HOCHSCHULE FRESENIUS
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Ekel und Scham als transdiagnostische Mechanismen in psychischen Störungen – diagnostische und therapeutische Implikationen

Prof. Dr. Christian Stierle



RĪGA STRADIŅŠ UNIVERSITY

Ekel

„Dis-gust“ – schlechter Geschmack?

- Zurückhaltung aufgrund der zu erwartenden (oralen) Aufnahme von kontaminierten Gegenständen
  (Darwin, 1867; Freud, 1926; Angyal, 1941; Rozin et al., 1990)
- Vermeidungs- und Verteidigungsmotivation gegen Krankheiten
- Form der Ablehnung → Distanzierung von kontaminierenden Reizen
- Geprägt durch Abscheu, Übelkeit, Brechreiz
- Geht mit starken Vermeidungsreaktionen einher: Erstarren, Wegdrehen, Würgen, Erbrechen



Ekel - Grundlagen

- Schutzfunktion: Erkennung potenziell pathogener Reize
  - Veränderung des direkten Erlebens
  - Veränderung der Wahrnehmung (höhere Empfindlichkeit)



Ekel: Grundlagen

Relevante Persönlichkeitsmerkmale

- **Ekelneigung** (disgust proneness): generelle Tendenz, Ekel zu erleben
- **Ekelbereitschaft** (disgust propensity): Häufigkeit, mit der Ekel in bestimmten Situationen auftritt
- **Ekelempfindlichkeit** (disgust sensitivity): Intensität der als negativ empfundenen Folgen des Ekelerlebens

- Relevanz: beeinflusst Ausmaß und Häufigkeit von Ekelreaktionen – wichtig für klinische Einschätzung und Therapieplanung

Ekel: Grundlagen

Kategorien

(vgl. Rozin et al., 1986; Izard, 1977)

- **Objektekel**: konkrete sichtbare Reize (z. B. verdorbene Nahrung)
- **Selbstekel**: Abscheu gegenüber Aspekten der eigenen Person
- **Moralischer Ekel:** ausgelöst durch moralische oder soziale Normverletzungen
- Unterkategorien physischer Objektekel:
  - **Core Disgust:** orale Schutzfunktion (verhindert Aufnahme schädlicher Nahrung)
  - **Animal-Reminder Disgust:** Erinnerung an eigene Vergänglichkeit / Tierhaftigkeit (Abgrenzung von Mensch und Tier)
  - **Kontaminationsekel:** Abwehr von Ansteckung und Krankheit

Tabelle 1: Funktionalität der Ekelkategorien nach Rozin et al. (2008)

Oberkategorie	Kategorie	Funktion	Auslöser
Objektekel	Abscheu/ Kontamination	Schutz des Körpers vor Gift	Schlechter Geschmack und Geruch
	Kernbereich	Schutz des Körpers vor Krankheiten, Infekten	Essen, Nahrung, Körperaus-scheidungen, Tiere
	Kreatürlicher Ekel	Schutz der Seele – Verleugnung des Todes	Sex, Tod, Hygiene (Nahrung, Verletzung der Körperhülle)
Selbstekel	Auf die eigene Person bezogen	Schutz der Seele	Haut, Körperteile, eigener Geruch, Haare
Moralischer Ekel	Interpersonell	Schutz des Körpers, der Seele und der sozialen Ordnung	Direkter oder indirekter Kontakt mit Fremden und unerwünschte Kontakte
	Moral	Schutz der sozialen Ordnung	Moralische Überschreitungen

Disgust



- Größere Probleme beim Inhibitionslernen (Armstrong & Olatunji, 2017)
- Langsamere und weniger effektive Habituation (McKay, 2006)





Fear

Kontaminationsbezogene Zwangsstörungen (C-OCD)

Cisler, Olatunji, & Lohr, 2009

Ekel: Grundlagen

Ebenen des Ekelerlebens

- **Verhaltensebene**: Erstarren, Wegdrehen, typischer Gesichtsausdruck (Oberlippe hoch, Nase rümpfen)

- **Kognitive Ebene**: verzerrte Wahrnehmung, Aufmerksamkeitsfokus auf Ekelreize, magisches Denken (2004; Fink-Lamotte et al., 2024)
  - Gesetz der Ansteckung „Einmal berührt, für immer kontaminiert“
  - Gesetz der Ähnlichkeit
  - Sympathetic magic beliefs (Nemeroff & Rozin, 1994)

- **Physiologische Ebene**: Übelkeit, Brechreiz, parasympathische Aktivierung, verlangsamter Herzschlag

Spezifische ekeltheoretische Aspekte

Kognitionstheorie – „sympathetische“ Gesetze

- Gesetz der Ansteckung: „einmal berührt, immer kontaminiert“ (Tolin, Worhunsky & Maltby, 2004)
- Gesetz der Ähnlichkeit: Ähnlichkeit ⇒ Kontamination
- Fünf Regeln des Ansteckungsgesetzes (Rozin, Millman & Nemeroff, 1986): Kontakt, Dauerhaftigkeit, Teil = Ganzes, Dosisunempfindlichkeit, Negativitätspotenz

Entwicklungspsychologie

- persönliche Erfahrungen, soziale Modelle, kulturelle Einflüsse: hohen Einfluss auf die Entwicklung von Ekel und Aversionstendenzen (Fallon et al. 1984)

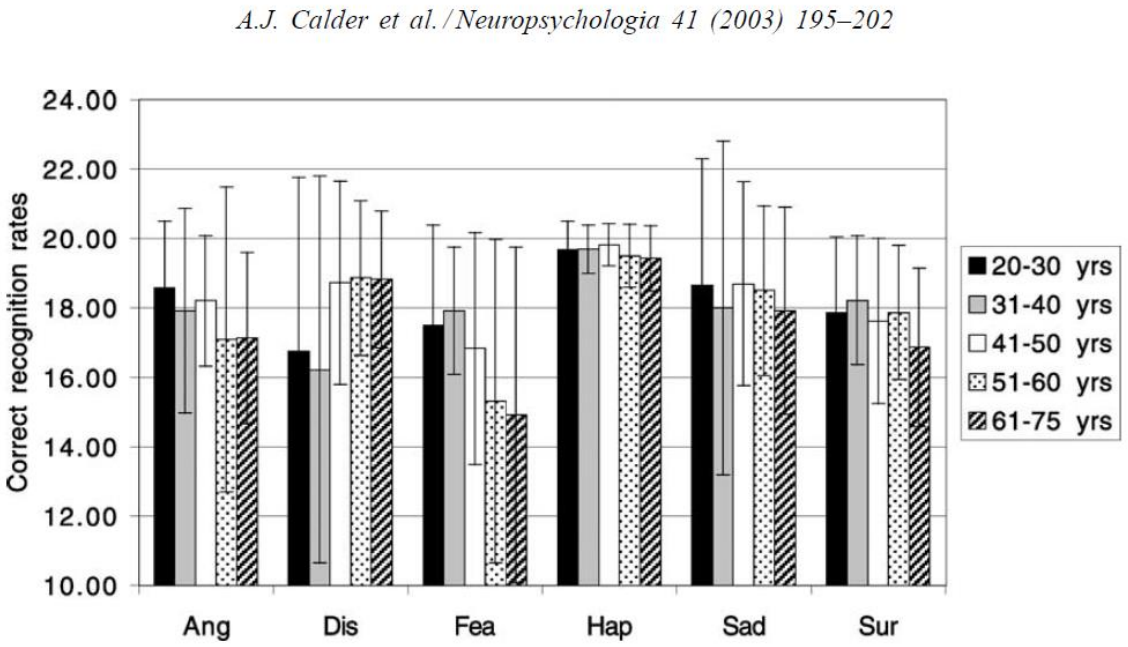




- Anders als bei Angst, Ekelerleben eher verstärkt über Altersspanne (Calder et al., 2003)

- Relevanz: frühe Ekel-„Regeln“ prägen spätere Kontaminationslogiken

- Klassische Konditionierung
- Beobachtungslernen
- Preparedness Theorie, Seligman 1971
- Sozio-kulturelle Einfüsse



"Disgust is easy to learn and hard to forget"
(Sawchuk, 2010; Mason & Richardson, 2012)

Moralischer Ekel

- (Un-)Reinheit ist zentral; moralischen Ekel als auslösenden/aufrechterhaltenden Mechanismus mitdenken.

- Besonders relevant bei religiösen/sexuellen Zwangsgedanken: Überbeschäftigung mit „Verstößen“, Gedankenunterdrückung, Vermeidung „unreiner“ Personen/Orte.

Fallbeispiel: Herr M., Zugbegleiter - Waschzwang, Ekel vor „Schmutz“, Fäkalien

- Nach Dienst: komplette Entkleidung; Kleidung direkt in Waschmaschine (ohne Türkontakt).
- Dusche ca. 30 Min.; jedes Körperteil ritualisiert 3× mit Seife → Handtuch sofort waschen, nur 1x verwenden
- Auf der Arbeit: ständige Händedesinfektion, durchgängig starker Ekel.
- Beeinträchtigung: Arbeiten nur unter größten Anstrengungen; häufige Krankschreibung, beginnendes Handexzem

Skin-Picking & Trichotillomanie

- SPK: wiederholtes Berühren/Quetschen/Aufkratzen der Haut → Risiken (Gewebeschäden, Infektionen), Leidensdruck, Ekelneigung & Selbstekel (Wunden/Narben).

- TTM (Bohne, 2009): Haareausreißen → starker Haarverlust; keine Studien zu Ekel, aber Selbstekel durch körperliche Entstellung naheliegend.

Körperdysmorphe Störung

- Übermäßige Beschäftigung mit vermeintlich entstellten Körperteilen; selbstabwertende Gedanken & Selbstekel spielen eine zentrale Rolle (Hartmann et al., 2019).

Olfaktorische Referenzstörung (ORS)

- Übertriebene Befürchtung, unangenehmen Körper-/Mundgeruch zu verbreiten (Achseln, Mund, Füße, Intimbereich); oft Selbstekel (z. B. „nach Exkrementen riechen“).

- Studie: stärkerer Ekel in ORS-Gruppe vs. gesunde Kontrollen; Befundlage insgesamt jedoch überschaubar (Schmidt & Grocholewski, 2019).

Misophonie

- Ungeklärt, ob eigenständiges Störungsbild (Taylor, 2017).

- Gekennzeichnet durch intensive emotionale Reaktionen (u. a. Ekel, Ärger, Wut) auf bestimmte Geräusche, v. a. Mund-/Nasengeräusche (Kauen, Schnüffeln, Schlürfen, Lippenschmatzen).

Pathologisches Ekelerleben frühzeitig als auslösenden/aufrechterhaltenden Faktor identifizieren.

- Drei Zugänge:
  - (a) psychophysiologische Ebene
  - (b) Kognitions-/Verhaltensdiagnostik
  - (c) Selbstbeurteilung

Psychophysiologische Ebene

- Hinweisreize: prototypischer Gesichtsausdruck, Würgereiz (typische Patient:innenaussagen), Reaktion auf Gerüche.

- Sniffin' Sticks Test (SST): Schwelle/Unterscheidung/Identifikation; deutsche Normtabellen für die klinische Einschätzung.

Kognitions- & Verhaltensdiagnostik

- Bei Expositionsindikationen Ekel gezielt explorieren (z. B. ABC-Modell), sonst Risiko suboptimaler Verläufe.

- Kontakt- vs. mentale Kontamination unterscheiden; Waschen reduziert mentale Kontamination oft nicht.

Selbstbeurteilung I (Trait/State)

- FEE: Ekelempfindlichkeit (5 Bereiche, 37 Items). (Schienle et al., 2002)
- SEE: Ekelsensitivität/Unkontrollierbarkeit (7 Items); SEEK für Kinder. (Schienle et al., 2010; Schienle & Heric, 2014)
- ESF-K: situatives Ekelerleben (15 Items). (Ihme & Mitte, 2009)
- EVS-E: visuelle Analogskala mit verbalen Ankern (0–100). (Lishner et al., 2008)

HOCHSCHULE FRESENIUS
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Chain of Contagion Task



Diagnostik & Indikation

Ekeltypenspezifische Behandlung

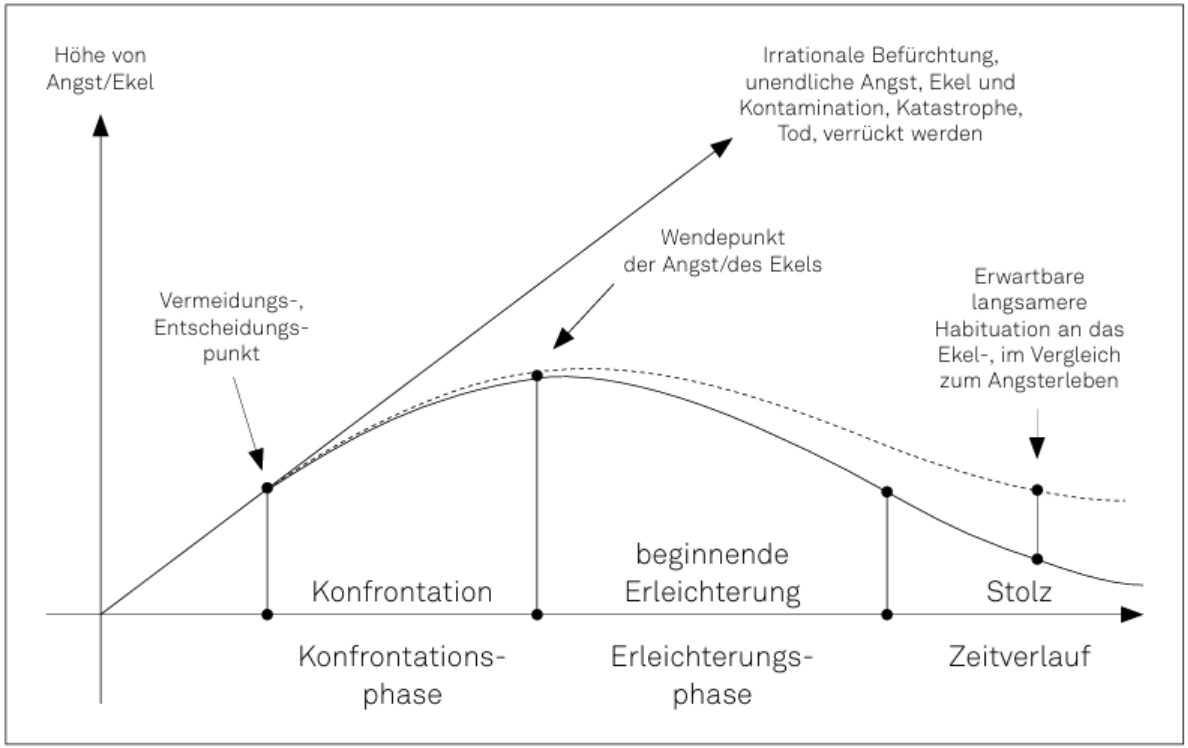
- Ekeltyp bestimmen (Objekt- vs. Selbstekel; Kontakt- vs. mentale Kontamination).
- Intensität & Kontext klären (Zwangssymptome, Vermeidungsverhalten).
- Erst Exposition, kognitive Techniken ergänzen bei Persistenz.

Ekeltypenspezifische Behandlung

- Objektekel + Kontaktkontamination → **Exposition; kognitiv ergänzen bei Bedarf.**
- Objektekel + mentale Kontamination → **Imaginativ/CRIM; vorher Exposition versuchen.**
- Selbstekel → **Mitgefühlsbasierte Techniken (CFT).**

Ekel vs. Angst: Besonderheiten

- Ekel habituiert langsamer & ist schwerer zu „verlernen“ als Angst. (Olatunji et al., 2007)
- Ekel ↔ evaluative Konditionierung; Angst ↔ Signallernen (klassisch). (Olatunji et al., 2007)
- Konsequenz: mehr Zeit & mehr Durchgänge einplanen.


Höhe von Angst/Ekel
Irrationale Befürchtung, unendliche Angst, Ekel und Kontamination, Katastrophe, Tod, verrückt werden
Wendepunkt der Angst/des Ekels
Vermeidungs-, Entscheidungs-punkt
Erwartbare langsamere Habituation an das Ekel-, im Vergleich zum Angsterleben
Konfrontation
beginnende Erleichterung
Stolz
Konfrontations-phase
Erleichterungs-phase
Zeitverlauf

Motivation aufbauen

- Ambivalenz ist häufig; Ekel ist starke Vermeidungsemotion.
- Motivational Interviewing: Empathie, Diskrepanz entwickeln, mit Widerstand gehen, Selbstwirksamkeit stärken. (Körkel & Veltrup, 2003)
- Höhere Bereitschaft zur Exposition ↔ stärkere Ekelreduktion. (Fink-Lamotte et al., 2020)

Kognitives Neubewerten: Prinzip

- Bewertung des Reizes/Situation aktiv verändern → Emotion ändert sich (Gross & Thompson, 2007)
- Schwerpunkt auf sekundären Bewertungen (Bewältigungsmöglichkeiten) statt primären Gefahrenannahmen
- Ergänzend: Selbstwirksamkeit & Kontrollempfinden explizit aufbauen
- Sozialen Vergleich nutzen: „Wie gehen andere damit um?“

Kognitives Neubewerten: Schritte

- Faktenwissen aktivieren: Funktionen/Nutzen des Reizes (z. B. Blut – Transport, Thermoregulation)
- Bedrohung hinterfragen: Worst-Case & Wahrscheinlichkeit prüfen
- Coping sichtbar machen: „Wie würde ich damit umgehen?“ (Selbstwirksamkeit)
- Sozialer Vergleich: Unterschiede zwischen „schnell“ vs. „selten“ Ekelnden herausarbeiten
- Fazit formulieren: eigener Alternativgedanke (kurz, alltagsnah)

Einsatzbereich

- Gut geeignet: greifbare Reize (Körperflüssigkeiten, Tiere), Kontaktkontamination
- Herausfordernd: „unsichtbare“ Reize (Keime, Strahlung), mentale Kontamination
- Therapeutische Implikation: mehr Zeit einplanen, stärker anleiten, sekundäre Bewertungen behutsam ändern
- Vor kognitiver Arbeit: ggf. Rechercheaufgaben zu Reiz-Funktion (Übungsauftrag)

Einführung

- Ekel oft schwer kognitiv zugänglich (Moran & McKay, 2025)
- Bildhafte Vorstellungen lösen stärkere Emotionen aus als Worte
- Emotionale Eindrücke werden tiefer gespeichert
- Imagination kann Ekelempfinden gezielt verändern (Mitchell & Olatunji, 2024; Fink-Lamotte & Exner, 2025)

Vorgehen

- Aktivierung belastender Szene (z. B. Kontamination) (Fink et al., 2018)
- Veränderung einzelner Details (Größe, Form, Farbe, Geruch) (Fink et al., 2018)
- Abschluss mit positivem/neutralem Bild (Fink et al., 2018)
- Konsolidierung durch Wiederholung (Seebauer & Jacob, 2021)

Imaginatives Umschreiben

Beispiele

- Blutrot mit Radierer entfernen
- Teufelsfigur winzig schrumpfen, Täter in Comicfigur verwandeln
- Verdorbenes Essen als Schneeflocken im Magen vorstellen

Überblick

- Cognitive Restructuring and Imagery Modification (Steil, Jung & Stangier, 2011)
- Kombination: Faktenwissen + bildhafte Vorstellung
- Ziel: Ekel- und Kontaminationsgefühle reduzieren
- Selbstwirksamkeit stärken
- Zukunftsausblick: Online-Anwendung (Fink-Lamotte, Kursim & Exner, 2023)

Schritt 1: Kognitive Restrukturierung (CR)

- Faktenwissen zu Schutzmechanismen bereitstellen
- Beispiel: Haut als Barriere, kontinuierliche Erneuerung
- Patient sammelt Informationen aktiv
- Grundlage für anschließende Imagination

Schritt 2: Imaginatives Modifizieren (IM)

- Schutzprozess wird bildhaft vorgestellt
- Verbindung mit Kontaminationssituation herstellen
- Beispiel: Hauterneuerung entfernt automatisch Keime
- Ergebnis: neue Bewertung, weniger Belastung

Empirie und Evidenz

- Studien zeigen Wirksamkeit bei Ekel- und Zwangsstörungen
- Imagery Rescripting: bewährt bei PTBS und affektiven Störungen
- CRIM: positive Effekte bei Kontaminations-OCD (erste Studien)
- Noch begrenzte RCT-Lage → Forschung im Aufbau

(Jung & Steil, 2013; Müller-Engelmann et al., 2018; Lechner-Meichsner et al., 2023; Fink-Lamotte, Kursim & Exner, 2023)

Fazit

- Starker Zugang zu Ekelbildern
- Methoden: Umschreiben, CR, IM (CRIM)
- Wirksam bei Zwangsstörungen, PTBS, Essstörungen
- Wichtige Ergänzung zu Exposition und kognitiven Verfahren

SCHAM: NEGATIV, UNWÜRDIG IM BLICK DES ANDEREN



Scham erzeugt eine Sensibilität für zwischenmenschliche Bedrohungen und Gefahren (z. B. ausgeschlossen zu werden, beurteilt oder gedemütigt zu werden).



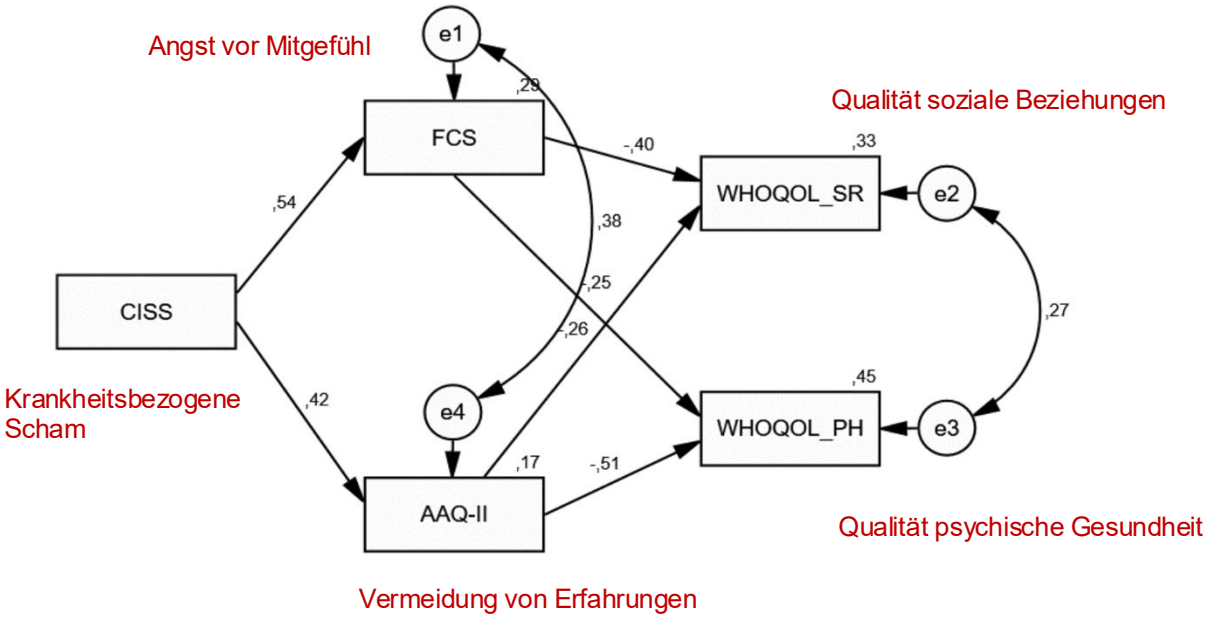


Scham

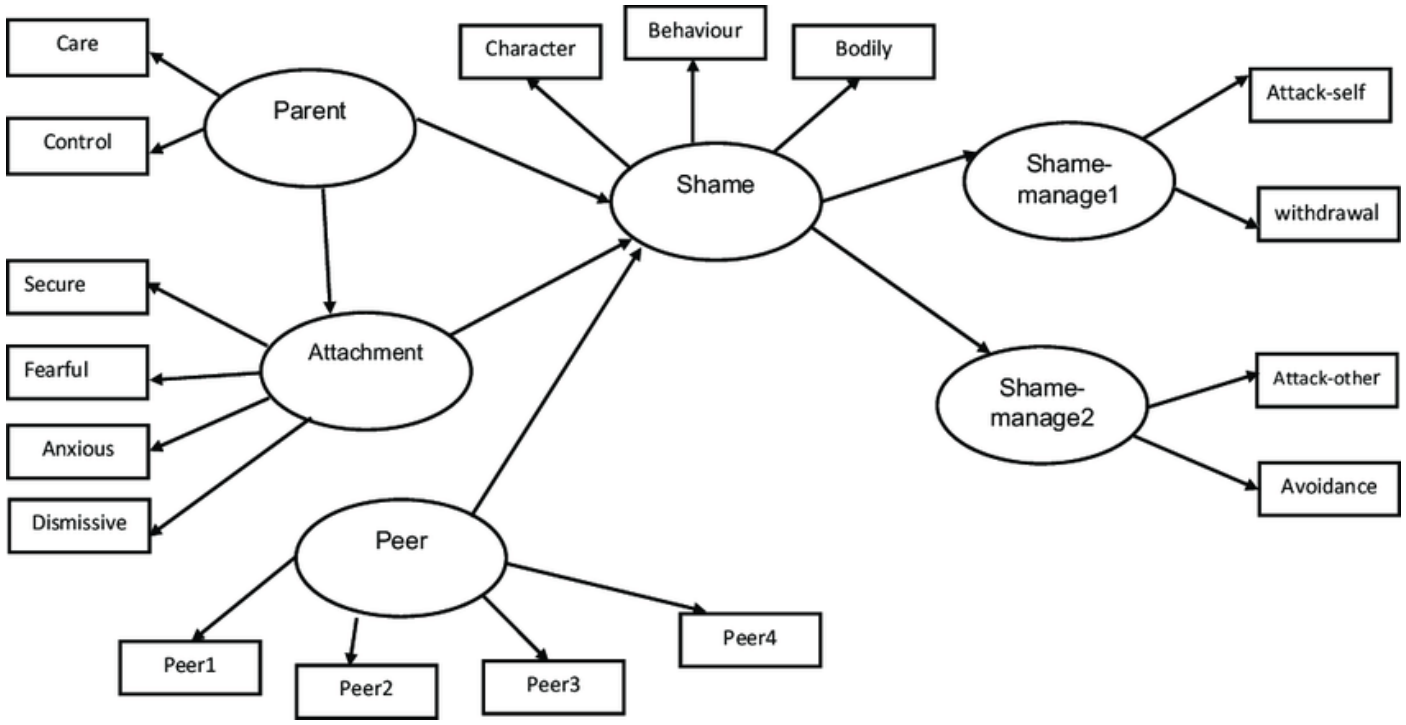
ist eine schmerzhafte Emotion, bei der das eigene Selbst kritisch als fehlerhaft oder unwert erlebt wird – oft im Angesicht realer oder vorgestellter sozialer Bewertung. *Scham bezieht sich dabei nicht nur auf die negative Bewertung eines einzelnen Verhaltens, sondern auf das gesamte Selbst. Scham geht meist mit Rückzugswunsch, Bloßstellungsgefühl und innerem Kontrollverlust einher.*

(Fink-Lamotte & Stierle, in prep)

Krankheitsbezogene Scham/Mechanismen



(Trindade et al., 2018)



(Verplanken et al., 2020)

Messinstrumente bei Scham

Other as Shamer Scale (OAS):
→ Mißt externe Scham: Wahrnehmung, wie andere einen negativ bewerten
→ Fokus auf sozial wahrgenommene Ablehnung und Kritik (Goss et al., 1994)

Internalized Shame Scale (ISS)
→ Mißt internalisierte Scham: negative Selbstbewertung, Gefühl „defekt“ zu sein
→ Fokus auf Selbstkritik und Selbstabwertung (Cook, 1987)



Messinstrumente bei Scham

Test of Self-Conscious Affect (TOSCA-3)
→ Differenziert Scham vs. Schuld
→ Misst Reaktionen auf hypothetische Situationen, z. B. „Ich hätte anders handeln sollen“
→ Scham → Fokus auf Selbstwert / Ich-Defekt
→ Schuld → Fokus auf Verhalten / Handlung (Tangney et al., 2000)

Guilt and Shame Proneness Scale (GASP)
Erfasst differenzierte Facetten:
→ Guilt-Repair: Motivation zur Wiedergutmachung
→ Guilt-Neglect: Vermeidung von Verantwortung
→ Shame-Withdraw: Rückzug bei Scham
→ Shame-Expose: Tendenz, sich der Scham zu stellen (Cohen et al., 2011, Tangney et al., 2000)



Scham bei Zwangsstörungen



- Häufig bei Tabu-Obsessionen (sexuell, aggressiv, blasphemisch)
- Führt zu Geheimhaltung und Hilfeaufschub
- Kann Symptome verstärken durch Rückzug (Tangney & Dearing, 2002)
- Scham korreliert mit erhöhten Raten von Depression und Suizidalität (Weingarden et al., 2016)

HOCHSCHULE FRESENIUS
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Received: 1 June 2022 | Accepted: 13 September 2022

DOI: 10.1111/bjc.12392

the british psychological society
promoting excellence in psychology

EDITOR'S CHOICE

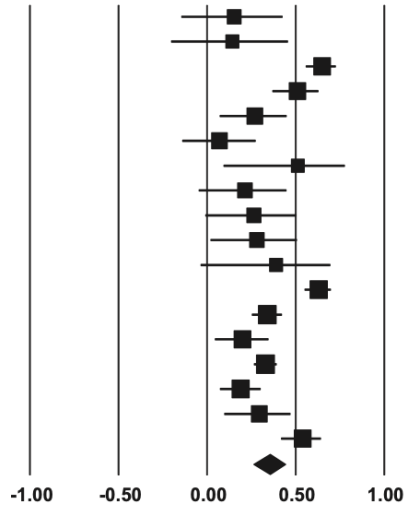
The association between OCD and Shame: A systematic review and meta-analysis

Michelle Laving[1] | Francesco Foroni[1] | Madeleine Ferrari[1] | Cynthia Turner[2] | Keong Yap[1]

r = 0. 352

Meta Analysis

Study name	Correlation	Lower limit	Upper limit	Z-Value	p-Value
Ataly et al. (2008)	0.153	-0.147	0.427	0.999	0.318
Basile et al. (2017)*	0.143	-0.205	0.459	0.802	0.423
Block (2016)	0.650	0.555	0.728	10.168	0.000
Fergus et al. (2010)	0.510	0.367	0.630	6.190	0.000
Fergus and Valentiner (2012)	0.270	0.069	0.450	2.612	0.009
Haaland et al. (2011)	0.070	-0.142	0.275	0.646	0.518
Hezel et al. (2012)	0.513	0.091	0.779	2.337	0.019
Kim et al. (2014)	0.214	-0.049	0.450	1.597	0.110
Kwak and Lee (2015)*	0.265	-0.011	0.504	1.881	0.060
Lochner et al. (2005)	0.281	0.017	0.508	2.082	0.037
Malcolm et al. (2021)	0.390	-0.038	0.697	1.795	0.073
Nice (2013)	0.630	0.548	0.700	11.534	0.000
Olatunji et al. (2015)	0.340	0.251	0.424	7.082	0.000
Singh et al. (2016)	0.200	0.042	0.348	2.475	0.013
Valentiner and Smith (2008)	0.330	0.262	0.394	9.051	0.000
Weingarden and Renshaw (2014)	0.190	0.071	0.304	3.101	0.002
Weingarden et al. (2016)	0.295	0.095	0.472	2.852	0.004
Yoosefi et al. (2016)	0.540	0.416	0.644	7.350	0.000
	0.352	0.260	0.438	7.095	0.000



Primary Analysis

FIGURE 2 A summary effect was calculated for studies marked with an asterisk



ELSEVIER
Behaviour Research and Therapy
Volume 151, April 2022, 104064

The causes and consequences of shame in obsessive-compulsive disorder

Shanara Visvalingam, Cassandra Crone, Simon Street, Ella L. Oar, Philippe Gilchrist, Melissa M. Norberg

- **Ziel der Studie:** Untersuchen, ob und wie Scham in ein kognitiv-behaviorales Modell der Zwangsstörung passt.

- 55 Personen mit subklinischen (n = 9) bis klinischen (n = 46) Zwangssymptomen wurden zufällig **vier verschiedenen Paradigmen** zur Induktion von Obsessionen zugeteilt, die sich auf **Schädigung, Sexualität, Kontamination und Symmetrie** bezogen.

- Nach jeder Induktion berichteten die Teilnehmenden über ihre emotionalen Zustände, bewerteten ihre Impulse und Zwänge (Visvalingam et al., 2022)





- **Befund**: Die Schädigungs- und Sexualitäts-Induktionen lösten stärkere Scham- und Angstsymptome aus und wurden als unmoralischer empfunden als die Kontaminations- und Symmetrie-Induktionen.
- Schamreaktionen standen zudem unabhängig von Angst mit Zwangs- und Vermeidungsverhalten bei abstoßenden Obsessionen in Zusammenhang.
- **Relevanz:** Scham ist nicht nur eine Begleitemotion, sondern verstärkt OCD-Symptome (Visvalingam et al., 2022)

HOCHSCHULE FRESENIUS
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Depression and Anxiety

Research Article

Barriers to treatment and service utilization in an internet sample of individuals with obsessive–compulsive symptoms[†‡]

Luana Marques Ph.D., Nicole J. LeBlanc, Hilary M. Weingarden, Kiara R. Timpano Ph.D., Michael Jenike M.D., Sabine Wilhelm Ph.D.



- **Hintergrund:** Trotz der zunehmenden Verbreitung von Behandlungsmöglichkeiten für Zwangsstörungen (OCD) erhält die Mehrheit der Betroffenen keine angemessene Behandlung
- **Studie:** Untersuchung der Inanspruchnahme von Behandlungen und die Hindernisse für eine Behandlung durch eine Onlinestichprobe
- 175 Teilnehmer:innen füllten einen Online-Fragebogen aus, der OCD-Symptome, psychosoziale Faktoren, Hindernisse für eine Behandlung sowie die Inanspruchnahme von Behandlungen erfasste (Marques et al., 2010)

HOCHSCHULE FRESENIUS
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Depression and Anxiety

Research Article

Barriers to treatment and service utilization in an internet sample of individuals with obsessive–compulsive symptoms[†‡]

Luana Marques Ph.D., Nicole J. LeBlanc, Hilary M. Weingarden, Kiara R. Timpano Ph.D., Michael Jenike M.D., Sabine Wilhelm Ph.D.

- 60 % der Stichprobe gaben an, eine Behandlung ihrer OCD-Symptome erhalten zu haben
- Häufigsten Hindernisse: die Kosten, fehlende Versicherung, Schamgefühle, Zweifel an der Wirksamkeit der Behandlung.
- **Schlussfolgerung:** Großer Teil der Stichprobe sieht viele Hindernisse für die Inanspruchnahme von Behandlung an → logistische/finanzielle Barrieren, Stigmatisierung, Scham- und Diskriminierungshindernisse, Barrieren durch Wahrnehmung und Zufriedenheit mit der Behandlung.
- Diese Studie unterstreicht den Bedarf an einer effektiveren Verbreitung von Behandlungsmöglichkeiten bei Zwangsstörungen (Marques et al., 2010)

Thought–Action Fusion“ (TAF)

Zwei Hauptmechanismen:

- **Wahrscheinlichkeits-TAF:** das Vorhandensein inakzeptabler Gedanken erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass das, wovor man Angst hat, eintritt (z. B. „Jetzt, wo ich den Gedanken hatte, dass meine Frau ernsthaft erkranken könnte, wird die Wahrscheinlichkeit dafür steigen“).

- **Moralische TAF:** durch die Sorge gekennzeichnet, dass ein tabuisierter Gedanke (z. B. pädophile Obsession) dem Handeln gleichkommt. (Rachman, 1997)

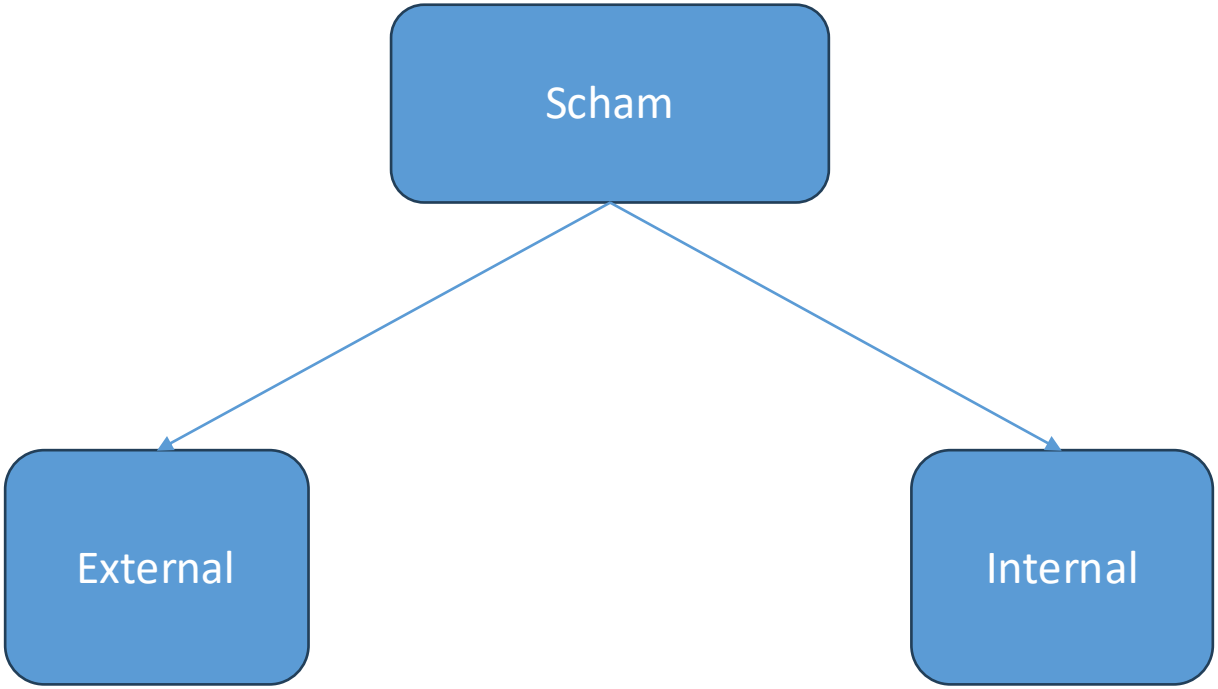
→ Das Entstehen eines „gefürchteten Selbst“ (d. h. Angst vor dem eigenen Charakter und der potenziellen Umsetzung belastender Obsessionen) kann den **TAF-Zyklus** verstärken und Schamgefühle intensivieren (Valentiner & Smith, 2008), sowie Emotionsregulationsreaktionen hervorrufen, die das symptomatische Verhalten aufrechterhalten (Berman et al., 2020).

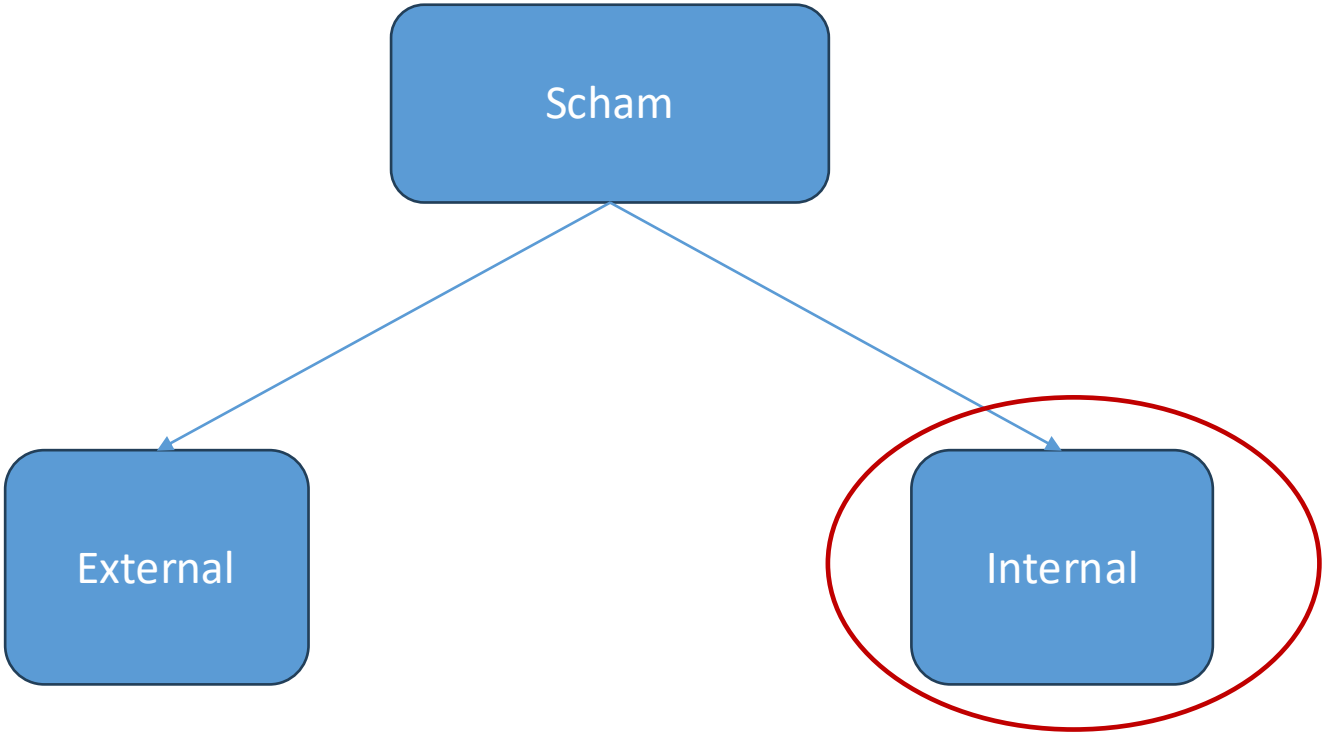


Sozialrang-/Mitgefühlsmodell (Gilbert)

- Viele Betroffene erleben ihre Zwangsgedanken (z. B. aggressive, sexuelle, religiöse Inhalte) als „inakzeptabel“ oder „moralisch verwerflich“
- **Gilbert Modell:** Diese Gedanken bedrohen das soziale Selbstbild („Wenn andere wüssten, was ich denke, werde ich abgelehnt“ → **external shame**)
- Gleichzeitig innere Abwertung („Ich bin ein schlechter Mensch, weil ich so denke“ → **internal shame**)
- Zwangssymptome werden zu einer Strategie, um sozialen Rang zu sichern
- Rituale dienen dazu, Schuld und Scham zu neutralisieren, sich wieder „sauber“ oder „akzeptabel“ zu fühlen.
- Das ständige Kontrollieren oder Reinigen ist damit auch eine Schamregulations-Strategie (Gilbert, 2002)




Scham
External
Internal


Scham
External
Internal

- Kurze Reflexion:
- Wann haben Sie zuletzt von einer anderen Person Mitgefühl empfangen?

Mitgefühl



„Mitgefühl ist die Sensibilität für eigenes Leid und das Leid anderer, mit dem Commitment, Leid zu lindern und zu verhindern.“ (Gilbert, 2013)

Mitgefühl

…evolutionär begründete, angeborene Disposition,
sich selbst und anderen in leidvollen Situationen emotionale Wärme und Unterstützung entgegenbringen zu können.

Mitgefühl äußert sich auf 4 Prozessebenen:

1. Kognitiv (z.B. Verstehen der Perspektive)
2. Affektiv (z.B. Empathie, Anteilnahme)
3. Motivational/Intentional (z.B. Wunsch/Intention, Leid zu verringern)
4. Behavioral (z.B. konkrete Handlungen, Leid zu verringern)

FLOWS DES MITGEFÜHLS

von anderen	→	zu selbst
von selbst	→	zu anderen
von selbst	→	zu selbst

SELBST-MITGEFÜHL (NEFF, 2003)

self-kindness
vs.
self-judgement

common humanity
vs.
isolation

mindfulness vs.
over-identification

Arbeit an Mitgefühl

- Psychoedukation
- Soothing Rhythm Breathing/ Embodiment
- Imaginative Verfahren
- Stuhl-Aufstellungen
- Mitfühlende Briefe
- Arbeit an entwertender Selbstkritik



„Ich hab die Minzbonbons aus dem Wartezimmer geklaut. Das ist das erste Mal, dass jemand was aus einer Therapie mitgenommen hat."
H. Simpson

HOCHSCHULE FRESENIUS
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !