <sup>a</sup>	.264***	.168**	.231***	.322***
Anzahl psychotherapeutisch behandelter Patienten mit Zwangsstörung (0/1-3/4-10/11-50/51-100/>100)	-.216***	-.177***	-.260***	-.121*
Anzahl psychotherapeutisch behandelter Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken (0/1-3/4-10/11-50/51-100/>100)	-.111*	-.097	-.156**	-.042
Exposition bei Zwangsstörungen <sup>b</sup>	-.216***	-.172***	-.203***	-.250***
Exposition bei aggressiven Zwangsgedanken <sup>b</sup>	-.205***	-.190***	-.195***	-.188***

*Anmerkungen.* TBES = *Therapist Beliefs about Exposure Scale*; <sup>a</sup>Korrelationskoeffizient nach Pearson; <sup>b</sup>Kodierung 1(Nein, nie), 2(Nur bei wenigen), 3(Bei ca. der Hälfte), 4(Bei den meisten), 5(Ja, bei allen).  
\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

#### 5.4 Nebenergebnisse

Es wurden signifikant geringe negative Korrelationen zwischen den Psychotherapiesitzungen pro Woche und TAF-Gesamtwert ( $r = -.143, p < .01$ ), TAF-LO ( $r = -.194, p < .001$ ) und TAF-LS ( $r = -.121, p < .05$ ), aber kein signifikanter Zusammenhang zwischen Psychotherapiesitzungen und TAF-M gefunden ( $r = -.090, p = .143$ ).

Weiter zeigten sich signifikant niedrige negative Korrelationen zwischen dem Ausmaß an Zustimmung hinsichtlich Exposition bei Panikstörung, Agoraphobie, spezifischen Phobien mit TAF-Gesamtwert ( $\rho = -.140, p < .01$ ), TAF-LO ( $\rho = .177, p < .001$ ) und TAF-LS ( $\rho = .261, p < .001$ ).

## 6. Diskussion

### 6.1 Interpretation der Ergebnisse

Ziel der Arbeit war die Untersuchung des Einsatzes von ERV bei Zwangsstörungen in der Routineversorgung sowie der Einfluss von Gedanken-Handlungs-Fusion auf Seite der Therapeuten mit Fokus auf Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken.

Wie in der ersten Hypothese angenommen, konnte ein signifikanter Unterschied zwischen Probanden, die Bereitschaft hinsichtlich der Anwendung von ERV bei Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken zeigten (ERVj) und Probanden, die diesbezüglich keine Bereitschaft zeigen (ERVn), im Hinblick auf das Ausmaß der Gedanken-Handlungs-Fusion, gefunden werden. Die Gruppe ERVn wies ein signifikant größeres Ausmaß an Gedanken-Handlungs-Fusion auf. TAF wurde in der vorliegenden Studie mittels zwei unterschiedlichen Messinstrumenten gemessen. Die TAF-Skala erfasste TAF im Rahmen einer Selbstbeurteilung (z.B. „Wenn ich daran denke, dass ein Verwandter/Freund in einen Autounfall verwickelt ist, erhöht das das Risiko, dass er/sie einen Autounfall haben wird.“), während das Verhaltensexperiment TAF anhand des zuvor gezeigten Verhaltens erhob („Während der Übung: Ich habe befürchtet, mit meinem Verhalten (Denken/Aufschreiben) das Risiko, dass die Person einen schlimmen Unfall haben könnte, zu erhöhen“). Wurde im Rahmen des Verhaltensexperiments gefordert, an eine bestimmte geliebte Person zu denken und den Satz aktiv aufzuschreiben, bezog die TAF-Skala weder bestimmte Namen ein, noch sollte ein Satz aufgeschrieben oder gedanklich vorgestellt werden. Es ist davon auszugehen, dass die Probanden im Rahmen des Verhaltensexperiments dadurch stärker emotional eingebunden wurden. Es ist hervor zu heben, dass sich der Gruppenunterschied sowohl in Bezug auf die Gedanken-Handlungs-Fusion während und nach dem Verhaltensexperiment als auch in Hinblick auf den Gesamtwert der TAF-Skala sowie der Subskala *TAF-Likelihood Self* zeigte. Der Unterschied auf der Subskala *TAF-Likelihood Others* lag lediglich im Trendbereich, wohingegen sich auf der Subskala *TAF-Moral* kein signifikanter Unterschied zeigte.

Auch zeigte sich, wie im Rahmen der zweiten Hypothese angenommen, dass die Gruppe ERVn ein signifikant größeres Ausmaß an Vermeidungsverhalten (Selbst- und Fremdrating) und Vermeidung negativer Gedanken (Relativierung, Unterdrückung sowie Ablenkung hinsichtlich negativer Gedanken) aufwies. Kein signifikanter Unterschied ergab sich bezüglich der Vermeidung negativer Gedanken durch gedankliche Selbstberuhigung („Ich habe versucht mich damit zu beruhigen, dass ich das durch meine negativen

Gedanken ja gar nicht beeinflussen kann.“). Jedoch wurde deskriptiv festgestellt, dass 62.4% der Gruppe ERVj und 60.6% der Gruppe ERVn gedankliche Selbstberuhigung zeigte. Im Gegensatz dazu stimmten prozentual deutlich weniger Probanden den anderen Kategorien, wie z.B. Gedankenrelativierung, zu. Es kann vermutet werden, dass dies mit dem Einbezug einer gesunden Stichprobe zusammenhängt. So stellen Gedankenrelativierung/-Unterdrückung/-Ablenkung dysfunktionale Bewältigungsstrategien dar, die oftmals bei Patienten mit Zwangsstörungen auftreten. Das signifikant größere Ausmaß dieser dysfunktionalen Bewältigungsstrategien der Gruppe ERVn weist darauf hin, dass diese der Anwendung von ERV seitens Therapeuten entgegenstehen. Ebenfalls wies die Gruppe ERVn ein signifikant höheres Ausmaß an Anspannung, Angst, Trauer, Wut sowie Schuld auf. In Hinblick auf das Gefühl Scham wurde kein signifikanter Unterschied gefunden. Im Rahmen vorheriger Studien zeigte sich bereits, dass das genutzte Verhaltensexperiment Ängste sowie einen Drang zum Neutralisieren von Gedanken hervorruft (Berman, Abramowitz, Wheaton, Pardue, & Fabricant, 2011; Marcks & Woods, 2007; Rassin, 2001; van den Hout, van Pol, & Peters, 2001). In der vorliegenden Studie konnte nun jedoch zusätzlich bestätigt werden, dass dies insbesondere auf Probanden zutrifft, die keine Expositionsbereitschaft hinsichtlich Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken aufweisen. Da die Ergebnisse zeigen, dass eben diese Gruppe ein höheres Ausmaß an Gedanken-Handlungs-Fusion aufweist, lässt sich vermuten, dass diese eher zu Vermeidung von Verhalten und Gedanken sowie negativen Gefühlen im Rahmen des Verhaltensexperiments neigen.

Auch Hypothese 3 konnte bestätigt werden. Die Gruppe ERVn wies ein signifikant höheres Ausmaß an negativen Überzeugungen hinsichtlich Expositionstherapien auf. Dieser Befund stimmt mit den Befunden von (Pittig et al., 2019) überein. Die Studie von Pittig nutzte das selbstberichtete Ausmaß hinsichtlich der Durchführung von ERV, während die vorliegende Studie die Behandlungsempfehlung nach einem Fallbeispiel verwendete (siehe Kapitel 2.3). Dies zeigt einen Vorteil der vorliegenden Studie, da dadurch sozial erwünschte Antworttendenzen der Probanden vermieden wurden. Auch zeigte die Gruppe ERVn, wie erwartet, ein geringeres Ausmaß an selbstberichteter Zustimmung bezüglich der Durchführung von Expositionstherapien.

Wie in Hypothese 4 angenommen, wurde ein signifikant geringer bis mittlerer positiver Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an negativen Überzeugungen hinsichtlich Expositionstherapie und dem Ausmaß an Gedanken-Handlungs-Fusion gefunden. Die Korrelationen zeigten sich mit allen Skalen der TAF-Skala.

Entsprechend Hypothese 5 konnten geringe bis mittlere negative signifikante Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der Gedanken-Handlungs-Fusion (gemessen mit der TAF-Skala) und der Anzahl der im Berufsleben psychotherapeutisch behandelten Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken gefunden werden. Die Zusammenhänge zeigten sich für die Skalen TAF-Gesamtwert und TAF-LO. Auch korrelierten alle Skalen der TAF-Skala signifikant negativ gering bis mittel mit dem Ausmaß an Zustimmung bezüglich der Durchführung von Expositionstherapien bei Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken (gemessen mit dem Item „Führen Sie Expositionen/Konfrontationen bei Menschen mit aggressiven Zwangsgedanken durch?“). Diese Befunde bekräftigen die Ergebnisse, die im Rahmen der ersten Hypothese gefunden wurden. Die Studie weist somit darauf hin, dass TAF seitens der Therapeuten, wie erwartet, mit der seltenen Anwendung von ERV bei Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken zusammenhängt. Dieser Befund zeigt sich konstant über die verschiedenen Wege der Messungen hinweg.

Wie in Hypothese 6 angenommen, zeigen sich die signifikant negativen Korrelationen zwischen allen Subskalen der TAF-Skala und der Anzahl psychotherapeutisch behandelter Patienten mit Zwangsstörungen (im Allgemeinen) sowie dem Ausmaß an Zustimmung bezüglich der Durchführung von Expositionstherapien bei Patienten mit Zwangsstörungen (im Allgemeinen). Dies zeigt, dass der Einfluss von TAF seitens der Therapeuten auf die Anwendung von ERV nicht unbedingt spezifisch für aggressive Zwangsgedanken ist, sondern auch für andere Zwangsdimensionen relevant ist.

Weiter konnte Hypothese 7 bestätigt werden. Nachweisbar waren signifikant geringe positive Korrelationen zwischen der psychologischen Inflexibilität (gemessen mit dem FAH-II) und negativen Überzeugungen hinsichtlich Expositionstherapie (gemessen mit der TBES). Dies stimmt mit den Befunden von Scherr et al. (2015) überein, die aufzeigten, dass Erlebnisvermeidung (ein Bestandteil der psychischen Inflexibilität) mit einer geringeren Anwendung von ERV einhergeht. Auch korrelierte die *psychologische Inflexibilität* der Probanden gering bis mittel positiv mit der Gedanken-Handlungs-Fusion (auf allen Skalen der TAF-Skala). Dies könnte dadurch erklärt werden, dass die beiden Konstrukte sich hinsichtlich auf zugrunde liegende Emotionen sehr ähnlich sind. So lauten Items des FAH-II z.B. „Ich habe Angst vor meinen Gefühlen“ oder „Emotionen verursachen Probleme in meinem Leben“. Hier zeigt sich, dass sich die Konstrukte hinsichtlich der Angst vor den eigenen Gefühlen/Gedanken überschneiden. Im Rückschluss lässt sich vermuten, dass Therapeuten,

die Probleme haben mit ihren eigenen Emotionen umzugehen, möglicherweise Schwierigkeiten beim Aushalten der Emotionen der Patienten im Rahmen von ERV aufweisen.

Die vorliegenden Studienergebnisse deuten darauf hin, dass Gedanken-Handlungs-Fusion auf Seiten der Therapeuten, zusätzlich zu den bereits evaluierten Faktoren der bisherigen Forschung (z.B. Befürchtungen vor Dekompensation des Patienten oder organisatorische Probleme), einen zugrunde liegenden Faktor für die geringe Anwendung von ERV bei Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken darstellt. Die in vorherigen Studien nachgewiesene Hürde der negativen Überzeugungen hinsichtlich Expositionstherapie könnte den vorliegenden Ergebnissen zufolge unter anderem auf die Gedanken-Handlungs-Fusion der Therapeuten zurück zu führen sein. Die geringe Anwendung von ERV wurde insbesondere für die Behandlung von Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken berichtet. So gaben über die Hälfte der Stichprobe an, ERV noch nie oder nur bei wenigen Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken angewendet zu haben.

Da Gedanken-Handlungs-Fusion eine typische kognitive Verzerrung bei Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken darstellt (Rachman et al., 1993), könnte Gedanken-Handlungs-Fusion auf Seite des behandelnden Therapeuten dem Patienten die Botschaft übermitteln, dass die Ängste des Patienten tatsächlich gefährlich sein könnten und nicht zuletzt der Anwendung von ERV entgegenstehen. Diese Idee basiert auf dem von Moritz et al. (2019) beschriebenen Phänomen der „phobie á deux“ bzw. der „Angst auf beiden Seiten“ sowie Studien, die belegen, dass Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten auf Seiten der Therapeuten bei dem Patienten dasselbe Verhalten auslösen kann (Waller & Turner, 2016), und auch umgekehrt Unsicherheit oder Ängste von Patienten in Bezug auf die Exposition den Therapeuten überzeugen können, ERV nicht durchzuführen (Scherr, Herbert, & Forman, 2015).

Darüber hinaus zeigte sich, dass über die Hälfte der Gruppe ERVj sowie fast 80% der Gruppe ERVn die S3-Leitlinie der DGPPN zu Zwangsstörungen nicht kannten oder das therapeutische Handeln nicht danach ausrichteten. Hier wird der Bedarf einer gründlicheren Schulung in der Praxis bzw. in der Ausbildung von Psychotherapeuten deutlich, um einen optimalen Behandlungserfolg von Patienten mit Zwangsstörungen bzw. aggressiven Zwangsgedanken gewährleisten zu können.

## 6.2 Limitationen und kritische Würdigung

Die vorliegende Arbeit weist einige Limitationen auf, die für die Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen sind. Darüber hinaus ist die Studie auch durch Stärken gekennzeichnet, die ebenso diskutiert werden sollen.

Zunächst ist der große Stichprobenumfang der vorliegenden Untersuchung hervorzuheben. In die finale Datenauswertung wurden 356 Probanden eingeschlossen, wodurch die Ergebnisse eine hohe Aussagekraft aufweisen. Es lässt sich vermuten, dass die Thematik der Untersuchung für interessant befunden wurde und/oder das zugesicherte Therapiemanual als *Incentive* die Teilnahmebereitschaft erhöhte. Die Stichprobe bestand zum größten Teil aus weiblichen Probanden (83.4%). Dies stimmt mit dem Anteil weiblicher Psychotherapeuten in der Grundgesamtheit überein. So zeigte eine Statistik des Ärzteblatts aus dem Jahre 2014, dass 70.4% der Psychotherapeuten weiblich waren. Der große Anteil an psychologischen Psychotherapeuten in Ausbildung in der vorliegenden Stichprobe (54.5%) limitiert die Interpretation hingegen insofern, als dass den PiA's aus Mangel an Berufs- und Ausbildungserfahrung womöglich die S3-Leitlinien für die Behandlung von Zwangsstörungen noch nicht bekannt sind. Es ist somit anzunehmen, dass sich einige Probanden aufgrund von mangelnder Erfahrung und Unkenntnis über die Wirksamkeit von ERV gegen die Anwendung von ERV aussprachen. Es wäre sinnvoll gewesen, Gruppenvergleiche zwischen psychologischen Psychotherapeuten und psychologischen Psychotherapeuten in Ausbildung vorzunehmen. Es ist jedoch anzumerken, dass weitere Berechnungen den Rahmen einer Masterarbeit überstiegen hätten. Für zukünftige Forschungsunternehmen wäre es durchaus von Vorteil, homogenere Gruppen (z.B. nur ausgebildete psychologische Psychotherapeuten) zu untersuchen. Darüber hinaus ist anzunehmen, dass Ärzte aufgrund von kurzen Sprechstundenzeiten die Anwendung von ERV vermeiden. Dies wurde in der vorliegenden Studie aufgrund des kleinen Anteils an Ärzten (6.7%) jedoch nicht berücksichtigt. Auch ist anzumerken, dass das Querschnittsdesign nur bedingt Aussagen zur Kausalität erlaubt.

Generell zeigte sich eher ein niedriges Ausmaß an Zustimmung für die Items der TAF-Skala. Auch berichtete nur ein kleiner Anteil der Gruppe von Vermeidungstendenzen und negativen Gefühlen im Rahmen des Verhaltensexperiments (siehe Kapitel 5.3.1). Dies ist möglicherweise auf den Aspekt der sozialen Erwünschtheit zurückzuführen. Auch ist vorstellbar, dass die Probanden keine Zweifel an ihrer therapeutischen Kompetenz aufkommen lassen wollten. Auf der anderen Seite war die Umfrage anonym und internetba-

siert, wodurch sich die Wahrscheinlichkeit hinsichtlich sozial erwünschter Antworttendenzen verringert. Unter diesem Aspekt wäre die Anwendung von Lügenskalen oder einem Item am Ende der Untersuchung, wie z.B. „Haben Sie alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet?“ sinnvoll gewesen, um Probanden ausschließen zu können, die nicht wahrheitsgemäß geantwortet haben.

Für die zukünftige Forschung wäre es sinnvoll, weitere Gründe für die seltene Anwendung von ERV, wie z.B. weitere kognitive Verzerrungen zu evaluieren. Erste Hinweise zeigen sich in der vorliegenden Arbeit, indem ein Zusammenhang zwischen psychischer Inflexibilität und TAF gefunden wurde.

Im weiteren wurden die Gruppen ERVj und ERVn anhand der Behandlungsempfehlungen auf das Fallbeispiel zugeteilt (siehe Kapitel 3.2). Als Limitation kann diesbezüglich die mangelnde Generalisierbarkeit aufgeführt werden, da es durchaus möglich ist, dass Probanden der Gruppe ERVn entgegen der Empfehlung im Fallbeispiel dennoch ERV durchführen. Auf der anderen Seite wurde durch die Zuordnung der Aspekt der sozialen Erwünschtheit umgangen und eine möglichst realitätsnahe Zuordnung ermöglicht.

Auch basieren die Antworten auf Selbstberichten der Teilnehmer, wodurch der Aspekt der sozialen Erwünschtheit erneut in den Fokus rückt. Im Rahmen der Masterarbeit stellte dies jedoch eine ökonomische Möglichkeit dar, die Konstrukte zu messen. Der Vorteil der in der Studie genutzten Selbstbeurteilungsfragebögen liegt jedoch darin, dass diese durch eine hohe Güte gekennzeichnet sind und in der bisherigen Forschung bereits etabliert sind. Zudem wurde das für die vorliegende Untersuchung relevante Konstrukt der Gedanken-Handlungs-Fusion zusätzlich anhand eines Verhaltensexperiments gemessen, welches in der bisherigen Forschung ebenfalls etabliert ist und eine realitätsnahe Messung ermöglicht. Damit gelang es, das mit der TAF einhergehende Vermeidungsverhalten (z.B. Rachman et al., 1996) zu messen.

Im Rahmen der internetbasierten Umfrage gab es keine Kontrolle über die richtige Ausführung des Verhaltensexperiments. So konnte z.B. nicht überprüft werden, ob die Augen tatsächlich geschlossen wurden, und der Satz kurz wirken gelassen wurde. Es ist jedoch anzunehmen, dass dies aufgrund des oftmals berichteten hohen Ausmaßes an negativen Gefühlen und Vermeidung negativer Gedanken dennoch in der richtigen Art und Weise umgesetzt wurde.

Weiter gaben einige Kinder- und Jugendpsychotherapeuten nach dem Fallbeispiel an, ERV aufgrund ihrer KJP-Zulassung nicht durchzuführen. Es wäre vorteilhaft gewesen, dies im Fallbeispiel zu berücksichtigen.

Insgesamt lässt sich sagen, dass die Studie, neben kleineren Mängeln, durch eine hohe Aussagekraft und Stärken gekennzeichnet ist. Die vorliegende Studie stellt die erste Untersuchung dar, die sich mit dem Einfluss von Gedanken-Handlungs-Fusion bei Therapeuten auf die Anwendung von Expositionstherapie bei Zwangsstörungen beschäftigte. Auch waren erstmals aggressive Zwänge Hauptaugenmerk. Die Ergebnisse legen nahe, dass Gedanken-Handlungs-Fusion in der Forschung bezüglich ERV bei Patienten mit Zwangsstörungen berücksichtigt werden sollte. Für die Zukunft wäre eine Betrachtung diesbezüglicher weiterer kognitiver Verzerrungen oder Faktoren von Bedeutung.

### **6.3 Ausblick**

Es gibt erste Hinweise, dass Schulungen von Therapeuten, die sich auf typische negative Überzeugungen beziehen, zu einer Verringerung negativer Überzeugungen und Erhöhung der Motivation zur Verwendung expositionsbasierter Interventionen führen (siehe Becker-Haimes, Franklin, Bodie, & Beidas, 2017). Es ist somit naheliegend, im Rahmen von Schulungen zukünftig zu vermitteln, dass ERV die Leitlinienbehandlung darstellt. In diesem Kontext können individuelle sowie typische Barrieren und Befürchtungen angesprochen und auch negative Überzeugungen modifiziert werden. Darin liegt eine Möglichkeit, Ängste, Vermeidungsverhalten und Hürden seitens der Therapeuten an diese zu adressieren, insbesondere auch das Risiko der phobie à deux (Moritz et al. 2019) Der Schulungsbedarf richtet sich sowohl an psychologische wie auch ärztliche Therapeuten. Zu fordern sind weitere Studien, um weitere Gründe bzw. Faktoren, die der Anwendung von ERV entgegenstehen, zu identifizieren, um diese schon in der Ausbildung gezielt zu adressieren, sodass eine effektive Leitlinienbehandlung stattfinden kann.

Es stimmt optimistisch, dass die tatsächliche Anzahl an ernsthaften negativen Konsequenzen bei ERV sehr gering ist (Schneider 2020). Dies legt nahe, die Befürchtungen/TAF der Therapeuten gezielt anzusprechen, und die Therapeuten gerade im Hinblick auf die Behandlung von Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken aufzuklären und auch praktisch zu schulen.

Auch bereits tätige Therapeuten sollten aufgrund der vorgelegten Studienergebnisse gezielt ermutigt werden, ERV bei Patienten mit (aggressiven) Zwängen öfter anzuwenden, um Ängste/Befürchtungen zu minimieren und eigenes Kompetenzerleben zu steigern.

Studienergebnisse zeigen, dass bereits didaktische Workshops helfen, Befürchtungen gegenüber ERV zu minimieren. Weiterhin zeigten sich rein edukative Informationen in der Verringerung von TAF wirksam (Zucker et al., 2002).

Hierzu sollte Gedanken-Handlungs-Fusion gezielt als Thematik in Schulungen mit aufgenommen werden.

Nicht zuletzt sind Schulungen wichtig, um Patienten die qualitativ beste Behandlung zu ermöglichen, indem Unsicherheit/Ängste und kognitive Verzerrungen bei Therapeuten abgebaut werden, was sich wiederum positiv auf Unsicherheit/Ängste und kognitive Verzerrungen der Patienten auswirkt.

Zu guter Letzt ist aber auch die Absicherung der Therapeuten unerlässlich, da die Sorge vor eskalierenden Reaktionen im Rahmen der Therapie einen nicht unerheblichen Hinderungsgrund bzgl. der Anwendung von ERV darstellt. Ein besserer Rechtsschutz der Therapeuten bei potentiell gefährlichen Interventionen, z.B. beim Autofahren, kann die Bereitschaft zu einem niedrigschwelligeren Einsatz der ERV steigern.

## Literaturverzeichnis

- Abramowitz, J. S., Whiteside, S., Lynam, D., & Kalsy, S. (2003). Is thought-action fusion specific to obsessive-compulsive disorder?: A mediating role of negative affect. *Behaviour Research and Therapy*. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00243-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00243-7)
- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., & Whiteside, S. P. (2019). *Exposure therapy for anxiety: Principles and practice*. Guilford Publications.
- Abramowitz, Jonathan S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. In *Behavior Therapy*. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(96\)80045-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(96)80045-1)
- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., & Whiteside, S. P. (2019). *Exposure therapy for anxiety: Principles and practice*. Guilford Publications.
- Abramowitz, Jonathan S., Fabricant, L. E., Taylor, S., Deacon, B. J., McKay, D., & Storch, E. A. (2014). The relevance of analogue studies for understanding obsessions and compulsions. In *Clinical Psychology Review*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.004>
- Abramowitz, Jonathan S., Schwartz, S. A., Franklin, M. E., & Furr, J. M. (2003). Symptom Presentation and Outcome of Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.6.1049>
- Abramowitz, Jonathan S., Whiteside, S. P., & Deacon, B. J. (2005). The effectiveness of treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy*. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80054-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80054-1)
- Abramowitz, Jonathan S, Franklin, M. E., & Foa, E. B. (2002). Empirical status of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analytic review. *Romanian Journal of Cognitive & Behavioral Psychotherapies*.
- Alonso, P., Menchon, J. M., Pifarre, J., Mataix-Cols, D., Torres, L., Salgado, P., & Vallejo, J. (2001). Long-term follow-up and predictors of clinical outcome in obsessive-compulsive patients treated with serotonin reuptake inhibitors and behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*. <https://doi.org/10.4088/JCP.v62n07a06>
- American Psychiatric Association. (2013). DSM-5 Diagnostic Classification. In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.x00diagnosticclassification>

- Baer, L. (1994). Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- Bailey, B. E., Wu, K. D., Valentiner, D. P., & McGrath, P. B. (2014). Thought-action fusion: Structure and specificity to OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.12.003>
- Ball, S. G., Baer, L., & Otto, M. W. (1996). Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder in behavioral treatment studies: A quantitative review. *Behaviour Research and Therapy*. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(95\)00047-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(95)00047-2)
- Barrett, P. M., & Healy, L. J. (2003). An examination of the cognitive processes involved in childhood obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00011-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00011-6)
- Baus, O., & Bouchard, S. (2014). Moving from virtual reality exposure-based therapy to augmented reality exposure-based therapy: A review. In *Frontiers in Human Neuroscience*. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00112>
- Becker, C. B., Zayfert, C., & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00138-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00138-4)
- Berman, Noah C., Abramowitz, J. S., Pardue, C. M., & Wheaton, M. G. (2010). The relationship between religion and thought-action fusion: Use of an in vivo paradigm. *Behaviour Research and Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.03.021>
- Berman, Noah Chase, Shaw, A. M., & Wilhelm, S. (2018). Emotion Regulation in Patients with Obsessive Compulsive Disorder: Unique Effects for Those with "Taboo Thoughts." *Cognitive Therapy and Research*. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9911-z>
- Berman, Noah Chase, Summers, B. J., Weingarden, H., & Wilhelm, S. (2019). Positive affect and imaginal exposure processes in patients with taboo obsessions. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100474>
- Bloch, M. H., Landeros-Weisenberger, A., Rosario, M. C., Pittenger, C., & Leckman, J. F. (2008). Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08020320>
- Bolton, D., Williams, T., Perrin, S., Atkinson, L., Gallop, C., Waite, P., & Salkovskis, P. (2011). Randomized controlled trial of full and brief cognitive-behaviour therapy and

- wait-list for paediatric obsessive-compulsive disorder. In *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*.
- Böhm, K., Förstner, U., Külz, A., & Voderholzer, U. (2008). Versorgungsrealität der zwangsstörungen: Werden expositionsverfahren eingesetzt? *Verhaltenstherapie*.  
<https://doi.org/10.1159/000115956>
- Brakoulias, V., Starcevic, V., Berle, D., Milicevic, D., Moses, K., Hannan, A., Sammut, P., & Martin, A. (2013). The characteristics of unacceptable/taboo thoughts in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.02.005>
- Bruce, S. L., Ching, T. H. W., & Williams, M. T. (2018). Pedophilia-Themed Obsessive-Compulsive Disorder: Assessment, Differential Diagnosis, and Treatment with Exposure and Response Prevention. *Archives of Sexual Behavior*.  
<https://doi.org/10.1007/s10508-017-1031-4>
- Calleo, J. S., Hart, J., Björgvinsson, T., & Stanley, M. A. (2010). Obsessions and worry beliefs in an inpatient OCD population. *Journal of Anxiety Disorders*.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.06.015>
- Clark, D. A., Purdon, C., & Byers, E. S. (2000). Appraisal and control of sexual and non-sexual intrusive thoughts in university students. *Behaviour Research and Therapy*.  
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00047-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00047-9)
- Cook, J. M., Schnurr, P. P., & Foa, E. B. (2004). Bridging the gap between posttraumatic stress disorder research and clinical practice: The example of exposure therapy. In *Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.4.374>
- De Haan, E., Hoogduin, K. A. L., Buitelaar, J. K., & Keijsers, G. P. J. (1998). Behavior therapy versus clomipramine for the treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1097/00004583-199810000-00011>
- Deacon, B. J., & Farrell, N. R. (2013). Therapist barriers to the dissemination of exposure therapy. In *Handbook of Treating Variants and Complications in Anxiety Disorders*.  
[https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6458-7\\_23](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6458-7_23)
- Deacon, B. J., Farrell, N. R., Kemp, J. J., Dixon, L. J., Sy, J. T., Zhang, A. R., & McGrath, P. B. (2013). Assessing therapist reservations about exposure therapy for anxiety disorders: The Therapist Beliefs about Exposure Scale. *Journal of Anxiety Disorders*.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.04.006>

- Deacon, B. J., Lickel, J. J., Farrell, N. R., Kemp, J. J., & Hipol, L. J. (2013). Therapist perceptions and delivery of interoceptive exposure for panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.02.004>
- Denys, D., De Geus, F., Van Meegen, H. J. G. M., & Westenberg, H. G. M. (2004). Use of factor analysis to detect potential phenotypes in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.11.005>
- du Mortier, J. A. M., Visser, H. A. D., van Balkom, A. J. L. M., van Meegen, H. J. G. M., Hoogendoorn, A. W., Glas, G., & van Oppen, P. (2019). Examining the factor structure of the self-report Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Symptom Checklist. *Psychiatry Research*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.042>
- Einstein, D. A., & Menzies, R. G. (2004). The presence of magical thinking in obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00160-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00160-8)
- Falkai, P. & Wittchen, H. U. (Hrsg.). (2015). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe.
- Fals-Stewart, W., Marks, A. P., & Schafer, J. (1993). A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*. <https://doi.org/10.1097/00005053-199303000-00007>
- Farrell, N. R., Deacon, B. J., Kemp, J. J., Dixon, L. J., & Sy, J. T. (2013). Do negative beliefs about exposure therapy cause its suboptimal delivery? An experimental investigation. *Journal of Anxiety Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.03.007>
- Farrell, N. R., Kemp, J. J., Blakey, S. M., Meyer, J. M., & Deacon, B. J. (2016). Targeting clinician concerns about exposure therapy: A pilot study comparing standard vs. enhanced training. *Behaviour Research and Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.08.011>
- Fernández De La Cruz, L., Barrow, F., Bolhuis, K., Krebs, G., Volz, C., Nakatani, E., Heyman, I., & Mataix-Cols, D. (2013). Sexual obsessions in pediatric obsessive-compulsive disorder: Clinical characteristics and treatment outcomes. *Depression and Anxiety*. <https://doi.org/10.1002/da.22097>
- Fernandez, E., Salem, D., Swift, J. K., Ramtahal, N., Fernandez E, Salem D, Swift JK, & Ramtahal N. (2015). Meta-analysis of dropout from cognitive behavioral therapy.

*Journal of Consulting and Clinical Psychology.*

- Fisher, P., & Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy: Distinctive features* (Vol. 1). Routledge. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000044>
- Foa, E. B., Yadin, E., & Lichner, T. K. (2012). Exposure and response (ritual) prevention for obsessive-compulsive disorder: Therapist guide (2nd ed.). In *Exposure and response (ritual) prevention for obsessive-compulsive disorder: Therapist guide (2nd ed.)*.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F., Thibodeau, N., Rhéaume, J., Letarte, H., & Bujold, A. (1997). Cognitive-behavioral treatment of obsessive thoughts: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.3.405>
- García-Soriano, G., Belloch, A., Morillo, C., & Clark, D. A. (2011). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: From normal cognitive intrusions to clinical obsessions. *Journal of Anxiety Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.11.012>
- Gillihan, S. J., Williams, M. T., Malcoun, E., Yadin, E., & Foa, E. B. (2012). Common pitfalls in exposure and response prevention (EX/RP) for OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2012.05.002>
- Gwilliam, P., Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). Does meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: A test of the metacognitive model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1002/cpp.402>
- Hansmeier, J., Exner, C., Rief, W., & Glombiewski, J. (2014). Gedanken-handlungs-fusion und zwangssymptome -eine validierungsstudie der thought action fusion-skala (taf-skala) für den deutschen sprachraum. *Zeitschrift Fur Klinische Psychologie Und Psychotherapie*. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000266>
- Hasler, G., LaSalle-Ricci, V. H., Ronquillo, J. G., Crawley, S. A., Cochran, L. W., Kazuba, D., Greenberg, B. D., & Murphy, D. L. (2005). Obsessive-compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity. *Psychiatry Research*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.03.003>
- Hezel, D. M., Stewart, S. E., Riemann, B. C., & McNally, R. J. (2019). Clarifying the thought-action fusion bias in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.10.004>
- Hohagen, F., Wahl-Kordon, A., Lotz-Rambaldi, W., & Mucbe-Borowski, C. (2015). S3-

- Leitlinie Zwangsstörungen. DGPPN.* <https://doi.org/10.1159/000366529>
- Jacobson, N. C., Newman, M. G., & Goldfried, M. R. (2016). Clinical Feedback About Empirically Supported Treatments for Obsessive-Compulsive Disorder. *Behavior Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.09.003>
- Jones, R., & Bhattacharya, J. (2014). A role for the precuneus in thought-action fusion: Evidence from participants with significant obsessive-compulsive symptoms. *NeuroImage: Clinical*. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2013.11.008>
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. <https://doi.org/10.1002/mpr.1359>
- Külz, A. K., Hassenpflug, K., Riemann, D., Linster, H. W., Dornberg, M., & Voderholzer, U. (2010). Ambulante psychotherapeutische versorgung bei zwangserkrankungen: Ergebnisse einer anonymen therapeutenbefragung. *PPmP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1202837>
- Lee, H. J., & Kwon, S. M. (2003). Two different types of obsession: Autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00101-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00101-2)
- Mataix-Cols, D., Do Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. In *American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.228>
- Mataix-Cols, D., Marks, I. M., Greist, J. H., Kobak, K. A., & Baer, L. (2002). Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: Results from a controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*. <https://doi.org/10.1159/000064812>
- Matthews, G., & Wells, A. (2005). The Cognitive Science of Attention and Emotion. In *Handbook of Cognition and Emotion*. <https://doi.org/10.1002/0470013494.ch9>
- Mauzay, D., Spradlin, A., & Cuttler, C. (2016). Devils, witches, and psychics: The role of thought-action fusion in the relationships between obsessive-compulsive features, religiosity, and paranormal beliefs. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.10.003>
- McFall, M. E., & Wollersheim, J. P. (1979). Obsessive-compulsive neurosis: A cognitive-behavioral formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research*.

<https://doi.org/10.1007/BF01184447>

- McGuire, J. F., Piacentini, J., Lewin, A. B., Brennan, E. A., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2015). A META-ANALYSIS of COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY and MEDICATION for CHILD OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: MODERATORS of TREATMENT EFFICACY, RESPONSE, and REMISSION. *Depression and Anxiety*. <https://doi.org/10.1002/da.22389>
- Meyer, J. F., & Brown, T. A. (2013). Psychometric Evaluation of the Thought-Action Fusion Scale in a Large Clinical Sample. *Assessment*. <https://doi.org/10.1177/1073191112436670>
- Meyer, J. M., Farrell, N. R., Kemp, J. J., Blakey, S. M., & Deacon, B. J. (2014). Why do clinicians exclude anxious clients from exposure therapy? *Behaviour Research and Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.01.004>
- Moritz, S., Kempke, S., Luyten, P., Randjbar, S., & Jelinek, L. (2011). Was Freud partly right on obsessive-compulsive disorder (OCD)? Investigation of latent aggression in OCD. *Psychiatry Research*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.09.007>
- Moritz, S., Külz, A., Voderholzer, U., Hillebrand, T., McKay, D., & Jelinek, L. (2019). “Phobie à deux” and other reasons why clinicians do not apply exposure with response prevention in patients with obsessive–compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1494750>
- Moritz, S., Rufer, M., Fricke, S., Karow, A., Morfeld, M., Jelinek, L., & Jacobsen, D. (2005). Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment. *Comprehensive Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.04.002>
- Myers, S. G., Fisher, P. L., & Wells, A. (2009). Metacognition and cognition as predictors of obsessive-compulsive symptoms: A prospective study. *International Journal of Cognitive Therapy*. <https://doi.org/10.1521/ijct.2009.2.2.132>
- Ojalehto, H. J., Abramowitz, J. S., Hellberg, S. N., Buchholz, J. L., & Twohig, M. P. (2020). Adherence to exposure and response prevention as a predictor of improvement in obsessive-compulsive symptom dimensions. *Journal of Anxiety Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102210>
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Deacon, B. J. (2010). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. In *Psychiatric Clinics of North America*. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.002>
- Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B., & Smits, J. A. J. (2013). Cognitive-

- behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of Psychiatric Research*.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.08.020>
- Olatunji, B. O., Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2009). The Cruellest Cure? Ethical Issues in the Implementation of Exposure-Based Treatments. *Cognitive and Behavioral Practice*. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.07.003>
- Ong, C. W., Clyde, J. W., Bluett, E. J., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2016). Dropout rates in exposure with response prevention for obsessive-compulsive disorder: What do the data really say? In *Journal of Anxiety Disorders*.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.006>
- Öst, L. G., Havnen, A., Hansen, B., & Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. In *Clinical Psychology Review*.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.003>
- Pinto, A., Eisen, J. L., Mancebo, M. C., Greenberg, B. D., Stout, R. L., & Rasmussen, S. A. (2007). Taboo thoughts and doubt/checking: A refinement of the factor structure for obsessive-compulsive disorder symptoms. *Psychiatry Research*.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.09.005>
- Pinto, A., Greenberg, B. D., Grados, M. A., Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Murphy, D. L., Hasler, G., Stout, R. L., Rauch, S. L., Shugart, Y. Y., Pauls, D. L., Knowles, J. A., Fyer, A. J., McCracken, J. T., Piacentini, J., Wang, Y., Willour, V. L., Cullen, B., Liang, K. Y., ... Nestadt, G. (2008). Further development of YBOCS dimensions in the OCD Collaborative Genetics Study: Symptoms vs. categories. *Psychiatry Research*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.07.010>
- Pittig, A., Kotter, R., & Hoyer, J. (2019). The Struggle of Behavioral Therapists With Exposure: Self-Reported Practicability, Negative Beliefs, and Therapist Distress About Exposure-Based Interventions. *Behavior Therapy*.  
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.07.003>
- Pleger, M., Treppner, K., Fydrich, T., Schade, C., Diefenbacher, A., Burian, R., & Dambacher, C. (2014). Akzeptanz- und Commitment-Therapie bei psychischen Störungen. *InFo Neurologie & Psychiatrie*. <https://doi.org/10.1007/s15005-014-0784-8>
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health

- care. *Bulletin of the World Health Organization*.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(93\)90066-4](https://doi.org/10.1016/0005-7967(93)90066-4)
- Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(78\)90022-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(78)90022-0)
- Rassin, E., & Koster, E. (2003). The correlation between thought-action fusion and religiosity in a normal sample. *Behaviour Research and Therapy*. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00096-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00096-7)
- Rassin, Eric, Diepstraten, P., Merckelbach, H., & Muris, P. (2001). Thought-action fusion and thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00051-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00051-6)
- Rassin, Eric, Merckelbach, H., Muris, P., & Schmidt, H. (2001). The thought-action fusion scale: Further evidence for its reliability and validity. *Behaviour Research and Therapy*. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00031-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00031-0)
- Rector, N. A., Richter, M. A., Katz, D., & Leybman, M. (2019). Does the addition of cognitive therapy to exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder enhance clinical efficacy? A randomized controlled trial in a community setting. *British Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1111/bjc.12188>
- Reid, A. M., Bolshakova, M. I., Guzick, A. G., Fernandez, A. G., Striley, C. W., Geffken, G. R., & McNamara, J. P. (2017). Common Barriers to the Dissemination of Exposure Therapy for Youth with Anxiety Disorders. *Community Mental Health Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0108-9>
- Remmerswaal, K. C. P., Batelaan, N. M., Smit, J. H., van Oppen, P., & van Balkom, A. J. L. M. (2016). Quality of life and relationship satisfaction of patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.08.005>
- Richard, D. C. S., & Lauterbach, D. (2007). Handbook of Exposure Therapies. In *Handbook of Exposure Therapies*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-587421-2.X5000-5>
- Riise, E. N., Kvale, G., Öst, L. G., Skjold, S. H., Hansen, H., & Hansen, B. (2016). Concentrated exposure and response prevention for adolescents with obsessive-compulsive disorder: An effectiveness study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.07.004>

- Rosa-Alcázar, A. I., Sánchez-Meca, J., Gómez-Conesa, A., & Marín-Martínez, F. (2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. In *Clinical Psychology Review*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.07.001>
- Rufer, M., Fricke, S., Moritz, S., Kloss, M., & Hand, I. (2006). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: Prediction of cognitive-behavior therapy outcome. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00682.x>
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*. <https://doi.org/10.1038/mp.2008.94>
- Salkovskis, P. M. (1996). Cognitive-behavioral approaches to the understanding of obsessional problems. In *Current Controversies in the Anxiety Disorders*.
- Scherr, S. R., Herbert, J. D., & Forman, E. M. (2015). The role of therapist experiential avoidance in predicting therapist preference for exposure treatment for OCD. In *Journal of Contextual Behavioral Science*. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.12.002>
- Schneider, S. C., Knott, L., Cepeda, S. L., Hana, L. M., McIngvale, E., Goodman, W. K., & Storch, E. A. (2020). Serious negative consequences associated with exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A survey of therapist attitudes and experiences. *Depression and Anxiety*. <https://doi.org/10.1002/da.23000>
- Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(96\)00018-7](https://doi.org/10.1016/0887-6185(96)00018-7)
- Siev, J., Chambless, D. L., & Huppert, J. D. (2010). Moral thought-action fusion and OCD symptoms: The moderating role of religious affiliation. *Journal of Anxiety Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.01.002>
- Smári, J., & Hólmsteinsson, H. E. (2001). Intrusive thoughts, responsibility attitudes, thought-action fusion, and chronic thought suppression in relation to obsessive-compulsive symptoms. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1017/S1352465801001035>
- Storch, E. A., & McKay, D. (2013). Handbook of treating variants and complications in anxiety disorders. In *Handbook of Treating Variants and Complications in Anxiety Disorders*. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6458-7>
- Valderhaug, R., Gøtestam, K. G., & Larsson, B. (2004). Clinicians' views on management of obsessive-compulsive disorders in children and adolescents. *Nordic Journal of*

- Psychiatry*. <https://doi.org/10.1080/08039480410005503>
- Van Den Hout, M., Kindt, M., Weiland, T., & Peters, M. (2002). Instructed neutralization, spontaneous neutralization and prevented neutralization after an obsession-like thought. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*.  
[https://doi.org/10.1016/S0005-7916\(02\)00048-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7916(02)00048-4)
- Van den Hout, M., Van Pol, M., & Peters, M. (2001). On becoming neutral: Effects of experimental neutralizing reconsidered. *Behaviour Research and Therapy*.  
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00109-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00109-1)
- Veale, D., Freeston, M., Krebs, G., Heyman, I., & Salkovskis, P. (2009). Risk assessment and management in obsessive-compulsive disorder. In *Advances in Psychiatric Treatment*. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.004705>
- Visser, H. A., Van Oppen, P., Van Megen, H. J., Eikelenboom, M., & Van Balkom, A. J. (2014). Obsessive-compulsive disorder; Chronic versus non-chronic symptoms. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.09.004>
- Voderholzer, U., Schlegl, S., Diedrich, A., Külz, A. K., Thiel, N., Hertenstein, E., Schwartz, C., Rufer, M., Herbst, N., Nissen, C., Hillebrand, T., Osen, B., Stengler, K., Jelinek, L., & Moritz, S. (2015). Versorgung Zwangserkrankter mit kognitiver Verhaltenstherapie als Behandlungsmethode erster Wahl [Supply with cognitive behavior therapy as first-line therapy in patients with obsessive-compulsive disorder]. *Verhaltenstherapie*.
- Waller, G., & Turner, H. (2016). Therapist drift redux: Why well-meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and how to get back on track. *Behaviour Research and Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.005>
- Weingarden, H., & Renshaw, K. D. (2015). Shame in the obsessive compulsive related disorders: A conceptual review. In *Journal of Affective Disorders*.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.010>
- Wells, A., & Leahy, R. L. (1998). Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide. *Journal of Cognitive Psychotherapy*.  
<https://doi.org/10.1891/0889-8391.12.4.350>
- Wetterneck, C. T., Smith, A. H., Burgess, A. J., & Hart, J. M. (2011). Distress from sexual thoughts: Do religiosity, emotions, and thought appraisal matter? *Journal of Cognitive Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.25.3.189>
- Whiteside, S. P. H., Deacon, B. J., Benito, K., & Stewart, E. (2016). Factors associated

- with practitioners' use of exposure therapy for childhood anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.04.001>
- Williams, M. T., Farris, S. G., Turkheimer, E. N., Franklin, M. E., Simpson, H. B., Liebowitz, M., & Foa, E. B. (2014). The impact of symptom dimensions on outcome for exposure and ritual prevention therapy in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.001>
- Williams, M. T., Farris, S. G., Turkheimer, E., Pinto, A., Ozanick, K., Franklin, M. E., Liebowitz, M., Simpson, H. B., & Foa, E. B. (2011). Myth of the pure obsessional type in obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*. <https://doi.org/10.1002/da.20820>
- Williams, M. T., Mugno, B., Franklin, M., & Faber, S. (2013). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: Phenomenology and treatment outcomes with exposure and ritual prevention. In *Psychopathology*. <https://doi.org/10.1159/000348582>
- Yorulmaz, Orcun, Karanci, A. N., Bastug, B., Kisa, C., & Goka, E. (2008). Responsibility, thought-action fusion, and thought suppression in Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1002/jclp.20460>
- Yorulmaz, Orçun, Yilmaz, A. E., & Gençöz, T. (2004). Psychometric properties of the Thought-Action Fusion Scale in a Turkish sample. *Behaviour Research and Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.08.005>
- Zucker, B. G., Craske, M. G., Barrios, V., & Holguin, M. (2002). Thought action fusion: Can it be corrected? *Behaviour Research and Therapy*. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00054-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00054-7)

## Anhang

### Anhang 1: Tabelle hinsichtlich der Überprüfung der Normalverteilung und Varianzhomogenität der Variablen zur Berechnung von t-Tests

**Tabelle 10**

*Überprüfung der Normalverteilung und der Varianzhomogenität der Variablen zur Berechnung von t-Tests*

	Normalverteilung <sup>a</sup>	Varianzhomogenität <sup>b</sup>
Alter (in Jahren)	-	-
Psychotherapeutische Tätigkeit (in Jahren)	-	-
FAH-II	-	-
TBES	+	+
<i>TAF-Skala</i>		
Gesamtwert	-	+
<i>TAF-Moral</i>	-	+
<i>TAF-Likelihood Self</i>	-	-
<i>TAF-Likelihood Others</i>	-	-

*Anmerkung.* Voraussetzung gegeben = +; Voraussetzung nicht gegeben = -. <sup>a</sup>Überprüfung mittels Kolmogorov-Smirnov-Test. <sup>b</sup> Überprüfung mittels Levene-Test.

**Anhang 2: Tabelle zu Ausmaß an Vermeidung negativer Gedanken im Rahmen des Verhaltensexperiments (Selbstrating)**

**Tabelle 11**

*Vermeidung negativer Gedanken während des Verhaltensexperiments, aufgeteilt in ERVj und ERVn: Mittelwerte (Standardabweichungen)*

	ERV ja (n = 229)	ERV nein (n = 127)	Statistik (t-Test)	Statistik (ANCOVA) <sup>a</sup>
<i>Selbstrating:</i>				
<i>Vermeidung negativer Gedanken<sup>b</sup></i>				
Relativierung	0.79 (0.99)	1.12 (1.06)	$t(354) = 2.94, p = .003$	$F(1, 353) = 9.81, p = .002$
Unterdrückung	0.84 (0.97)	1.09 (0.97)	$t(354) = 2.26, p = .024$	$F(1, 353) = 6.79, p = .010$
Ablenkung	0.75 (0.94)	1.08 (1.03)	$t(354) = 3.06, p = .002$	$F(1, 353) = 12.61, p < .001$
Beruhigung	1.87 (1.17)	1.83 (1.24)	$t(354) = -0.25, p = .796$	$F(1, 353) = 0.11, p = .738$

*Anmerkung.* <sup>a</sup>Lebensalter in Jahren als Kovariate. <sup>b</sup>Kodierung 0(trifft gar nicht zu) bis 3(trifft sehr zu).

**Anhang 3: Tabelle zu Ausmaß an Gefühlen im Rahmen des Verhaltensexperiments  
(Selbstrating)**

**Tabelle 12**

*Gefühle, die mit dem Verhaltensexperiment einhergingen, aufgeteilt in ERVj und ERVn: Mittelwerte (Standardabweichungen)*

	ERV ja (n = 229)	ERV nein (n = 127)	Statistik (t-Test)	Statistik (ANCOVA) <sup>a</sup>
<i>Selbstrating:</i>				
<i>Gefühle<sup>b</sup></i>				
Anspannung	1.26 (0.77)	1.46 (0.88)	$t(234) = 2.21, p = .028$	$F(1, 353) = 6.42, p = .012$
Angst	1.02 (0.83)	1.24 (0.97)	$t(229) = 2.09, p = .037$	$F(1, 353) = 8.06, p = .005$
Trauer	0.62 (0.88)	0.87 (0.97)	$t(354) = 2.53, p = .012$	$F(1, 353) = 8.12, p = .005$
Wut	0.14 (0.35)	0.39 (0.71)	$t(161) = 3.71, p < .001$	$F(1, 353) = 17.49, p < .001$
Schuld	0.69 (0.87)	0.91 (0.93)	$t(354) = 2.21, p = .028$	$F(1, 353) = 7.72, p = .006$
Scham	0.46 (0.72)	0.62 (0.88)	$t(221) = 1.78, p = .076$	$F(1, 353) = 4.36, p = .037$

*Anmerkung.* <sup>a</sup>Lebensalter in Jahren als Kovariate. <sup>b</sup>Kodierung 0(gar nicht) bis 3 (stark).

## Eigenständigkeitserklärung



# Eigenständigkeitserklärung

Name, Vorname: Balzar, Alicia Madeleine

Matrikelnummer: 182801016

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit eigenständig ohne fremde Hilfe und nur unter Verwendung der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle sinngemäß und wörtlich übernommenen Textstellen aus der Literatur bzw. dem Internet habe ich als solche kenntlich gemacht.

Ich bin einverstanden, dass meine Bachelorarbeit/Masterarbeit in der Bibliothek der MSH den Nutzern zur Verfügung steht.

ja

nein

Ort, Datum: Hamburg, 21.08.2020

Unterschrift: Alicia Balzar