

DI Dr.ⁱⁿ Birgit KASTBERGER
Dr.ⁱⁿ Birgit Maria HARB

AVM Fallbericht

**Schematherapeutisch erweiterte verhaltenstherapeutische
Behandlung einer Patientin mit Waschzwang (F42.1) als Ausdruck
familiärer Verstrickung und Bindungskonflikten bei komorbider
kombinierter Persönlichkeitsstörung vom ängstlich-vermeidenden
(F60.6) und dependenten Stil (F60.7)**

Code: PP012_weiblich

Alter der Patientin zu Therapiebeginn: 26 Jahre

ICD-10-Diagnostik:

1. Waschzwang (F42.1)
2. Ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung (F60.6)
3. Dependente Persönlichkeitsstörung (F60.7)

Datum der Falleinreichung: 31.03.2025

Anzahl der Therapiestunden: 71 Einheiten/ Behandlungszeitraum 42 Monate

Anzahl der Supervisionsstunden: 17 Einheiten

FALLDARSTELLUNG FÜR DIE VERÖFFENTLICHUNG AUF AVM PUBLICATIONS

Titel des Artikels: Schematherapeutisch erweiterte verhaltenstherapeutische Behandlung einer Patientin mit Waschzwang (F42.1) als Ausdruck familiärer Verstrickung und Bindungskonflikten bei komorbider kombinierter Persönlichkeitsstörung vom ängstlich-vermeidenden (F60.6) und dependenten Stil (F60.7)

Organisation in ambulanter Praxis

Zusammenfassung in Deutsch

Im vorliegenden Fallbericht wird die schematherapeutisch erweiterte verhaltenstherapeutische Behandlung einer 26-jährigen Patientin mit Waschzwang (ICD-10: F42.1) im Kontext einer komorbiden ängstlich-vermeidenden (F60.6) und dependenten Persönlichkeitsstörung (F60.7) beschrieben. Die Zwangssymptomatik der Patientin wurde als Ausdruck familiärer Verstrickung und ungelöster Bindungskonflikte verstanden, insbesondere in Bezug auf die Beziehung zu ihrer alkoholabhängigen Mutter.

Die Therapie kombinierte Exposition mit Reaktionsverhinderung (ERP) mit schematherapeutischen Interventionen zur Bearbeitung maladaptiver Bewältigungsmodi. Ein besonderer Fokus lag auf der Entmachtung des Zwanges als dysfunktionales Regulationsmuster, der Stärkung des Gesunden Erwachsenenmodus sowie der Förderung emotionaler Unabhängigkeit. Ergänzend wurden emotionsaktivierende Verfahren wie Imagery Rescripting eingesetzt, um tief verwurzelte Schuld- und Verstrickungsschemata zu bearbeiten.

Durch den Therapieprozess konnte die Patientin ihre Waschzwangshandlungen signifikant reduzieren, eine größere Selbstwirksamkeit entwickeln und sich schrittweise aus der emotionalen Abhängigkeit von ihrer Mutter lösen. Die langfristige Prognose erscheint günstig, da die Patientin zunehmend in der Lage ist, Unsicherheiten zu tolerieren und emotionale Abgrenzung zu etablieren und aufrechtzuerhalten. Der Fall verdeutlicht die Wirksamkeit integrativer Therapieansätze, die sowohl kognitive als auch schematherapeutische Interventionen nutzen, um zwanghafte Symptomatiken im Kontext von Persönlichkeitsstörungen zu behandeln.

Schlüsselwörter:

Waschzwang (F42.1), ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (F60.6), dependente Persönlichkeitsstörung (F60.7), Exposition mit Reaktionsverhinderung (ERP), Schematherapie, Verstrickung, Übergangsobjekt, Parentifizierung, maladaptive Bewältigungsmodi, Gesunder Erwachsener, emotionale Abgrenzung, Schuldgefühle, Imagery Rescripting, Zwangshierarchie, Bindungskonflikte, Selbstwirksamkeit, kognitive Verhaltenstherapie (KVT), Rückfallprophylaxe, Kontrollüberzeugung, Emotionsregulation.

Abstract in Englisch

This case report describes the schema therapy-enhanced cognitive behavioral treatment of a female, 26-year-old patient with compulsive washing behavior (ICD-10: F42.1) in the context of a comorbid avoidant (F60.6) and dependent personality disorder (F60.7). The patient's obsessive-compulsive symptoms were understood as an expression of familial entanglement and unresolved attachment conflicts, particularly in relation to her alcohol-dependent mother.

The therapy combined exposure and response prevention (ERP) with schema therapeutic interventions to address maladaptive coping modes. A particular focus was placed on disempowering compulsions as a dysfunctional regulation strategy, strengthening the Healthy Adult mode, and fostering emotional independence. Additionally, emotion-focused techniques such as imagery rescripting were applied to address deeply rooted guilt and entanglement schemas.

Throughout the therapy process, the patient was able to significantly reduce her compulsive washing behaviors, develop greater self-efficacy, and gradually detach from emotional dependency on her mother. The long-term prognosis appears favorable, as the patient is increasingly capable of tolerating uncertainty and establishing emotional boundaries. This case illustrates the effectiveness of integrative therapeutic approaches that incorporate both cognitive and schema therapy-based interventions to treat obsessive-compulsive symptoms within the context of personality disorders.

Keywords:

Compulsive washing (F42.1), avoidant personality disorder (F60.6), dependent personality disorder (F60.7), exposure and response prevention (ERP), schema therapy, entanglement, transitional object, parentification, maladaptive coping modes, Healthy Adult mode, emotional detachment, guilt, imagery rescripting, Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) hierarchy, attachment conflicts, self-efficacy, cognitive behavioral therapy (CBT), relapse prevention, control beliefs, emotion regulation.

Hinweis zur geschlechtergerechten Sprache: In dieser Arbeit beziehen sich generisches Maskulinum bzw. generisches Femininum grundsätzlich auf alle Geschlechter, unabhängig von biologischer, sozialer oder psychologischer Geschlechtsidentität.

Abkürzungen und Akronyme

ACT – Akzeptanz- und Commitment Therapie
ADP-IV – Fragebogen zur Erfassung von DSM-IV
Persönlichkeitsstörungen
CBT – Cognitive Behavioral Therapy / Kognitive
Verhaltenstherapie
DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental
Disorders
ERP – Exposure Response Prevention / Exposition mit
Reaktionsverhinderung
HIV - Humanes Immundefizienz-Virus
ICD-10 – Internationalen statistischen Klassifikation der
Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10.
Auflage

KVT – Kognitive Verhaltenstherapie
S-O-R-K-C – Stimulus-Organismus-Reaktion-Konsequenz-
Contingenz-Modell
OCD – Obsessive-Compulsive Disorder/ Zwangsstörungen
VDS-90 – Verhaltensdiagnostik-System 90
Y-BOCS – Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale
YSQ-S3 – Young Schema Questionnaire – Short Version /
Young Schema Fragebogen Kurzform 3

1. Einleitung

Zwangsstörungen, insbesondere der Waschzwang (F42.1), entstehen und persistieren durch ein komplexes Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren. Während die kognitive Verhaltenstherapie (KVT), insbesondere die Exposition mit Reaktionsverhinderung (ERP), als Goldstandard gilt, zeigt sich in der klinischen Praxis, dass manche Patienten trotz intensiver Behandlung nur begrenzte Fortschritte machen bzw. hohe Rückfallquoten aufweisen. Dies betrifft insbesondere Patienten mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen aus dem ängstlich-furchtsamen Cluster C, wie der ängstlich-vermeidenden (F60.6) und der dependenten Persönlichkeitsstörung (F60.7). Studien zeigen, dass mehr als 50% der Zwangspatienten zugleich eine dieser Persönlichkeitsstörungen aufweisen (Fricke, 2021, S. 49). Persönlichkeitsmerkmale wie eine niedrige Extraversion und ein hohes Maß an Vermeidungsverhalten können die Wirksamkeit klassischer verhaltenstherapeutischer Methoden einschränken und eine zusätzliche therapeutische Herangehensweise erforderlich machen (Ecker, 2001, S. 13; Ecker & Dehmlow, 1996; Law et al., 2023). Die Schematherapie bietet eine wertvolle Ergänzung zur klassischen Verhaltenstherapie, insbesondere wenn rigide, tief verwurzelte dysfunktionale Schemata eine zentrale Rolle bei der Aufrechterhaltung der Symptomatik spielen. Während die KVT primär auf kognitive Verzerrungen und Verhaltensmuster abzielt, betrachtet die Schematherapie Zwangsstörungen als Ausdruck maladaptiver Schemata und deren Modusdynamik. Zwangshandlungen – wie exzessives Händewaschen – können in diesem Kontext als distanzierte Selbstberuhigungsmodi oder als Vermeidungsstrategien interpretiert werden, die kurzfristig Spannung abbauen und Kontrolle und Sicherheit vermitteln (Stromberg & Zickenheiner, 2021, S. 166).

Ein zentraler Fokus der Schematherapie liegt auf der Bedeutung der Botschaften der primären Bezugspersonen die sich auch noch bei erwachsenen Menschen als internalisierte dysfunktionale Elternmodi bemerkbar machen. Patienten mit Zwangsstörungen zeigen häufig eine ausgeprägte Selbstkritik und rigide moralische Vorstellungen, die tief in ihrer Bindungserfahrung verwurzelt sind. So können selbstabwertende Gedanken im strafenden Elternmodus die Anfälligkeit für Kontaminationsängste verstärken, während ein emotional fordernder Elternmodus zu einem übermäßigen Verantwortungsgefühl für das Wohlergehen anderer führen kann. In diesem Kontext kann der Zwang eine stabilisierende Funktion als dysfunktionales Übergangsobjekt zur elterlichen Ablösung übernehmen: Er dient nicht nur der Emotionsregulation, sondern auch als Ersatz für verlässliche Bindungen, indem er eine illusionäre Sicherheit schafft und die Auseinandersetzung mit inneren Konflikten verhindert (Fricke, 2021, S. 301).

Die vorliegende Fallstudie beschreibt die Behandlung einer Patientin mit ausgeprägtem Waschzwang, der als Ausdruck familiärer Verstrickungen und ungelöster Bindungskonflikte verstanden wurde. Neben der Zwangssymptomatik lag eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden und dependenten Anteilen vor. Die Therapie folgte einem integrativen Ansatz, der verhaltenstherapeutische Interventionen mit schematherapeutischen Methoden kombinierte. Ziel war es, nicht nur die akute Zwangssymptomatik zu reduzieren, sondern auch langfristige Veränderungen in der Emotionsregulation und Autonomieentwicklung der Patientin zu fördern.

Im folgenden Fallbericht werden die therapeutische Vorgehensweise, spezifische Interventionen sowie der Behandlungsverlauf und die abschließende Evaluation detailliert dargestellt.

2. Falldarstellung

2.1. Angaben zur spontan berichteten und erfragten Problematik

Die 26-jährige Patientin berichtet über aktuell ausgeprägte Waschzwänge, die hauptsächlich abends nach der Laborarbeit auftreten. Diese zeigen sich in intensiven Reinigungs- und Desinfektionsritualen ihrer Hände, Kleidung und Gegenstände, die sie üblicherweise mit in die Arbeitsstelle nimmt, wie Handtasche, Schlüssel oder Handy. Hintergrund der Zwangshandlungen ist die übersteigerte Angst vor einer möglichen Infektion mit Krankheiten, unter anderem Tollwut und HIV (Humanes Immundefizienz-Virus). Dies führt zu täglichen 30-60-minütigen Reinigungsritualen aller Materialien, die beim Nach-Hause-Kommen berührt werden müssen, wie etwa die Haustürklinke oder der Schalter der Stehlampe. Die Patientin entwickelt durch den Zwang außerdem Gedanken über mögliche Kontaminationsketten von Objekten, die durch Berührung mit den Händen in Kontakt gekommen sind. Diese Objekte müssen dann ebenfalls gereinigt oder entsorgt werden. Durch diesen Putzzwang fühlt sich die Patientin in ihrem Alltagsleben sowie ihrer Entspannungsfähigkeit stark beeinträchtigt.

Die Zwänge traten erstmals vor 18 Monaten (1.5 Jahren) im Zusammenhang mit ihrer Masterarbeit im Labor auf und reduzierten sich nach der Master-Laborphase von Tag zu Tag graduell wieder, bis sie aus Sicht der Patientin sogar ganz verschwunden waren. Begleitend bestehen seit Beginn einer hormonellen Verhütung vor sechs Jahren hypochondrische Tendenzen und irrationale Infektionsängste, die auch nach Absetzen der Pille weiterhin bestehen blieben. Die Patientin berichtet zudem darüber sich zu wundern, dass sie während der Laborarbeiten für ihre Bachelorarbeit vor etwa vier Jahren im Gegensatz dazu keinen Reinigungszwang verspürte; obwohl sie eigentlich annehme, dass ihr Zwangstrigger die Laborarbeit sei. Seit zwei Monaten, mit Beginn der Wiederaufnahme von Laborarbeit im Rahmen der ersten beruflichen Tätigkeit nach Studienabschluss, verstärken sich die Zwänge wieder deutlich. Die Patientin begann vier Monate nach Beginn ihrer laborintensiven Masterarbeit eine tiefenpsychologische Therapie, die 16 Monate dauerte und zwei Monate vor unserem ersten Verhaltenstherapiegespräch endete. Diese tiefenpsychologische Therapie konzentrierte sich auf familiäre Probleme, insbesondere die Beziehung zur alkoholabhängigen Mutter, berücksichtigte jedoch nicht das zwanghafte Verhalten der Patientin, was die Patientin störte. Die sich nun wieder von Tag zu Tag verstärkenden Zwangswaschhandlungen verursachen bei der Patientin erhebliches Leid und ein Gefühl der Hilflosigkeit. Die Patientin wünscht sich explizit verhaltenstherapeutische Unterstützung, um ihre Zwänge aktiv bewältigen zu lernen, während es in der Therapie endlich mehr um sie selbst und nicht mehr um ihre Mutter gehen soll.

2.2. Therapiemotivation

Die Patientin zeigt eine hohe Motivation zur aktiven Mitarbeit und hat sich gezielt für eine Verhaltenstherapie entschieden, um ihre Zwangssymptomatik unmittelbar zu reduzieren. Insbesondere durch Hausübungen, um die sie im Erstgespräch selbst bittet. Die Patientin berichtet von erheblichem Leidensdruck aufgrund des erlebten Kontrollverlustes über ihr Reinigungsverhalten. Darüber hinaus bemerkt sie, dass die Zwangshandlungen zunehmend weitere Lebensbereiche wie das Autofahren und Fahrradfahren beeinträchtigen. Diese Ausweitung der zwangbelasteten Lebensbereiche verstärkt ihre Tendenzen zum sozialen Rückzug, mit dem Ziel das Auslösen der Zwangshandlungen zu vermeiden. Sie erkennt die Irrationalität ihrer Ängste klar und strebt an, deren Funktion besser zu verstehen. Ein dringendes Klärungsziel äußert die Patientin dahingehend, ob ihr Wunsch nach einer Anstellung ohne Laborarbeit durch ihre eigenen Präferenzen oder durch den Zwang bestimmt wird. Sie beabsichtigt, ihren aktuellen Job nur dann zu verlassen und in einen laborfreien Bereich zu wechseln, wenn dies nicht als Flucht vor dem Zwang betrachtet werden kann.

2.3. Psychopathologischer Status

2.3.1. Psychischer Befund zu Therapiebeginn

Gepflegtes Erscheinungsbild. Kleidungsstil ordentlich, tendenziell kontrolliert und symmetrisch. Im Kontakt zurückhaltend, höflich, mit geringer spontaner Gestikulation. Stimme unauffällig in Lautstärke und Modulation. Wach und bewusstseinsklar. Zu allen Qualitäten voll orientiert. Lang- und Kurzzeitgedächtnis subjektiv unauffällig. Aufmerksamkeit und Konzentration durch intrusive Zwangsgedanken phasenweise beeinträchtigt. Formales Denken geordnet, mit Tendenz zu detailorientierter und repetitiver Verarbeitung. Keine Sinnestäuschungen. Inhaltliche Denkstörungen im Sinne von aufdringlichen Zwangsgedanken zu Kontamination und Reinlichkeit. Keine Ich-Störungen. Stimmung subjektiv angespannt, objektiv leicht gedrückt. Affekt von ängstlich-dysthymen Färbung, mit eingeschränkter affektiver Schwingungsfähigkeit. Antrieb leicht reduziert, mit erhöhter innerer Anspannung in belastenden Situationen. Psychomotorisch unauffällig, gelegentlich diskret gesteigerte Anspannung (z. B. Händereiben, kontrollierte Körperhaltung). Zwangshandlungen in Form ritualisierten Händewaschens, begleitet von ausgeprägtem Vermeidungsverhalten gegenüber potenziellen Kontaminationsquellen. Keine akuten Suizidgedanken oder -intentionen. Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft gegeben.

2.3.2. Somatischer Befund

Zierliche, sportliche Statur, sehr helle Haut, kein Hinweis auf Mangelernährung. Wach und bewusstseinsklar. Keine fokale-neurologische Defizite. Vegetative Stressreaktionen mit kalten, schwitzigen Händen, muskulärer Anspannung und Magen-Darm-Beschwerden. Nicht erholsamer Schlaf durch zeitaufwendige abendliche Zwangsrituale. Koffeinkonsum etwa ein- bis zweimal monatlich. Alkoholkonsum circa alle zwei Wochen; kein Bewusstsein für Alkoholkonsum trotz alkoholabhängiger Mutter; nur unspezifische Angaben zum eigenen Konsum möglich („variierend“). Pflanzliche Beruhigungsmittel nach zweijähriger Einnahme abgesetzt, Wunsch nach nicht-medikamentöser Behandlung. Aktuell keine Hautveränderungen an Händen durch exzessives Waschen erkennbar. Während des Gesprächs wiederholtes Halten der Hände. Kein Hinweis auf relevante internistische Erkrankungen.

2.4. Diagnosen nach ICD-10

2.4.1. Diagnosen durch Testpsychologische Befunde

Die Patientin erfüllt nach ICD-10 (Cooper, 2012) die Kriterien einer Zwangsstörung mit vorwiegenden Zwangshandlungen (F42.1), abgesichert durch eine schwere Symptomatik im Y-BOCS (**31/40**) (Fricke, 2021, S. 38–48). Zusätzlich zeigt sich eine komorbide Cluster-C-Persönlichkeitsstruktur mit ängstlich-vermeidenden und dependenten Anteilen (**ADP-IV, T=67**) (Doering et al., 2007).

2.4.2. Differentialdiagnosen (Abgrenzung zu anderen Diagnosen) nach ICD-10

Differentialdiagnostisch wurden insbesondere eine anankastische Persönlichkeitsstörung (F60.5), eine generalisierte Angststörung (F41.1) sowie eine soziale Phobie (F40.1) geprüft, jedoch aufgrund der ich-dystonen Zwänge, der themenspezifischen Ängste und der testpsychologischen Konstellation ausgeschlossen.

Die differentialdiagnostische Abgrenzung zwischen der Zwangsstörung (ICD-10 F42.2; ICD-11 6B20) und der anankastischen Persönlichkeitsstörung (F60.5) ist klinisch wegweisend, da beide

Krankheitsbilder zwar oberflächliche Ähnlichkeiten in Form von Perfektionismus, Kontrolle und Wiederholungstendenzen aufweisen, sich aber in Genese, Erleben und therapeutischer Zugänglichkeit grundlegend unterscheiden. Das zentrale Unterscheidungsmerkmal liegt in der Ich-Beziehung der Symptomatik: Während die Zwangshandlungen und -gedanken der Patientin als ich-dyston, also als der eigenen Person fremd, unsinnig und quälend erlebt werden, sind anankastische Persönlichkeitszüge ich-synton — sie werden vom Betroffenen als Ausdruck der eigenen Werthaltung wahrgenommen und nicht als Störung empfunden (Ambühl & Meier, 2003; Diedrich & Voderholzer, 2015). Hinzu kommt der Verlaufsunterschied: Die Zwangsstörung manifestiert sich episodisch mit thematisch umschriebenen Obsessionen (im vorliegenden Fall: Kontaminationsängste mit Waschzwang), während die anankastische Persönlichkeitsstörung ein überdauerndes, früh im Erwachsenenalter beginnendes Muster von Rigidität, Detailversessenheit und Kontrollbedürfnis darstellt, das sämtliche Lebensbereiche durchzieht (Bobes et al., 2001). Besondere differentialdiagnostische Bedeutung kommt dem Merkmal der „fehlenden oder übermäßigen Gewissenhaftigkeit“ zu: Bei der Zwangsstörung erscheint die Gewissenhaftigkeit zwar übersteigert, ist jedoch eng an die symptom-spezifischen Befürchtungen gebunden — die Patientin handelt nicht aus einer generellen Werthaltung heraus „besonders gewissenhaft“, sondern führt Reinigungs- und Kontrollrituale aus, um eine als bedrohlich erlebte Kontaminationsgefahr zu neutralisieren; außerhalb des Zwangsthemas kann die Gewissenhaftigkeit unauffällig oder durch den Leidensdruck sogar beeinträchtigt sein (Reinecker, 2009; Salkovskis, 1985). Bei der anankastischen Persönlichkeitsstörung hingegen ist eine pervasive, übermäßige Gewissenhaftigkeit ein definierendes diagnostisches Kriterium (ICD-10 F60.5): Sie äußert sich als rigider Perfektionismus, übertriebene Detailorientierung und moralisch-ethische Unflexibilität, die alle Lebensbereiche — insbesondere Arbeit und Beziehungen — durchzieht und vom Betroffenen als richtig und notwendig erlebt wird. Klinisch wird die Abgrenzung durch eine hohe Komorbidität von 9–32 % erschwert (Denys et al., 2004; Maina et al., 2008); zur differenzierten Erfassung empfiehlt sich der Einsatz strukturierter Instrumente wie der ADP-IV (Doering et al., 2007), der eine valide Diskriminierung zwischen Achse-I- und Achse-II-Pathologie ermöglicht. Im konkreten Fall sprechen die ich-dystone Erlebnisqualität, der themenspezifische Charakter der Symptomatik sowie der ausgeprägte Leidensdruck eindeutig für eine Zwangsstörung und gegen eine anankastische Persönlichkeitsstörung als Primärdiagnose.

Die Diagnosen F42.1, F60.6 und F60.7 nach ICD-10 wurden bestätigt, während Perfektionismus und Vermeidungsverhalten der Persönlichkeitsstruktur und maladaptiven Schemata zugeordnet wurden.

2.5. Verhaltens- und Bedingungsanalyse (Bedingungsmodell)

2.5.1. Genese der Störungen - Auslösende Bedingungen

A) Aktuelle Symptomatik

Physiologisch: Anhaltende Erschöpfung, Schlafprobleme und muskuläre Anspannung infolge zeitintensiver Reinigungsrituale; zusätzlich kalte, schwitzige Hände sowie Magen-Darm-Beschwerden. Die kognitive Daueraktivierung durch Kontaminationsbefürchtungen führt zu Konzentrationsproblemen und Vergesslichkeit.

Kognitiv: Dominante Sicherheits- und Kontrollgedanken sowie katastrophisierende Befürchtungen, unabsichtlich gravierende Schäden (Infektionen, Unfälle) zu verursachen — insbesondere gegenüber der alkoholabhängigen Mutter. Begleitet von Schuldgefühlen, Selbstzweifeln und der Angst, Erwartungen nicht gerecht zu werden.

Verhalten: Ausgeprägte Vermeidung kontaminationsassoziiierter Situationen und Objekte sowie täglich ritualisierte Dekontaminationsprotokolle (30–60 Minuten nach der Arbeit, zusätzlich nach Besuch). Entscheidungen werden delegiert, soziale Interaktionen durch Rückversicherungssuche, Rückzug und mimische Erstarrung geprägt.

Emotional: Dauerhafte Anspannung, Ängste und Unsicherheit, begleitet von Scham und Verzweiflung über den erlebten Kontrollverlust; emotionaler Zugang ist eingeschränkt, Gefühle äußern sich vorwiegend diffus-negativ. Dominant ist die Angst um die alkoholkranke Mutter (Weglaufen, Autofahren im Rausch, Suizidalität), daneben verdrängte Wut gegenüber der Mutter sowie wachsende Resignation gegenüber den eigenen Zwängen.

B) Biologische Stressoren

Die Patientin zeigt seit ihrer Kindheit eine verstärkte vegetative Stressreaktivität, die sich in körperlicher Anspannung, Schlafstörungen und Magen-Darm-Beschwerden äußert. Erschöpfung durch tägliche Reinigungsrituale sowie durch die monatlichen Trunkenheitskrisen ihrer Mutter, bei denen die Patientin zur Versorgung ins Elternhaus fährt, wirkt sich negativ auf ihre kognitive Kontrollfähigkeit aus und verstärkt die Zwangssymptomatik. Ein bedeutender biologischer Stressfaktor ist außerdem die beruflich bedingte Exposition gegenüber infektiösen Materialien. Obwohl das tatsächliche Infektionsrisiko statistisch gering ist, nimmt die Patientin diese berufliche Gefahr subjektiv als real wahr, was ihre Ängste vor schweren Krankheiten (z.B. Tollwut, HIV) verstärkt und ihre Wasch- und Dekontaminationsrituale zusätzlich aufrechterhält und intensiviert.

C) Psychosoziale Stressoren

Die Patientin erlebt aktuell erheblichen Stress durch ihren erstmaligen Eintritt ins Berufsleben und die Verantwortung für ihr eigenes Einkommen. Sie fühlt sich dadurch in eine Erwachsenenrolle gedrängt, für die sie sich emotional noch nicht bereit fühlt, was die Ablösung von der Mutter erschwert. Ein zentraler chronischer Stressor ist zudem die belastende Beziehung zur alkoholkranken und diabeteskranken Mutter, für deren Gesundheit sich die Patientin verantwortlich fühlt. Bemerkenswert ist, dass die Zwangssymptomatik bei der Patientin in akuten Krisenzeiten mit der Mutter deutlich reduziert ist, da dann die volle Aufmerksamkeit der Patientin auf die Krisenbewältigung gerichtet ist. In stressarmen Phasen hingegen, wenn die Patientin von ihrer Mutter getrennt in ihrer eigenen Wohnung lebt, wird der Zwang stärker und übernimmt die Funktion der Spannungsregulation. Dieser Wechsel belastet die Patientin stark, da sie sich in entspannten Phasen den Zwängen ausgeliefert fühlt, während sie paradoxerweise in akuten, von der Mutter ausgelösten Belastungssituationen funktionaler wirkt.

2.5.2. Entstehungsbedingungen - Prädisponierende Faktoren

A) Prädisposition / Vulnerabilitäten

Biologische Vulnerabilitäten: Die Patientin zeigte erstmals im Alter von 19 Jahren, während einer 1.5-jährigen Einnahme der Antibabypille, hypochondrische Krankheitsängste und erste zwanghafte Symptome, vermutlich ausgelöst durch den erhöhten Östrogenspiegel (Vulink et al., 2006). Zudem besteht eine familiäre Vorbelastung durch die Mutter, die laut Einschätzung der Patientin selbst unter Putzzwang leidet und seit der Kindheit der Patientin alkoholabhängig ist. Wenigstens die ersten 4 Monate der Schwangerschaft wusste die Mutter nichts von ihrer Schwangerschaft und könnte hier ebenfalls auch Alkohol konsumiert haben.

Psychosoziale Prädisposition: In Phasen bedeutsamer Entwicklungsschritte – dem Auszug aus dem Elternhaus (mit 19 Jahren) und dem Verfassen der Masterarbeit (mit 24 Jahren) – kam es jeweils zu einer Verschärfung krankheitsbezogener Zwangsgedanken und Verschmutzungsängste. Ein weiterer belastender Faktor ist der plötzliche Tod ihrer mütterlichen Tante, die Mitte 40 verstarb, wobei ein Suizid nicht ausgeschlossen werden kann/konnte.

B) Kindheit und Persönlichkeit

Kindheit / Bindungserfahrungen: Die Patientin hatte einige stabile Freundschaften sowie eine positive Beziehung zum Vater. Ihre Mutter war nüchtern verlässlich, zeigte jedoch alkoholisiert emotional missbräuchliches Verhalten. Dies führte zur starken Parentifizierung der Patientin, die die Verantwortung für ihre Mutter übernahm und sich seit jüngster Kindheit verpflichtet fühlte auf die Mutter aufzupassen. Die Patientin hatte Schwierigkeiten nach ihrer Volljährigkeit beim aktiven Aufbau weiterer sozialer Kontakte und lebt seit ihrem Auszug aus dem Elternhaus ohne Partnerschaft, wünscht sich jedoch die Aufnahme einer Partnerschaft, sobald ihr der Zwang nicht mehr die Zeit stehle. Heute sind Schwester und ihre 2 Mitbewohner zentrale Bezugspersonen.

Persönlichkeitsentwicklung- schulische/berufliche Entwicklung: Die Patientin zeigte schulisch hohe Leistungen bei gleichzeitig bestehenden Konzentrationsproblemen. Mit 19 Jahren begann in der Zeit ihres Auszugs aus dem Elternhaus, zu Studienbeginn erstmals die Entwicklung von Krankheitsängsten. Die Waschzwänge verschärfen sich vor allem in beruflichen Übergangssituationen (Masterarbeit sowie erster Arbeitsplatz mit Laborkontakt). 10 Wochen nach Therapiebeginn wechselte die Patientin bewusst zu einer weniger zwangsauslösenden Tätigkeit ohne Laborkontakt.

Emotionsregulation: Die Patientin neigt stark zur Unterdrückung negativer Emotionen, insbesondere Angst und Wut, da deren Ausdruck in der Familie unerwünscht war und häufig negative Folgen hatte. Sie entwickelte dadurch ein Verstrickungsschema, das durch emotionale Abhängigkeit und übermäßige Verantwortungsübernahme für die alkoholranke Mutter gekennzeichnet ist. Emotionen, besonders Wut, werden von der Patientin aber auch der Mutter selbst in Kontaminationsangst umgewandelt und mittels Zwangshandlungen neutralisiert. Diese dysfunktionale Emotionsregulation entstand aus familiären Erfahrungen, in denen emotionaler Ausdruck oft mit Gefahr und selbstgefährdendem Verhalten (der Mutter, der Tante) verknüpft war.

C) Lerngeschichte

Prägende Lebensereignisse und Familiengeschichte: Der unerwartete Tod der Tante (möglicherweise Suizid), als die Patientin 14 Jahre alt war, verstärkte massiv ihre Verlustängste bezüglich der Mutter. Daraus entwickelte sie die Überzeugung, dass starke Emotionen gefährlich seien und vermieden werden müssten, was langfristig irrationale Sorgen und Putzzwänge verursachte. Sie übernahm früh eine Elternrolle gegenüber ihrer alkoholkranken Mutter, deren Überleben sie sichern möchte. Die Mutter zeigt stark ambivalentes Verhalten (liebvoll/nüchtern vs. betrunken/suizidal). Obwohl die Eltern aus Sicht der Patientin eine stabile Beziehung führen, erkennt sie das Alkoholproblem als zentrale Belastung für deren Beziehung. Das enge Aufwachsen mit den Cousins, deren Mutter verstarb, hielt die Mutterverlustängste der Patientin immer präsent.

2.5.3. Analyse der die Symptome aufrechterhaltenden Bedingungen

Die Zwangssymptomatik der Patientin wird durch verschiedene lernpsychologische Mechanismen aufrechterhalten. Zentral ist die anhaltende emotionale und praktische Verantwortungsübernahme für ihre alkoholranke Mutter, die zu chronischer Belastung führt und adaptive Bewältigungsstrategien

für Wut und Angst verhindert. In diesem Kontext fungiert der Waschzwang als Strategie zur kurzfristigen Spannungsreduktion und Emotionsregulation. Durch das Vermeiden aversiver Gefühle wie Schuld oder Wut werden unangenehme interpersonelle Konflikte, insbesondere mit der Mutter im betrunkenen Zustand, umgangen.

Das Verhalten der Patientin folgt dabei einem Verstärkungsmuster: Durch die Durchführung der Waschroutine erfährt sie kurzfristig eine Reduktion der erlebten Anspannung, wodurch das Verhalten negativ verstärkt wird. Diese Vermeidung führt dazu, dass korrigierende Erfahrungen ausbleiben und die Angst vor Kontamination weiterhin an subjektiven Empfindungen und nicht an objektiven Gegebenheiten orientiert bleibt. Zusätzlich wirkt ein stark ausgeprägtes selbstkritisches Denkmuster mit rigiden Schuldüberzeugungen als kognitiver Verstärker, der die zwanghaften Reinigungsrituale als vermeintliche Sicherheitsstrategie stabilisiert.

Darüber hinaus zeigt sich, dass die Waschzwänge auch eine regulierende Funktion im Bindungskontext übernehmen: Sie fungieren als eine Art Übergangsobjekt, das in Zeiten der Trennung von der Mutter kurzfristige emotionale Stabilität vermittelt. Diese Bedingungskontingenz zeigt sich darin, dass die Waschzwang-Episoden in Phasen der Abwesenheit der Mutter intensiver auftreten, während sie im direkten Kontakt, insbesondere wenn die Mutter, wenn alkoholisiert, emotional fordernd auftritt, vorübergehend reduziert werden. Dieses Muster deutet auf eine operante Konditionierung hin, bei der die zwanghaften Reinigungsrituale eine funktionale Rolle in der Stressbewältigung und in der Vermeidung interpersoneller Konflikte einnehmen.

2.5.4. Horizontale Verhaltensanalyse (S-O-R-K-C-Modell)

Situation (S)

Die Patientin befindet sich mit ihrer Mitbewohnerin in ihrem Zimmer, während ihre Mitbewohnerin und deren Freund telefonieren. Der Freund der Mitbewohnerin schreit lautstark, während die Mitbewohnerin hilflos und aufgewühlt wirkt. Diese Situation wird von der Patientin als störend und belastend empfunden. Diese spezifische Situation erinnert die Patientin auch an die Interaktionsmuster der Eltern.

Organismusvariable (O)

Psychologische Faktoren

- **Maladaptive Schemata nach dem Young Schema Fragebogen – Kurzform 3 (YSQ-S3)** (Young & Brown, 2005) mit hohen Werten in:
 - Verstricktsein/unentwickeltes Selbst (27/30)
 - Unterwerfung (26/30)
 - Selbstaufopferung (25/30)
 - Negativität/Pessimismus (18/30)
 - Verlassenheit/Instabilität (18/30)
- **Emotionale Schemata:** Intensive Ängste vor Kontrollverlust, sozialer Isolation und Bindungsverlust
- **Kognitive Schemata:** Interpretation von Bindungsverlust als existenzielle Bedrohung; starke Tendenz zur Unterdrückung negativer Gefühle
- **Körperschemata:** Erhöhtes Stresserleben durch Verantwortungsgefühle; irrationale Infektionsängste (z.B. Tollwut)

- **Verhaltensschemata:** Ausgeprägte Konfliktvermeidung und Zwangshandlungen zur kurzfristigen Kontrolle und emotionalen Entlastung

Biologische Faktoren

- Konzentrations- und Durchhaltungsschwierigkeiten (möglicherweise durch pränatale Alkoholexposition)
- Genetische Vorbelastung durch zwanghaftes und suchtbezogenes Verhalten der Mutter (56,1% OCD-Prävalenz für Patienten bei Müttern mit zwanghaftem Verhalten) (Hasani et al., 2021)
- Durch Biografiearbeit vermutete genetische/epigenetische Variationen in:
 - Dopamin-D2-Rezeptor-Gen (DRD2) (Blum et al., 2023; Nicolini et al., 1996)
 - Serotonin- und Glutamatregulation (Heinz, 1999; Pittenger et al., 2011)
 - Cortico-striato-thalamo-kortikalem Netzwerk (Schiepek et al., 2012)
- Alexithymie (möglicherweise genetisch und durch emotionalen Missbrauch bedingt) (Khosravani et al., 2017)

Soziale Faktoren

- Leben in neuer Stadt ohne Zugang zu früheren sozialen Netzwerken
- Starke Abhängigkeit von Mitbewohnern als primäre Bezugspersonen
- Mangel an diversifizierten sozialen Kontakten

Reaktion (R)

Verhalten: Schulterzucken, exzessives Händewaschen (5–6-mal innerhalb von 30 Minuten).

Emotion: Wut, Angst, Unsicherheit.

Kognition: Selbstzweifel („*Verhalte ich mich richtig?*“), Wunsch nach Ende der Situation.

Physiologie: Unruhe, Herzklopfen, Muskelanspannung.

Konsequenz (K)

Kurzfristige Konsequenzen (in zeitlicher Abfolge)

Verstärkung 1

- **Kk-:** Unterbrechung der weiteren Zunahme von Hilflosigkeit und Kontrollverlust inmitten einer Streitsituationsbeobachtung durch Situationsflucht, ermöglicht durch den Drang zum Händewaschen.
- **Kk+:** Verständnis und Mitgefühl für Zwangshandlungen von Mitbewohnerin

Bestrafung

- **Kk-:** Verlust von sozialer Nähe und Überblick über aktuelle Gefahrenlage durch Situationsflucht
- **Kk-:** erleben von Kontrollverlust, denn Wutgefühle, anders als Kontaminationsängste, werden trotz Waschzwangshandlung nicht neutralisiert, Wut bleibt erstmal.
- **Kk-:** aus primärer Wut wird sekundäre Angst: Kontaminationsangst entsteht

Verstärkung 2

- **Kk+:** Rückgewinn von Kontrolle mittels Kontaminationsgedanken, welche Wut in durch Waschen bewältigbare Angst konvertieren.
- **Kk+:** Weiteres Händewaschen neutralisiert die Angst.
- **Kk+:** neurochemische Belohnungen durch Händewaschen (Dopamin, Oxytocin, Serotonin)

- **Kk+:** erleichtert keine Wut gezeigt zu haben, und dadurch Bindung zu Mitbewohnerin nicht gefährdet zu haben.
- **Kk+:** Patientin fühlt sich erwachsen, sie musste ihre Mutter diesmal nicht anrufen, um diese um Rat zu fragen, da ihre Emotionen durch ihre Waschwangshandlungen schon reguliert sind.

Langfristige Konsequenzen

Verstärkung

- **KI+:** Der Zwang hilft der Patientin ihre Emotionen ohne Mutter zu regulieren. Der Zwang unterstützt die Patientin somit bei ihrem Wunsch der Ablösung von/einem gesunden Abstand zur Mutter.
- **KI+:** vermeintliches Kontrollgefühl über die eigene und via Infektionskettenunterbrechung auch die mütterliche Gesundheit.
- **KI+:** Durchsetzungsfähigkeit eigener (Zwangshandlungs-) Bedürfnisse wird erlebt
- **KI+:** Angst wird als kontrollierbar erlebt

Bestrafung

- **KI-:** Selbstzweifel und Ärger über mangelnde Durchsetzungsfähigkeit ohne Zwangshandlungen
- **KI-:** Verfestigung maladaptiver, kostenintensiver Waschwangs-Stressbewältigungsstrategien
- **KI-:** Verstärkung von Kontaminationsgedanken in Wutsituationen
- **KI-:** Einschränkung von Spontanität und Freiheit
- **KI+:** Weniger Kontakt zur Mutter und seltenere Anrufe führen zu weniger Bindung mit Mutter und Unterstützung durch Mutter
- **KI+:** Zeit für positive Aktivitäten fehlt, da Zwangshandlungen viel Freizeit verbrauchen.
- **KI-:** Hautschäden mit erhöhtem Infektionsrisiko entstehen

Kontingenz (C)

Die Patientin reagiert auf soziale Situationen, die ihr Sicherheits- und Kontrollbedürfnis stören, mit Wut. Sie unterdrückt in 90% der Fälle diese Wut und bewältigt sie dann durch Umwandeln in Kontaminationsangst und exzessives Händewaschen, wodurch sie kurzfristig Kontrolle wiederherstellt. Diese Strategie verstärkt ihren Zwang und hält den Teufelskreis der Neutralisationshandlungen zur Emotionsregulation aufrecht.

2.5.5. Vertikale Verhaltensanalyse / Schemaanalyse nach Young

Die Patientin zeigt eine komplexe psychische Problematik, die durch maladaptive Schemata beeinflusst wird. Ihre Waschwänge stehen im Zusammenhang mit einer tief verwurzelten Angst vor Kontrollverlust, einer übermäßigen Verantwortung für das Wohl ihrer Mutter und einem stark ausgeprägten Vermeidungsmuster. Interessanterweise zeigt die Patientin durch ihr Verhalten ständig ein Streben nach Bindung, obwohl zu Beginn der Therapie primär die Bedürfnisse nach Kontrolle, Selbstwert und Lust unbefriedigt sind. Das Grundbedürfnis nach Bindung ist bereits zu Therapiebeginn weitgehend erfüllt.

Die wichtigsten frustrierten Grundbedürfnisse nach Grawe (2004) und Young (Roediger, 2006) und daraus resultierenden Schemata identifiziert mittels YSQ-S3 (Young & Brown, 2005) sind:

I. Frustrierte Grundbedürfnisse bei der Patientin

1. Bindungsbedürfnis: Die Patientin erlebte keine verlässliche und sichere Bindung in ihrer Kindheit. Ihre Mutter zeigte wechselhaftes Verhalten: Nüchtern konnte sie eine funktionale Mutterrolle einnehmen, im betrunkenen Zustand war sie jedoch emotional missbräuchlich, kritisierend und beschuldigend. Dies führte bei der Patientin zu ständiger Verunsicherung in Beziehungen Die Mutter

wurde als unberechenbar erlebt, sodass die Patientin nie wusste, wann sie mit Wärme oder Ablehnung rechnen musste. Zudem entwickelte die Patientin ein starkes Verantwortungsgefühl für ihre Mutter und bemühte sich deren Alkoholproblematik zu stabilisieren („Wenn meine Mutter betrunken ist, muss ich auf sie aufpassen und die Verantwortung für sie übernehmen, indem ich ihr Grenzen setze, sonst könnte sie sich was antun“, „Wenn ich für sie die Verantwortung übernehme, gibt sie mir die Schuld an ihrem Leid“). Diese früh erlernte Parentifizierungsrolle verstärkte ihr Schema der **Verstrickung/unentwickeltes Selbst**, wodurch sie Schwierigkeiten hat, eine eigenständige Identität zu entwickeln und sich in Beziehungen oft unterordnet.

Da sie selbst Schwierigkeiten hat, neue soziale Kontakte zu knüpfen („Ich kann keine neuen Freundschaften aufbauen, wenn nicht die andere Person den ersten Schritt macht“), ist sie in ihrer jetzigen Lebenssituation auf wenige enge Bezugspersonen – ihre ältere Schwester und zwei Mitbewohner – beschränkt. Dies verstärkt das Schema **Verlassenheit/Instabilität** und fördert eine ängstliche vermeidende Grundhaltung in sozialen Beziehungen.

2. Autonomiebedürfnis: Die Patientin erlebte keine ausreichende Förderung ihrer Autonomie. Durch die instabile Beziehung zur Mutter übernahm sie früh Verantwortung und unterdrückte eigene Bedürfnisse. Entscheidungsfindung fällt ihr schwer, da sie es gewohnt ist, sich an anderen zu orientieren und Unsicherheiten durch Rückversicherung zu kompensieren („Ich sage selten meine Meinung, weil ich Angst habe, dass es Streit gibt“). Dies zeigt sich in der hohen Ausprägung der Schemata **Unterwerfung** und **Selbstaufopferung**.

In der Kindheit und Jugend war die Mutter oft emotional oder physisch nicht erreichbar, während der Vater eher zurückhaltend und nicht aktiv unterstützend agierte. Dadurch konnte die Patientin keine stabile Unabhängigkeit, die aus sicherer Bindung hervorgehen würde, entwickeln. Ihre Angst vor Fehlern und der Wunsch, immer korrekt zu handeln, manifestierten sich in der Entwicklung ihres Waschzwangs, der als Versuch der Kontrolle und Neutralisierung von Unsicherheiten dient.

3. Bedürfnis nach Lustgewinn und Spontaneität: Freude und unbeschwertes Erleben waren für die Patientin mit Schuldgefühlen verknüpft. In stressreichen Phasen der Mutter musste sie Verantwortung übernehmen und durfte keine eigenen Bedürfnisse haben („Ich muss funktionieren, sonst geht alles schief“). Diese Überzeugung förderte das Schema **Überhöhte Standards/Perfektionismus**, wodurch sie sich selbst hohen Erwartungen unterwirft. Lustvolle Aktivitäten oder spontane soziale Kontakte fallen ihr schwer, da sie ständig um Kontrolle bemüht ist.

4. Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung: Die Patientin erlebte wenig Bestärkung ihres Selbstwerts. Im Gegenteil, die Kritik und Abwertung der Mutter im betrunkenen Zustand hinterließen tiefe Spuren in ihrem Selbstbild, sie benannte diese selbst als „emotionalen Missbrauch“ durch die betrunkene Mutter. Ihre Selbstzweifel und das Gefühl, nicht gut genug zu sein, verstärken sich durch ihren Perfektionismus und führen dazu, dass sie sich häufig überfordert fühlt. Die Schema-Domäne **Fremdbezogenheit** ist die stärkste ausgeprägte, also dysfunktionalste, im YSQ-S3. Die vielen dysfunktionalen Schemata aus dem Bereich Selbstwert machen dieses Bedürfnis auch am wenigsten veränderbar. Denn die Patientin versucht durch **Unterwerfung**, **Selbstaufopferung** und **Streben nach Zustimmung und Anerkennung** seitens ihrer Familie, vor allem ihrer Mutter, kontinuierlich ihren Wert und Platz in der Familie, und somit ihren Selbstwert zu sichern.

II. Schemamodi der Patientin

Bei der Patientin konnten mehrere ausgeprägte Schemamodi identifiziert werden (Gatterer 2022, S. 59–67), welche ihr Verhalten und ihre Emotionsregulation stark prägen. Im Folgenden werden die identifizierten Modi nach den vier Modusklassen (Kindmodi, dysfunktionale Elternmodi, maladaptive Bewältigungsmodi, Zielmodus) geordnet dargestellt. Eine Moduslandkarte nach (Roediger, 2006) ist in **Abbildung S1** nachzulesen.

Kindmodi. Dominierend ist der Modus des verletzbaren Kindes, der sich in Gefühlen von Angst, Hilflosigkeit und emotionaler Abhängigkeit zeigt („*Ich schaffe es nicht allein*“). Der Modus des wütenden Kindes („*Warum bin ich immer verantwortlich?*“) ist stark unterdrückt, wodurch Aggressionen in Schuldgefühle und Zwangshandlungen umgeleitet werden.

Dysfunktionale Elternmodi. Besonders belastend sind der emotional fordernde Elternmodus („*Du darfst niemanden gefährden*“, „*Du musst die Kontaminationsketten unterbrechen, sonst infizierst du deine Mutter mit Tollwut oder HIV und du bist schuld, dass sie in einem langwierigen Todeskampf stirbt*“) und der bestrafende Elternmodus („*Ich darf keine Fehler machen*“), welche hohen inneren Druck erzeugen und zwanghaftes Verhalten fördern.

Dysfunktionale Bewältigungsmodi. Die Patientin verwendet Waschwänge als dysfunktionale Bewältigungsmodi. Diese fungieren entweder als aktiver Selbstberuhiger zur Vermeidung von Angst oder als perfektionistischer Überkontrollierer, ein überkompensatorischer Bewältigungsmodus, der kurzfristige Kontrolle ermöglicht. Bei Überforderung erfolgt ein Übergang in den hoffnungslosen Rückzug im distanzierten Beschützermodus, verbunden mit Gefühlen von Isolation und Hilflosigkeit.

Gesunder Erwachsener (Zielmodus). Ein zentrales therapeutisches Ziel besteht darin, die kritischen Modi zu entmachten sowie den Zugang zu unterdrückter Wut und angemessener Abgrenzung zu fördern, während der Waschwang in seiner Funktion als aktiver Selbstberuhiger durch Konfrontation reduziert werden soll.

2.5.6. Health-Belief-Modell

Die Patientin konnte im Erstgespräch keine klare Erklärung für die Funktionalität ihres Waschwanges geben. Sie nahm ihn als irrational und sinnlos wahr und erläuterte, dass der Zwang sowie die Kontaminationsängste im Gegensatz zu ihrer wissenschaftlich orientierten Denkweise stehen. Ihr persönliches Health-Belief-Modell war der Patientin nicht bewusst, es konnte lediglich aus ihren Schilderungen abgeleitet werden. Sie erklärte, dass der Zwang ihre Entscheidungsfreiheit hinsichtlich ihrer privaten und beruflichen Handlungen beschränke und somit eine tiefgreifende Frustration hervorrufe. Besonders belastend sei für sie, dass sie entgegen ihrer eigentlichen Werte und Überzeugungen handeln müsse, wodurch das Gefühl entstehe, die Kontrolle über ihr Leben zu verlieren. Der Zwang zum Waschen verursacht bei der Patientin erhebliches Leid, da sie die Kontrolle über ihr Verhalten verliert. Die Patientin äußerte außerdem die Auffassung, dass sie kein Glück empfinden könne, solange der Zwang ihr die Verantwortung für ihr Leben entreiße.

2.5.7. Ressourcenanalyse

Die Patientin besitzt zahlreiche Schutzfaktoren. Kognitiv zeichnen sie hohe Reflexionsfähigkeit, schnelle Auffassungsgabe und Selbstwirksamkeit aus, was ihr hilft, therapeutische Interventionen effektiv umzusetzen. Sozial erhält sie emotionale Sicherheit durch starken familiären Zusammenhalt,

insbesondere durch die in den letzten Jahren entstandene vertrauensvolle Beziehung zum Vater und die offene Kommunikation mit ihrer Schwester über ihre Zwangserkrankung. Motivational zeigt sie ausgeprägte Zielstrebigkeit und die Überzeugung, ihren Zwang durch gezielte Verhaltenstherapie verändern zu können. Ihr aktives Streben nach Lösungsstrategien und konkrete Bereitschaft, Verantwortungsübernahme für sich zu erlernen, schützt sie vor erlernter Hilflosigkeit und Resignation.

2.6. Therapieziele

Angesichts des unzureichenden Therapieerfolgs der vorausgegangenen Psychotherapie sowie der komorbiden Persönlichkeitsstörung bei der Patientin mit Zwangsstörung, werden schematherapeutische Elemente in die Verhaltenstherapie integriert. Ziel ist es, tief verwurzelte dysfunktionale Schemata, wie emotionale Deprivation, überhöhte Standards und Bestrafungsorientierung, bei der Patientin nachhaltig zu verändern.

Kategorie	Ziele der Patientin	Ziele der Psychotherapeutin	Gemeinsame Ziele
Kurzfristig	<ul style="list-style-type: none"> - Kontrolle über das eigene Leben zurückgewinnen - Erste Bewältigungsstrategien gegen den Zwang erlernen - Funktionalität des Zwanges verstehen - Emotionale Wahrnehmung verbessern 	<ul style="list-style-type: none"> - Emotionen bewusst wahrnehmen und akzeptieren lernen - Impulskontrolle stärken - Exploration, Exposition vorbereiten 	<p style="text-align: center;">1.</p> <p>Zwangsbelastung reduzieren – Erste Hilfe (Messung Y-BOCS und Lebensbeeinträchtigung durch Zwang)</p>
Mittelfristig	<ul style="list-style-type: none"> - Eigene Wünsche und Bedürfnisse wahrnehmen - Entscheidungen auf Basis eigener Bedürfnisse treffen lernen - Wohlbefinden in der Arbeit verbessern - Funktionalen Umgang mit Unsicherheit lernen 	<ul style="list-style-type: none"> - Funktionsweise des Zwanges analysieren - Exposition mit ERP - Kontrollbedürfnis befriedigen - Dysfunktionale Muster auflösen 	<p style="text-align: center;">2.</p> <p>Stärkung der Selbstverantwortung, des Gesunden Erwachsenen – Zwang entmachten (Messung durch Bedürfnisbefriedigung, vor allem von Kontrolle)</p>
Langfristig	<ul style="list-style-type: none"> - Zwang langfristig überwinden - Berufliche Orientierung finden - Eigenständige Entscheidungen treffen - Gesunden Abstand zu den Eltern erreichen 	<ul style="list-style-type: none"> - Resilienz fördern - Selbststeuerung als gesunder Erwachsener etablieren - Emotionale Abgrenzung stärken 	<p style="text-align: center;">3.</p> <p>Verbesserung der Persönlichkeitsfunktionalität– Mutter entmachten (Diagnostik: ADP-IV, Verlaufsmessung mit YSQ-S3)</p>

Tabelle 1: gemeinsame Therapieziele sowie von Patientin, Therapeutin: nach zeitlicher Erreichbarkeit in kurz-, mittel-, und langfristig geordnet.

Die Therapie verfolgt hier bezüglich des zeitlichen Ablaufs eine klare Struktur entlang kurz-, mittel- und langfristiger Ziele, die sowohl die Anliegen der Patientin als auch die therapeutischen Schwerpunkte vereinen (siehe **Tabelle 1**). **Kurzfristig** steht im Fokus, dass die Patientin Kontrolle über ihr eigenes Leben zurückgewinnt und erste Bewältigungsstrategien gegen den Zwang erlernt. Die funktionale Rolle

des Zwanges soll verständlich gemacht werden, während parallel die Introspektionsfähigkeit und Bedürfniswahrnehmung verbessert wird. Therapeutisch wird dies durch die Förderung emotionaler Akzeptanz, die Stärkung der Impulskontrolle sowie die Vorbereitung auf Expositionsübungen unterstützt. Gemeinsam wird zunächst eine **Reduktion der akuten Zwangsbelastung** angestrebt, was durch standardisierte Erhebungen (Y-BOCS, Lebensbeeinträchtigung) objektiviert wird.

Mittelfristig soll die Patientin ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse besser wahrnehmen und lernen, Entscheidungen auf dieser Grundlage zu treffen. Gleichzeitig wird daran gearbeitet, das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern und einen funktionalen Umgang mit Unsicherheit zu entwickeln. Therapeutisch liegt der Fokus auf der Analyse der Zwangsfunktion, der Regulation des Kontrollbedürfnisses und der Auflösung dysfunktionaler Muster. Das zentrale Ziel auf dieser Ebene ist die **Stärkung der Selbstverantwortung und des „Gesunden Erwachsenen“**, wodurch der Zwang zunehmend an Macht verliert. Der Fortschritt wird anhand der Bedürfnisbefriedigung – insbesondere des Kontrollbedürfnisses – überprüft.

Langfristig wird angestrebt, den Zwang nachhaltig zu überwinden, eine berufliche Orientierung zu finden und eigenständige Entscheidungen zu treffen. Die Patientin soll zudem eine gesunde emotionale Abgrenzung zu ihren Eltern entwickeln. Aus therapeutischer Sicht wird dazu die Resilienz gefördert, die Selbststeuerung gestärkt und die Fähigkeit zur emotionalen Distanzierung vertieft. Das übergeordnete gemeinsame Ziel ist hier eine **Verbesserung der Persönlichkeitsfunktionalität** indem 1) anhaltende tiefverwurzelte schemakonsistente Verhaltensweisen im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung modifiziert und 2) dysfunktionale Beziehungsmuster zur Mutter entmachtet werden. Der Verlauf wird durch Diagnostikverfahren (ADP-IV, YSQ-S3) begleitet und evaluiert.

Fazit

Familiäre Muster und zwanghafte Gedanken sollen disputiert gelernt und langfristig eine selbstbestimmte, von Familie und Zwang unabhängige Haltung entwickelt werden, die auf die eigene Bedürfnisbefriedigung abzielt. Dadurch soll die Patientin mehr Kontrolle über ihr Verhalten gewinnen und Strategien üben wie sie sich auch in emotional herausfordernden Situationen aus dem gesunden Erwachsenen Modus heraus, selbstbestimmt gegen die Zwangsübernahme entscheiden kann, indem sie als gesunde Erwachsene ihren ängstlichen (oder wütenden) Kind-Modus versorgt.

2.7. Prognose

Die formulierten Therapieziele sind realistisch und berücksichtigen sowohl die Symptomatik der Patientin als auch die zugrunde liegenden strukturellen Bedingungen. Aufgrund der bisherigen Therapieresistenz wurde die Behandlung um schematherapeutische Interventionen erweitert, die auf die zugrundeliegenden emotionalen Vermeidungsstrategien abzielen. Basierend auf der Evidenz zur Wirksamkeit von Schematherapie in Kombination mit Exposition und kognitiver Verhaltenstherapie ist die Prognose insgesamt günstig, sofern die Patientin sich aktiv mit den zugrunde liegenden Schemata und Modi auseinandersetzt (Wewetzer & Wewetzer, 2019).

2.8. Therapieplan

Ziel 1: Zwangsbelastung reduzieren – Erste Hilfe

Die Behandlung fokussiert sich auf die schrittweise Reduktion der Zwangssymptomatik durch **verhaltenstherapeutische Interventionen**. Mithilfe des **SORKC-Modells** (Hautzinger, 2021, S. 157–160) werden individuelle Zwangsauslöser und aufrechterhaltende Bedingungen analysiert. In der

Psychoedukation wird vermittelt, dass Zwangshandlungen zwar kurzfristig entlasten, langfristig aber die Symptomatik verstärken (Reinecker, 2009, S. 19; Salkovskis, 1985).

Ein zentraler Bestandteil ist **ERP**, bei der eine **individuelle Zwangshierarchie** erstellt und schrittweise Konfrontationen mit angstauslösenden Reizen durchgeführt werden. Ergänzend helfen **in-sensu-Expositionen**, Worst-Case-Szenarien gedanklich durchzuspielen und die Toleranz gegenüber Unsicherheit zu steigern. **Miniexpositionen im Alltag** fördern eine nachhaltige Integration der Strategien.

Zur **kognitiven Umstrukturierung** werden dysfunktionale Überzeugungen zu Verantwortung, Perfektionismus und Reinlichkeit bearbeitet (Bouchard et al., 1999; Yorulmaz et al., 2006). Der Zwang soll zunehmend als **externer, ich-dystoner Anteil** wahrgenommen werden, wodurch eine **emotionale Distanzierung** vom Drang ermöglicht wird. Mithilfe des **Drang-Surfens** soll die Patientin lernen, zwanghafte Impulse bewusst wahrzunehmen und auszuhalten, ohne ihnen nachzugeben.

Langfristig wird die therapeutische Arbeit auf **biografische Konflikte** in Primärfamilie ausgeweitet, insbesondere auf Selbstwertmuster und emotionale Abhängigkeiten. Ziel ist es, die **Toleranz für Unsicherheit** zu erhöhen, **adaptive Bewältigungsstrategien** zu stärken und die **Zwangssymptomatik nachhaltig zu reduzieren**.

Ziel 2: Stärkung des gesunden Erwachsenen (Selbstverantwortung) – Zwang entmachten

Der Fokus liegt auf der Förderung von **Selbstverantwortung und Autonomie**. Die Patientin soll lernen, nicht nur gegen den Zwang anzukämpfen, sondern ihn als manipulative Instanz zu entlarven. Mithilfe der Methode **"Die Tricks des Zwangs"** (Fricke, 2021, S. 260–262) werden seine Strategien analysiert. Durch das Erkennen des Zwanges als **dysfunktionaler Elternmodus**, der sich im **„Pelz“ des gesunden Erwachsenen** versteckt, kann die Patientin eine **ich-dystone Perspektive** einnehmen und zwanghafte Impulse als gesunde Erwachsene hinterfragen.

Zur Förderung dieser inneren Distanz werden **ACT-Methoden** eingesetzt, insbesondere **Achtsamkeit gegenüber bewertenden Gedanken** und **Stuhldialoge mit dem „Zwangsmonster“** (Pitsch et al., 2024), um zwanghafte Impulse als veränderbare kognitive Muster zu erkennen. Ergänzend unterstützen **gezielte, stärkende Imaginationsübungen** die Entwicklung und Abrufbarkeit eines stabilen inneren Erwachsenenmodus (Faßbinder et al., 2016; Frank-Noyon et al., 2024).

Ein zentraler Bestandteil ist die Durchführung von **Expositionsübungen aus der Perspektive des gesunden Erwachsenen**, um eigenverantwortliche Entscheidungen zu stärken und sich aktiv mit Unsicherheiten auseinanderzusetzen (Fricke et al., 2006; Müller, 2016). Die kognitive Neubewertung von Risikoeinschätzungen wird durch **Worst-Case-Szenarien** gefördert, um Katastrophisierungen zu reduzieren (Linden & Hautzinger, 2011, S. 604).

Zur Stärkung der **Selbstbehauptung** wird schematherapeutisches **„rotes Bein“-Training** eingesetzt, um Grenzen setzen zu üben, Wut zuzulassen und konstruktiv nutzen zu lernen (Frank-Noyon et al., 2024).

Ziel 3: Verbesserung der Persönlichkeitsfunktionalität – Mutter entmachten

Der Fokus liegt auf der **schematherapeutischen Modusarbeit**, um ängstlich-vermeidende und dependente Persönlichkeitsanteile zu reduzieren. Mithilfe einer **Moduslandkarte** in Zwangstriggersituationen lernt die Patientin, automatische Schemaaktivierungen zu erkennen und ihr Kontrollbedürfnis zu hinterfragen. Dysfunktionale Modi wie der **„strafende Elternmodus“** werden

durch **Imaginationsübungen und Modus-Stuhl-Dialoge** entmachtet, während das „ängstliche Kind“ gesehen, geschützt und gestärkt wird (Valente, 2021).

Negative Selbstannahmen („*Ich bin hilflos*“, „*Ich darf keine Fehler machen*“, „*Ich bin zu 100% verantwortlich und schuld wenn meiner Mutter etwas passiert*“) werden durch **kognitive Umstrukturierung wie der Schuldkuchen-Übung** (Förstner et al., 2023, S. 165) und **emotionsaktivierende Techniken** mit dem **inneren Kritiker** bearbeitet (Stromberg & Zickenheiner, 2021). Dies hilft der Patientin, sich von überkritischen inneren Stimmen zu distanzieren und sich selbst unterstützend zu begegnen.

Die **therapeutische Beziehung** dient als **korrigierende Erfahrung**, um Emotionen frei auszudrücken, ohne Angst vor Zurückweisung zu haben (Lammers & Schneider, 2009). Zur Stärkung der **emotionalen Autonomie** werden Strategien zur **Emotionsregulation** vermittelt, um mit Stress und Anspannung konstruktiv umzugehen. Parallel dazu wird die Fähigkeit zum **Grenzen setzen** gefördert, um sich von übermäßigen Verpflichtungen gegenüber der Mutter und anderen Bezugspersonen abzugrenzen (Roediger, 2006; Schilbach et al., 2022). Durch die schrittweise Ablösung von alten/bisherigen dysfunktionalen Beziehungsdynamiken gewinnt die Patientin zunehmend **Selbstbestimmung und Handlungsspielraum**. Dies ermöglicht ihr, soziale Kontakte ohne übermäßige Anpassung und Außenorientierung oder Schuldgefühle zu gestalten und eigene Bedürfnisse klarer zu vertreten.

2.9. Therapieverlauf

2.9.1. Rahmenbedingungen und Schwierigkeiten

Die verhaltenstherapeutische Behandlung der Patientin umfasste bisher 58 Sitzungen über 26 Monate. Die Sitzungsfrequenz variiert zwischen wöchentlichen und zweiwöchentlichen Terminen, wobei äußere und innere Faktoren der Patientin für Unterbrechungen sorgten. Besonders familiäre Krisen wie alkoholbedingte Eskalationen der Mutter und gesundheitliche Probleme der Großmutter führten zu plötzlichem Fernbleiben.

Der Waschzwang beeinflusste den Therapieverlauf erheblich. Die Patientin hielt häufig ihre Hände ineinander verschränkt und erschien oft mit nassen Haaren verursacht durch zwängliches Haarewaschen vor der Sitzung. Körperliche Beschwerden wie Kopfschmerzen oder Regelschmerzen erforderten häufig kurzfristige Umstellungen auf Online-Sitzungen.

Die Rahmenbedingungen verdeutlichen, dass die Zwangserkrankung, was auch das „zwängliche“ Versorgen der Mutter und Oma beinhaltet, wie auch somatische Beschwerden eine zentrale Steuerungsfunktion im Alltag der Patientin hatten und ihre Selbstfürsorge sowie die regelmäßige Teilnahme an der Therapie beeinträchtigten. Die therapeutische Arbeit konzentrierte sich daher auf die Behandlung der Symptomatik und die Förderung eines bewussteren Umgangs mit eigenen Bedürfnissen und Verpflichtungen.

2.9.2. Beziehungsgestaltung

Die therapeutische Beziehung war bewusst sachlich gehalten. Bei Sitzungsabsagen aufgrund von Verstrickungen wurden die Stornierungsregeln strikt angewendet, ohne dass persönliche emotionale Einflüsse der Psychotherapeutin eine Rolle spielten. Der innere Kritiker der Patientin wurde kontinuierlich von der Therapeutin markiert und dessen Aussagen als nicht kompetent disqualifiziert, um der Patientin Distanz zu ihren selbstabwertenden Gedanken zu ermöglichen. Klare Strukturen und Regeln vermittelten Verlässlichkeit, was der Patientin Sicherheit und Stabilität bot. Die Balance zwischen unterstützender Begleitung und Förderung der Autonomie war zentral, um ängstlich-

vermeidende und abhängige Persönlichkeitsanteile zu verringern. Insgesamt wurde die therapeutische Beziehung als korrigierende Erfahrung genutzt, die der Patientin half, sich sicher in ihrer Eigenständigkeit zu fühlen, Gefühle zu zeigen und ihre innere Widerstandskraft zu stärken.

2.9.3. Behandlungsverlauf

Ziel 1: Zwangsbelastung reduzieren – Erste Hilfe

Der systematische Behandlungsverlauf ist in **Abbildung 1** dargestellt. Die Behandlung begann mit einer umfassenden Diagnostik nach dem SORKC-Modell und ausführlicher Psychoedukation (Sitzungen 1–6), wodurch die Patientin erkannte, dass ihre Zwangshandlungen der Emotionsneutralisierung dienen, damit kurzfristige Sicherheit vermitteln, langfristig jedoch ihre Ängste verstärken. Daraus wurde eine individuelle Zwangshierarchie entwickelt (Sitzung 6), die anschließend systematisch durch Exploration und Bewertung von Zwangstriggern in ihrer Wohnung konkretisiert wurde (Sitzungen 8–9). Zusätzlich zu den konkreten Übungen konfrontierte sich die Patientin, regelmäßig in imaginierten Worst-Case-Szenarien mit Kontaminationsketten (*in-sensu*-Expositionen ab Sitzung 11) und lernte dadurch ihre Ängste zu akzeptieren und die Angst vor der Angst abzubauen. Ein wichtiger Fortschritt bestand darin, den Zwang durch einen emotional intensiven Stuhldialog als externen Anteil wahrzunehmen, wodurch die emotionale Distanzierung unterstützt wurde (Sitzung 13).

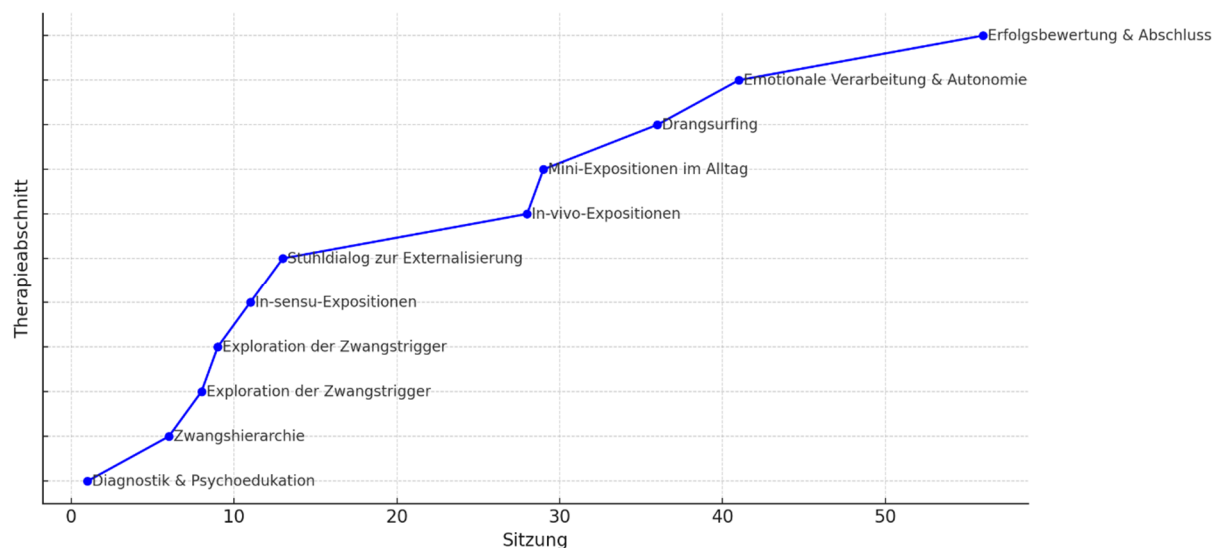


Abbildung 1: Behandlungsverlauf von Ziel 1: Zwangsbelastung reduzieren – Erste Hilfe

Die Abbildung zeigt den zeitlichen Verlauf der Therapie zur Reduktion der Zwangssymptomatik. Beginnend mit Diagnostik und Psychoedukation, wurden schrittweise Expositionsübungen eingeführt, zunächst in der Vorstellung und später in realen Situationen. Mit zunehmender Therapieerfahrung integrierte die Patientin selbstständig weitere Mini-Expositionen in den Alltag, wodurch ihre Fähigkeit zur Impulskontrolle weiter gestärkt wurde. Im späteren Verlauf lag der Fokus auf der emotionalen Verarbeitung tieferliegender Konflikte und der Förderung der Autonomie. Der Therapieprozess führte zu einer signifikanten Reduktion der Zwangssymptome und einer verbesserten Selbstregulation.

In der Folgezeit wurden gezielte Expositionsübungen *in vivo* in ihrer Wohnung (ERP ab Sitzung 28), begleitet von der Therapeutin in Präsenz, eingeführt, bei denen die Patientin lernte, angstbesetzte Situationen, ohne das Ausführen von Waschroutinen auszuhalten, Angst und Drang achtsam über die Zeit mittels Skalierungsfragen (0-100%) zu raten und damit einhergehende Impulse achtsam wahrzunehmen. Unterstützend fanden tägliche Miniexpositionen mit ein bis zwei Kontaminationsobjekten, vor allem Licht- und Waschmaschinenschalter, im Alltag statt (ab Sitzung 29),

um die erlernten Strategien nachhaltig zu festigen. Durch Einführung der Technik des Drang-Surfings (Sitzung 36) verbesserte sich die Fähigkeit, zwanghafte Impulse als vorübergehend wahrzunehmen und auszuhalten. Im späteren Verlauf (ab Sitzung 41) konzentrierte sich die therapeutische Arbeit zunehmend auf die emotionale Verarbeitung tieferliegender Konflikte, insbesondere auf die Ablösung von der Mutterfigur und damit verbundenen Rechtfertigungsimpulsen. Dies führte zu einer signifikanten Verringerung der Zwangssymptomatik: Das Zwangsbeeinträchtigungs-Rating sank, sobald die Patientin die erlernten Werkzeuge gegen den Zwang auch bei ihrer Mutter anwendete, von anfänglich 90% auf 20% (Sitzung 56). Die Patientin berichtete dann von einer deutlich verbesserten Fähigkeit, Angstgefühle ohne zwanghafte Reaktionen tolerieren zu können.

Ziel 2: Stärken des gesunden Erwachsenen (Selbstverantwortung) – Zwang entmachten

In Sitzung 12 wurde der Zwang erstmals durch die Bewusstmachung seiner manipulativen Eigenschaften mithilfe des Wissens über die „Tricks des Zwangs“ nach Fricke, 2021 entmachtet. Ab Sitzung 18 rückte die Stärkung des gesunden Erwachsenen und weitere Entmachtung des Zwanges in den Vordergrund. Der Zwang wurde dabei als dysfunktionaler Elternmodus entlarvt, der nur von seinen Kompetenzen spricht, diese aber nicht hat. Hier half vor allem die ACT-Metapher, dass die Patientin dem Zwang das Lenkrad im gemeinsamen Auto bisher überlassen hat, obwohl er gar keinen Führerschein hat. Der gesunde Erwachsene war bisher am Rücksitz, hatte keinen Überblick was passiert und konnte nicht eingreifen. Der Patientin wurde durch dieses Bild bewusst, dass sie sich selbst in Gefahr bringt, wenn der Zwang ohne Führerschein das Auto fährt. Und es wurde somit unumgänglich sich als gesunde Erwachsene nicht mehr vom Selbstvertrauen des Zwanges blenden zu lassen und ab sofort den Zwang auf den Beifahrersitz zu verbannen um selbst, als Führerscheininhaberin, das Steuer zu übernehmen. Die Patientin lernte die vom Hygienezwang formulierten Risikobewertungen, als übertrieben zu erkennen und als gesunde Erwachsene Infektionsrisiken durch ihr Fachwissen auf dem Gebiet realistischer einzuschätzen. Ein wesentlicher Durchbruch zeigte sich in Sitzung 25, als die Patientin während eines Campingaufenthalts mit ihren Eltern erlebte, dass sie zwanghaften Impulsen widerstehen und ihr Verhalten bewusst kontrollieren konnte.

Ein weiterer Schritt erfolgte in Sitzung 34, in der die Patientin realisierte, dass ihre Ängste nicht verlässlich tatsächliche Risiken abbilden. Durch das Anwenden des Gelernten aus den Worst-Case-Szenarien aus Ziel 1 gelang ihr eine realistischere Einschätzung der schlimmsten Gefahren.

Ab Sitzung 41 übernahm die Patientin zunehmend Verantwortung für Bedürfnisse des Kind-Modus und ihre emotionale Stabilität. Das Konzept des „gesunden Erwachsenen als Filter“ half ihr in Sitzung 53, zwanghafte Gedanken bewusst zu bewerten und selektiv abzulehnen.

Ein entscheidender Meilenstein wurde in Sitzung 56 erreicht, als die Patientin erkannte, dass ihr Zwang stark mit familiären Mustern, verbunden war, und vor allem eine Repräsentanz der Mutter darstellte. Diese Erkenntnis half ihr, Distanz zu ihrem automatisierten Verhalten aufbauen zu wollen und metakognitiv stärkere Autonomie zu gewinnen.

Insgesamt führten diese Schritte (siehe Überblick in **Abbildung 2**) zu einer gestärkten Selbstverantwortung und der nachhaltigen Entmachtung des Zwanges.

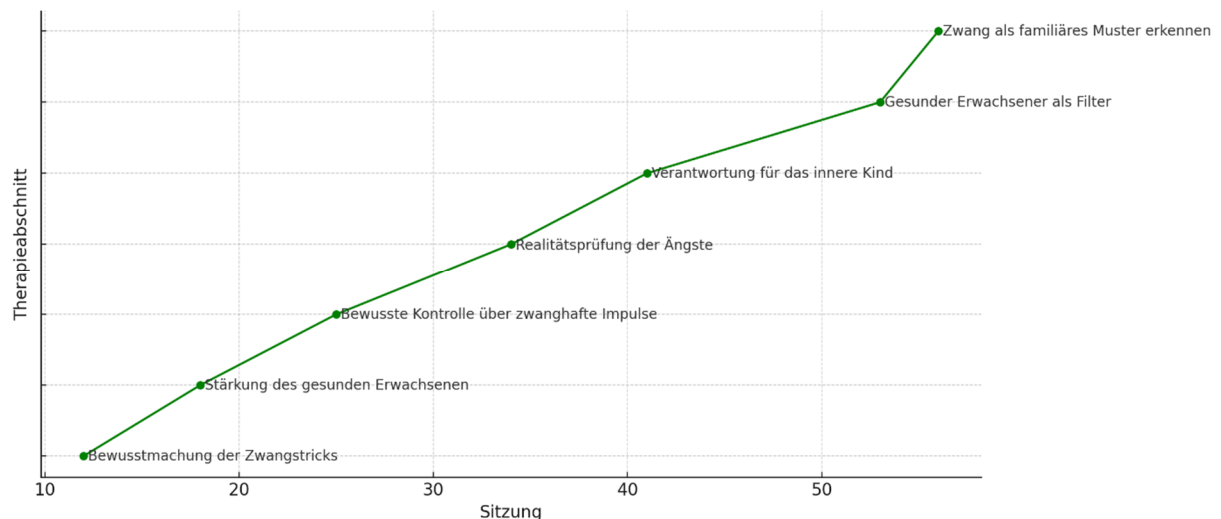


Abbildung 2: Behandlungsverlauf von Ziel 2: Gesunden Erwachsenen stärken – Zwang entmachten

Die Abbildung zeigt den Verlauf der therapeutischen Maßnahmen zur Stärkung des gesunden Erwachsenenmodus. Zu Beginn wurde die manipulative Natur des Zwangs bewusst gemacht, um die Patientin von dessen Einfluss zu distanzieren. In weiteren Sitzungen lernte sie, zwanghafte Impulse kritisch zu hinterfragen und ihre Ängste realistischer zu bewerten. Durch die schrittweise Übernahme von Selbstverantwortung gelang es ihr, sich zunehmend von der Kontrolle durch den Zwang zu lösen. Im späteren Verlauf konnte sie den gesunden Erwachsenenmodus bewusst aktivieren und zwanghafte Gedanken selektiv ablehnen, was schließlich zu einer nachhaltigeren Selbstbestimmung und einer Reduktion der Zwangssymptome führte.

Ziel 3: Verbesserung der Persönlichkeitsfunktionalität - Mutter entmachten

Die Behandlung der Persönlichkeitsstörung und Entmachtung der Mutter musste parallel und alternierend zur Zwangsbehandlung für Ziel 1 und 2 erfolgen, um bei der Patientin genug Veränderungsenergie und Selbstvertrauen für Verhaltensänderungen aufzubauen (siehe **Abbildung 3**).

Frühe Sitzungen (Sitzung 4, 16, 18–19): Die Patientin erkannte ihre emotionale Abhängigkeit von der Mutter sowie ihre Parentifizierungsmuster. Durch eine Schuld Kuchen-Übung zur Einschätzung des Einflusses auf das Trinkverhalten ihrer Mutter wurde ihr bewusst, dass ihr tatsächlicher Einfluss ihre Mutter vom Trinken abhalten zu können nur bei 1,25% lag und nicht bei 100%, wie sie zuvor angenommen hatte. Imaginationsübungen halfen ihr, eine Vorstellung von einem autonomen Selbst zu entwickeln. Ihr aktuelles Verhalten wurde analysiert: ihre fast täglichen Telefonate mit der Mutter, ihre Betreuungsversuche der Mutter sowie ihre wöchentliche Begleitung und Unterstützung der Mutter beim wöchentlichen Putzen, damit sich die Mutter durch ihren Putzzwang nicht selbst überfordert wird und dann zu trinken beginnt.

Selbstermächtigung (Sitzung 22–24, 31): Durch imaginative Techniken lernte die Patientin, sich innerlich von der Mutter zu distanzieren. In Sitzung 23 visualisierte sie in einer Imaginationsübung erstmals eine selbstbestimmte, erwachsene Rolle. Sitzung 31 markierte einen Durchbruch, als sie zum ersten Mal Wut über ihre Verstrickung empfand und diese zum Ausdruck brachte. Sie erkannte, dass ihre Anpassung an die Mutter eine zentrale Quelle ihres Leidens war.

Grenzen setzen und Autonomie stärken (Sitzung 41, 53, 56): Die Patientin begann, ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und sich nicht mehr automatisch den mütterlichen Erwartungen anzupassen. In Sitzung 53 setzte sie erstmals eine klare Grenze in einem Telefonat mit ihrer Mutter, indem sie bewusst aufhörte sich für ihre Entscheidungen und ihr Verhalten bei ihr zu rechtfertigen. In Sitzung 56 reflektierte sie bewusst, dass sie nicht mehr in die Rolle der „Aufpasserin“ ihrer Mutter schlüpfen wollte und musste.

Integration und nachhaltige Veränderung (Sitzung 55–57): Die Erkenntnis, dass ihre Zwangssymptomatik eng mit der emotionalen Kontrolle durch die Mutter verknüpft war, führte zu einem neuen Umgang mit ihren Emotionen. Sie lernte, sich von Schuldgefühlen zu distanzieren und ihre Überverantwortlichkeit zu hinterfragen.

Ergebnisse und Stabilisierung (Sitzung 58): Die Patientin berichtete von zunehmender Eigenständigkeit und Reduktion der Zwangssymptomatik. Ein wichtiger Meilenstein war die eigenständige Aufnahme von Dating-Aktivitäten. Sie konnte soziale Kontakte nach eigenen Bedürfnissen gestalten, ohne von Unsicherheit oder übermäßiger Anpassung geprägt zu sein. Dies markierte einen signifikanten Fortschritt im Abbau ihrer ängstlich-vermeidenden und dependenten Persönlichkeitsmuster.

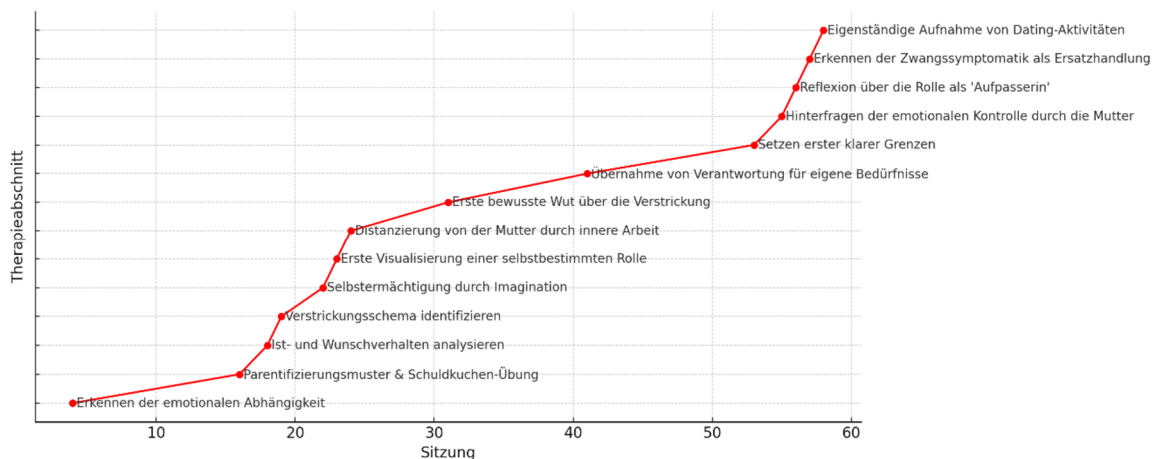


Abbildung 3: Behandlungsverlauf von Ziel 3: Verbesserung der Persönlichkeitsfunktionalität - Mutter entmachten

Die Abbildung zeigt die schrittweise Loslösung der Patientin aus der Verstrickung mit ihrer Mutter und die Entwicklung von Autonomie. Zu Beginn erkannte sie ihre emotionale Abhängigkeit und Parentifizierungsmuster. Durch imaginativ unterstützte Selbstermächtigung lernte sie, sich innerlich von der Mutter zu distanzieren. Mit zunehmender Therapiezeit setzte sie erstmals klare Grenzen und übernahm Verantwortung für ihre eigenen Bedürfnisse. Schließlich gelang es ihr, die zwanghafte Symptomatik als Ersatzhandlung für die emotionale Kontrolle durch die Mutter zu entlarven – ein Mechanismus, mit dem sie unbewusst Sicherheit und Struktur in der Beziehung zu ihr aufrechterhalten hatte. Diese Erkenntnis führte zu einer stärkeren emotionalen Unabhängigkeit, die sich in der eigenständigen Aufnahme von Dating-Aktivitäten widerspiegelte.

2.10. Evaluation des Therapieverlaufs

Evaluation Ziel 1 - Zwangsbelastung reduzieren

Die Evaluation zeigt eine deutliche Reduktion der Zwangssymptomatik über den Therapieverlauf hinweg (siehe **Tabelle 2**). Die objektiven Messwerte belegen, dass sich sowohl die Intensität der Zwangsgedanken als auch die damit verbundenen Handlungen verringert haben. Dies deutet darauf hin, dass die Patientin weniger unter innerem Druck stand und zunehmend in der Lage war, Zwangsimpulse zu kontrollieren und alternative Bewältigungsstrategien zu nutzen (Y-BOCS: schwere zu mittelschwerer/mäßiger Symptomatik, 31/25 → 20/16 Punkte, -35% des Y-BOCS Scores).

Auch das allgemeine Ausmaß der Zwangsbelastung stabilisierte sich auf einem niedrigeren Niveau. Die Messungen belegen, dass sich die Intensität der zwanghaften Impulse und das Erleben von Angst im Zusammenhang mit Zwangshandlungen verringerten, was auf eine zunehmende psychische Entlastung und eine verbesserte Selbststeuerung hinweist (gemessen im Verhaltensdiagnostik-System 90 - VDS-90 (Sulz & Grethe, 2005): Zwang von 2.0 auf 1.5 Punkte, Angst von 1.4 auf 1.1 Punkte).

Besonders bedeutsam ist die Reduktion der subjektiven Lebensbeeinträchtigung. Die Patientin berichtete über eine kontinuierliche Verbesserung ihrer Alltagsbewältigung und eine wachsende

Unabhängigkeit von Zwangshandlungen. Dies zeigt, dass nicht nur einzelne Symptome, sondern die gesamte Lebensqualität maßgeblich verbessert werden konnte. Die schrittweise Reduktion der Belastung deutet auf eine nachhaltige Veränderung hin, die über die reine Symptombehandlung hinausgeht (Lebensbeeinträchtigung: 90/100 → 20/100 Punkte).

Die Zahlen bestätigen, dass Therapieziel 1 weitgehend erreicht wurde. Die Patientin konnte ihre Zwangssymptome nicht nur reduzieren, sondern entwickelte auch langfristig wirksame Strategien zur Regulation von Unsicherheit und Angst, was zu einer stabilen Verbesserung ihrer Lebensführung führte.

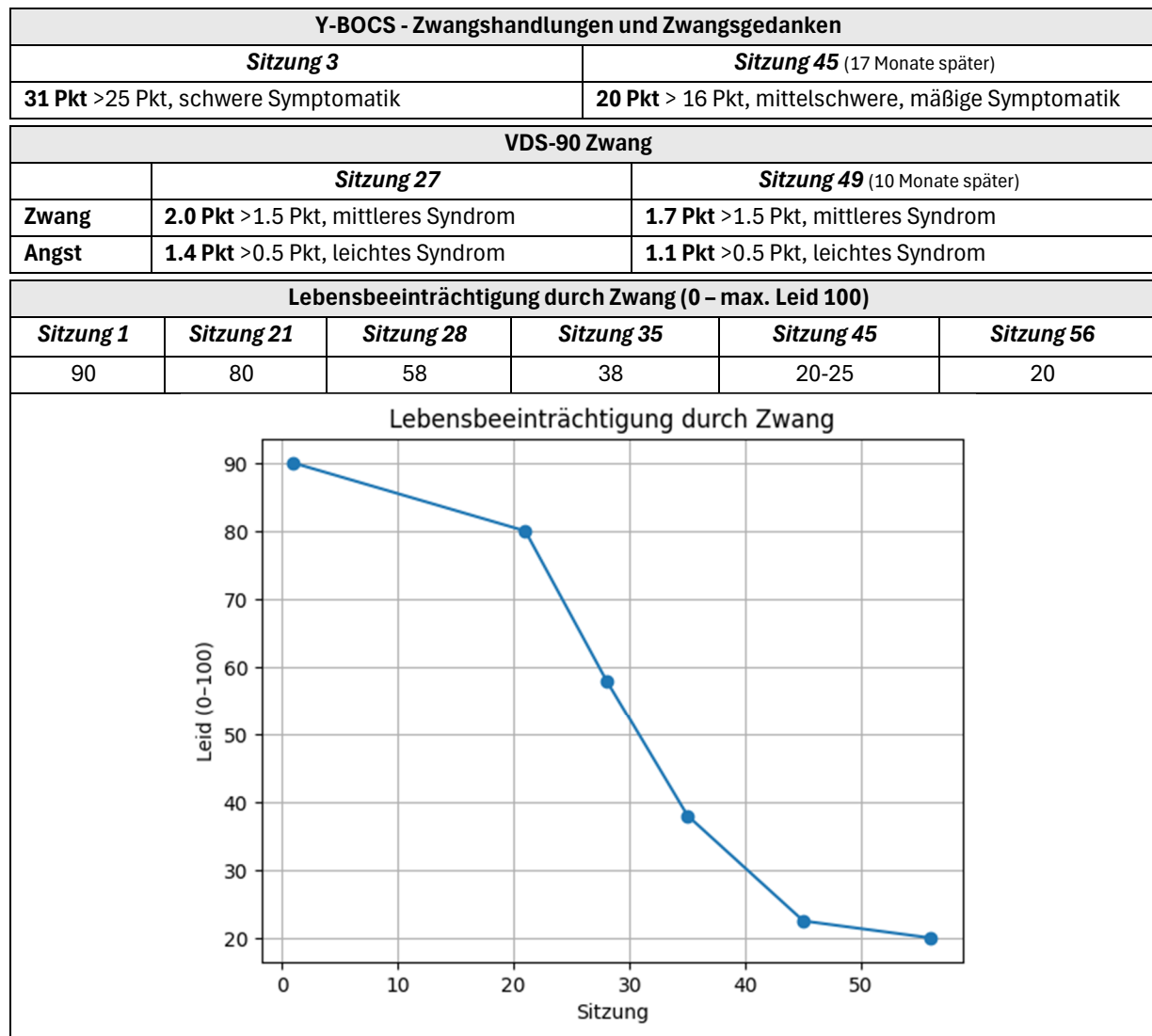


Tabelle 2: Überwachung der Zwangsbelastung im Therapieverlauf

Insgesamt führte der systematische Behandlungsverlauf (siehe **Abbildung 1**) zu einer nachhaltigen Symptomreduktion, verbesserter Emotionsregulation und gesteigerter Autonomie. Die Patientin konnte ihre Zwänge neu bewerten und zunehmend durch gesündere Strategien ersetzen.

Evaluation Ziel 2 - Stärkung des gesunden Erwachsenen – Zwang entmachten

Der **gesunde Erwachsenenmodus** in der Schematherapie zeigt sich daran, dass eine Person ihre **Grundbedürfnisse auf adaptive Weise erfüllt**, emotionale Selbstregulation beherrscht und

eigenverantwortliche Entscheidungen trifft. Die Evaluation zeigt eine deutliche Stärkung des gesunden Erwachsenenmodus der Patientin (siehe **Tabelle 3**), wodurch sie zunehmend Kontrolle über den Zwang gewann und bewusste Entscheidungen gegen Zwangsimpulse treffen konnte (Bedürfnisbefriedigungsskala: Kontrolle von 15 auf 70–80 Punkte). Die Fähigkeit zur Selbststeuerung verbesserte sich kontinuierlich, unterstützt durch therapeutische Interventionen wie Drang-Surfing und innere Selbstberuhigung. Auch die Emotionsregulation entwickelte sich positiv, insbesondere im Umgang mit Angst, die im Therapieverlauf als weniger überwältigend erlebt wurde (Gefühlsintensität: Angst von 90–100 auf 70–80 Punkte).

Die Befriedigung zentraler psychologischer Grundbedürfnisse zeigte eine durchweg positive Entwicklung. Die Bereiche Kontrolle, Bindung, Selbstwerterhöhung und Lustgewinn/Unlustvermeidung konnten im Therapieverlauf gesteigert werden. Besonders auffällig ist der Anstieg der Kontrolle über das eigene Leben (15 → 70–80 Punkte) sowie der Bindungszufriedenheit (80 → 90–100 Punkte). Die Patientin berichtete, dass sie zunehmend in der Lage war, sich emotional auf andere Menschen einzulassen, ohne sich in zwanghaften Verhaltensweisen abzusichern. Auch das Selbstwertgefühl stabilisierte sich, insbesondere durch eine zunehmende emotionale Unabhängigkeit von externer Anerkennung (45 → 50 Punkte). Die verbesserte Bedürfnisbefriedigung zeigt, dass die Patientin ihre Lebensgestaltung zunehmend als selbstbestimmt erlebte.

Eine Ausnahme bildet das Young'sche Grundbedürfnis des Kind-Modus, „gesunde Grenzen spüren“, das im Therapieverlauf zunächst deutlich sank (50 → 17 Punkte in Sitzung 49) und sich erst gegen Ende wieder leicht stabilisierte (30–40 Punkte in Sitzung 56). Dieses Young'sche Grundbedürfnis, „gesunde Grenzen spüren“, bezieht sich darauf, dass Kinder angemessen strukturiert, aber auch in ihren Fähigkeiten gefordert werden. Wenn dieses Bedürfnis unzureichend erfüllt wird, kann es zu Schwierigkeiten in der Regulation von Impulsen und Emotionen kommen, insbesondere im Umgang mit Wut.

Diese Entwicklung steht im Zusammenhang mit der Schwierigkeit der Patientin, sich von übermäßiger Anpassung und Schuldgefühlen zu lösen. Die erarbeitete Kontrolle konnte noch nicht in eine konsequente Selbstbehauptung überführt werden, was sich in Unsicherheiten beim Setzen von Grenzen zeigt.

Die depressive Symptomatik zeigte eine nicht-lineare Entwicklung mit leichten Symptomen in Sitzungen 27 und 49 (VDS-90 Depression: 1.0 bzw. 1.2 Punkte). Dies korrespondierte mit den Schwankungen in der Fähigkeit zur Abgrenzung. Bis Sitzung 56 stabilisierte sich die Depressivität, gemessen an selbstwirksamen Verhalten und Selbstverantwortungsübernahme, wieder, begleitet von erhöhten Bedürfnisbefriedigungsscores sowie der bewussten Umsetzung eines lang gehegten Wunsches der Patientin – der Aufnahme von Dating-Aktivitäten. Dies deutet auf eine gestärkte Selbststeuerung und eine zunehmend stabilere Grundstimmung hin, die über eine rein symptomatische Verbesserung hinausgeht.

Ein zentrales Entwicklungspotenzial bleibt die fehlende Aktivierung der Wut. Während die Patientin in vielen Bereichen Fortschritte erzielte, blieb ihre Fähigkeit, Wut als konstruktive Kraft zur Selbstbehauptung zu nutzen, unverändert (Gefühlsintensität: Wut stabil bei 15–20 Punkten). Aus schematherapeutischer Sicht birgt dies das Risiko, dass erarbeitete Fortschritte in herausfordernden Situationen nicht ausreichend verteidigt werden können. Wut ist eine wesentliche Ressource des gesunden Erwachsenen, um Grenzen zu setzen und sich aktiv für eigene Bedürfnisse einzusetzen. Ohne eine funktionale Integration dieser Emotion besteht die Gefahr, in soziale Anpassungsmuster zurückzufallen, was langfristig die erreichte Selbststeuerung gefährden könnte.

In der weiteren Arbeit sollte daher gezielt an der Aktivierung des „gesunden Ärgers“ gearbeitet werden, um die Selbstbehauptung zu stärken und die langfristige Stabilisierung der erarbeiteten Kontrolle zu gewährleisten.



Tabelle 3: Stärkung des Gesunden Erwachsenen durch Bedürfnisbefriedigung und Emotionsgleichgewicht

Evaluation Ziel 3 - Verbesserung der Persönlichkeitsfunktionalität – Mutter entmachten

Die Therapie hatte das Ziel, die emotionale Verstrickung mit der Mutter zu lösen, eine stärkere Autonomie zu entwickeln und dysfunktionale Schemata wie Abhängigkeit, Unterwerfung und Selbstaufopferung zu reduzieren. Die Ergebnisse zeigen eine deutliche Abnahme maladaptiver Schemata im YSQ-S3 über den Therapieverlauf (siehe **Tabelle 4**), was darauf hindeutet, dass sich die Patientin zunehmend aus festgefahrenen Denk- und Verhaltensmustern lösen konnte (**Gesamtscore: 277 → 200 Punkte**).

1. Fortschritte in Autonomie und Selbstwahrnehmung

Die stärkste Verbesserung zeigte sich in den Bereichen **Trennung und Zurückweisung (-4,4 Punkte)**, **Abgrenzungsprobleme (-4,5 Punkte)**, **Auf Andere gerichtet sein (-7,7 Punkte)** und **Übervorsichtigkeit/Hemmung (-4,8 Punkte)**. Dies spiegelt wider, dass sich die Patientin im Therapieverlauf besser von der Mutter abgrenzen konnte, weniger ängstlich in Beziehungen war und ein selbstbestimmteres Verhalten entwickelte. Besonders markant ist die Reduktion der **Unterwerfungs- (26 → 16 Punkte)** und **Selbstaufopferungsschemata (25 → 17 Punkte)**, raus aus dem klinisch relevanten Bereich von 20 Punkten, was zeigt, dass sie begann, sich von der passiven Anpassung an andere zu distanzieren und eigene Bedürfnisse ernst zu nehmen.

2. Veränderungen in der Emotionsregulation und Grenzsetzung

Die emotionale Abkopplung von der Mutter zeigte erste Fortschritte, blieb jedoch eine Herausforderung (**Verstricktsein mit anderen: 27 → 23 Punkte**). Parallel dazu veränderte sich ihre Wahrnehmung von zwischenmenschlichen Beziehungen: Die Patientin fühlte sich weniger verletztlich und abhängig (**Verlassenheit/Instabilität: 18 → 10 Punkte, Misstrauen/Missbrauch: 13 → 5 Punkte**). Ihre Fähigkeit, gesunde Grenzen zu spüren und zu setzen, zeigte einen schwankenden Verlauf mit einem Tiefpunkt in Sitzung 49 (**Gesunde Grenzen: 50 → 17 Punkte**) (siehe **Tabelle 3**), bevor eine leichte Stabilisierung gegen Therapieende erfolgte (30–40 Punkte). Dies weist darauf hin, dass die Ablösung mit emotionalen Herausforderungen verbunden war, aber schrittweise Fortschritte zu erkennen sind.

3. Überhöhte Standards und Selbstkritik reduzieren

Die Patientin lernte, sich selbst weniger hart zu bewerten, was sich in der Reduktion überkritischer Standards zeigte (**Perfektionismus: 19 → 11 Punkte, Selbstbestrafung: 15 → 12 Punkte**). Ihre emotionale Flexibilität nahm zu, da sie zunehmend in der Lage war, Emotionen bewusst wahrzunehmen und zu regulieren, anstatt sie zu unterdrücken (**Emotionale Hemmung: 13 → 9 Punkte**).

4. Herausforderungen und weiteres Entwicklungspotenzial

Trotz der Fortschritte bleibt die vollständige emotionale Abkopplung von der Mutter eine Herausforderung, ebenso wie die Stabilisierung eigener Grenzen. Besonders die **Beeinträchtigte Autonomie und Leistungsfähigkeit (15 → 14 Punkte)** zeigt, dass weiterhin Unsicherheiten im eigenständigen Handeln bestehen. Zudem fiel auf, dass die Patientin während der intensiven Auseinandersetzung mit der Mutterbindung zeitweise eine leichte Zunahme depressiver Symptome erlebte (**VDS-90 Depression: Sitzung 49: 1.2 Punkte**), bevor gegen Ende der Therapie ein Einsetzen von Stabilisierung beobachtet werden konnte.

		SCHEMATA	Sitzung 21	Sitzung 51
Schema-Domäne	Punktwert des Schemas			
Trennung und Zurückweisung		Schema-Durchschnitt	11,4	7
	Verlassenheit/Instabilität		18,0	10
	Misstrauen/Missbrauch und Misshandlung		13,0	5
	Vernachlässigung/Emotionale Entbehrung		10,0	8
	Minderwertigkeit/Scham-Mangelhaftigkeit/nicht liebenswert		9,0	6
	Sozialer Ausschluss/Isolation/Entfremdung		7,0	6
Beeinträchtigte Autonomie und Leistungsfähigkeit		Schema-Durchschnitt	15,0	14
	Abhängigkeit/Unzulänglichkeit/Praktische Inkompetenz		12,0	13
	Anfälligkeit für Schädigungen oder Krankheiten		12,0	13

	Verstricktsein mit anderen/Unentwickeltes Selbst	27,0	23
	Versagen bei Leistungserbringung	9,0	7
Abgrenzungsprobleme	Schema-Durchschnitt	13,5	9
	Anspruch auf Großartigkeit/Ansprüchlichkeit	11,0	7
	unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin	16,0	11
Auf Andere gerichtet sein	Schema-Durchschnitt	22,7	15
	Unterwerfung	26,0	16
	Aufopferung/Selbstaufopferung	25,0	17
	Streben nach Zustimmung und Anerkennung	17,0	12
Übervorsichtigkeit und Hemmung	Schema-Durchschnitt	16,3	11,5
	Negative Grundhaltung/Pessimismus/Sorgenmachen	18,0	14
	Emotionale Hemmung/Gehemmtheit	13,0	9
	Überhöhte Standards/Überkritisch	19,0	11
	Bestrafend sein/Selbstbestrafung	15,0	12
GESAMTSCORE		277,0	200

Tabelle 4: Reduktion maladaptiver Schemata im YSQ-S3 im Therapieverlauf: Ab 20 Punkten gilt die Maladaptivität eines Schemas als klinisch relevant. Schemata mit klinisch relevanten Werten sind rot unterlegt, eine klinisch relevante Schema-Domäne mit mehr als 20 Punkten hat einen roten Schriftzug.

2.10. Stabilisierung und Rückfallprophylaxe

Im weiteren Therapieverlauf zeigte die Patientin eine zunehmende Stabilisierung im Umgang mit Zwangsimpulsen, Unsicherheit und interpersonellen Verstrickungssituationen. Die bereits erarbeiteten Strategien zur Zwangskontrolle, insbesondere Drang-Surfing, Exposition mit Reaktionsverhinderung und kognitive Distanzierung von Zwangsgedanken, wurden weiter gefestigt und zunehmend eigenständig angewendet. Zwangsimpulse konnten dadurch häufiger als innere Anspannungssignale wahrgenommen werden, ohne unmittelbar in Waschroutine oder andere Sicherheitsverhaltensweisen überzugehen. Die Patientin erlebte, dass Zwangsdrang vorübergehend ansteigt, bei Nicht-Ausführung jedoch wieder abklingt, wodurch ihre Angsttoleranz und ihr Vertrauen in die eigene Selbststeuerung zunahm.

Ein wesentlicher Stabilisierungsschritt bestand darin, dass die Patientin die zuvor vorrangig auf die Zwangssymptomatik bezogenen Bewältigungsstrategien auf zwischenmenschliche Verstrickungssituationen, insbesondere mit der Mutter, übertragen konnte. Im Verlauf der Sitzungen 55–57 wurde nochmals deutlich, dass die Zwangssymptomatik eng mit emotionaler Kontrolle, Schuldgefühlen und Überverantwortlichkeit gegenüber der Mutter verknüpft war. Die Patientin lernte, Schuldgefühle als reaktivierte Bindungs- und Verantwortungsgefühle einzuordnen und nicht mehr automatisch als Handlungsauftrag zu verstehen. Dadurch konnte sie zunehmend zwischen realer Verantwortung und zwanghaft-verstrickter Verantwortungsübernahme unterscheiden.

In den späteren Sitzungen wurde diese Entwicklung weiter konsolidiert. Die Patientin berichtete über mehr Eigenständigkeit, eine Reduktion der Zwangssymptomatik und die eigenständige Aufnahme von Dating-Aktivitäten. Dies war therapeutisch bedeutsam, da sie soziale Kontakte zunehmend nach eigenen Bedürfnissen gestalten konnte, ohne sich ausschließlich an Unsicherheit, Anpassungsdruck oder antizipierter Bewertung durch andere zu orientieren. Damit zeigte sich eine über die reine Symptomreduktion hinausgehende Verbesserung der Autonomie und der Persönlichkeitsfunktionalität.

Für die Rückfallprophylaxe wurden zentrale Risikosituationen gemeinsam herausgearbeitet. Dazu zählen insbesondere Situationen mit erhöhtem Kontakt zur Mutter, Schuld- und

Verantwortungsgefühle, depressive Belastungsphasen, Einsamkeit, Überforderung sowie interpersonelle Unsicherheit in neuen Beziehungen oder Dating-Situationen. Als Frühwarnzeichen wurden eine Zunahme von Rechtfertigungsimpulsen, gedankliches Kreisen um die Befindlichkeit der Mutter, verstärkte Kontroll- oder Waschimpulse, Rückzug, Selbstabwertung und der Wunsch nach rascher Spannungsreduktion durch Sicherheitsverhalten identifiziert. Die Patientin wurde angeleitet, diese Frühwarnzeichen nicht als Scheitern, sondern als Hinweis auf einen erhöhten Bedarf an Selbstfürsorge, Abgrenzung und erneuter Anwendung der erlernten Strategien zu bewerten.

Das rückfallprophylaktische Vorgehen umfasst mehrere konkrete Schritte: Erstens soll die Patientin bei erneutem Zwangsdrang zunächst Drang-Surfing einsetzen und die Ausführung von Ritualen zeitlich verzögern. Zweitens soll sie Expositionen mit Reaktionsverhinderung weiterhin im Alltag durchführen, insbesondere bei Kontaminationsängsten und Waschimpulsen. Drittens soll sie bei Schuldgefühlen gegenüber der Mutter eine kognitive Prüfung vornehmen, ob tatsächlich eigene Verantwortung besteht oder ob ein altes Muster von Parentifizierung und emotionaler Verstrickung aktiviert wurde sowie Defusion nützen, um diese Emotionsaktivierungen durch Glaubenssätze und auch Zwangsimpulse unterbrechen zu können. Viertens soll sie in belastenden Kontaktsituationen mit der Mutter auf vorbereitete Grenzsätze zurückgreifen, Telefonate zeitlich begrenzen und nicht unmittelbar auf Rechtfertigungsdruck reagieren. Fünftens soll sie soziale und aktivierende Ressourcen wie eigenständige Freizeitgestaltung, Dating, berufliche Orientierung und unterstützende Kontakte bewusst aufrechterhalten, um Autonomie nicht nur kognitiv, sondern auch handlungsbezogen zu stabilisieren.

Da weiterhin Entwicklungspotenzial hinsichtlich der vollständigen emotionalen Abkopplung von der Mutter und der Stabilisierung eigener Grenzen bestand, wurde als Nachbetreuungskonzept eine ausschleichende therapeutische Begleitung mit größeren Sitzungsabständen vorgesehen. In diesen Stabilisierungssitzungen sollen Rückfälle von einzelnen Vorfällen unterschieden gewertet werden oder Symptomzunahmen nicht als Misserfolg, sondern als Übungssituationen analysiert werden. Geplant ist, belastende Alltagssituationen anhand des erarbeiteten Störungsmodells nachzubesprechen, Frühwarnzeichen zu überprüfen, Expositionsübungen gegebenenfalls zu reaktivieren und die Abgrenzung gegenüber der Mutter weiter zu festigen. Eine Katamnese bzw. Verlaufskontrolle soll insbesondere die Stabilität der Zwangsreduktion, das Kontrollerleben, den Umgang mit Schuldgefühlen, die Fähigkeit zur Grenzsetzung sowie die Aufrechterhaltung autonomer sozialer Aktivitäten erfassen.

Insgesamt zeigte die Patientin gegen Ende des dokumentierten Behandlungsabschnitts eine deutliche Zunahme an Selbststeuerung und Autonomie. Die Zwangsbelastung sank von ursprünglich etwa 90 % auf etwa 20 %, während ihr subjektives Kontrollerleben von 15 auf 70–80 Punkte anstieg. Diese Veränderung wurde nicht nur durch Symptommanagement erreicht, sondern durch die Integration von Exposition, Drang-Surfing, kognitiver Umstrukturierung, emotionaler Abgrenzung, Defusionstechniken und bewusster Konfrontation mit Unsicherheit. Die Rückfallprophylaxe zielt daher darauf ab, diese Kompetenzen in vorhersehbaren Risikosituationen aktiv verfügbar zu halten und die erreichte Stabilisierung langfristig in Alltag, Beziehungen und Autonomieentwicklung zu sichern.

2.11. Katamnese

Da die Therapie noch nicht abgeschlossen ist, wurde noch kein Katamnese Termin vereinbart.

2.12. Diskussion

Fallspezifisch

Der vorliegende Fallbericht beschreibt die erfolgreiche Behandlung einer komplexen Zwangsstörung mit komorbiden Persönlichkeitsanteilen, bei der der Zwang nicht nur als isoliertes Symptom, sondern als funktionales Element in einem dysfunktionalen Bindungsmuster betrachtet werden musste. Die Besonderheit dieses Falles liegt in der engen Verstrickung der Zwangssymptomatik mit frühen Bindungsmustern, insbesondere der Beziehung zur Mutter.

Die Kontaminationszwangsgedanken und daraus resultierenden Waschwangshandlungen dienten der Patientin als Mechanismus zur Bewältigung von Angst, Ekel, Scham und Schuldgefühlen, die im Zusammenhang mit ihrer Ablösung von den Eltern und dem Eingehen eigener Wege entstanden. Bemerkenswert ist, dass die Zwangssymptomatik in Lebensphasen auftrat, in denen die Patientin konkrete Schritte in Richtung Eigenständigkeit unternahm - während der Masterarbeit und zu Beginn ihrer ersten Arbeitsstelle. Dies deutet darauf hin, dass der Zwang eine zentrale Funktion im Ablösungsprozess von den Eltern einnahm.

Ein entscheidender therapeutischer Fortschritt wurde durch die Kombination von ERP verstärkt mit ACT-Methoden und dem gleichzeitigen Einflechten von schematherapeutischen Interventionen jeweils während dieser Expositionsübungen erreicht: So konnte die Patientin durch das ACT-basierte "Drang-Surfing" lernen, ihre Zwangsimpulse wahrzunehmen, ohne ihnen nachzugeben, wodurch ihre Selbstkontrollfähigkeit gestärkt wurde. Die intensive Expositionsübung in Sitzung 28 stellte einen bedeutenden Wendepunkt dar, da die Patientin hier die Erfahrung machte, dass sie sich ihren stärksten Ängsten stellen konnte, ohne dass die befürchteten katastrophalen Folgen eintraten.

Während der *in vivo* Exposition führte die Patientin einmalig, 155 Minuten nach Beginn der Exposition und 65 Minuten nach dem Verlassen der Psychotherapeutin aus der Wohnung der Patientin, ein Handwaschverhalten durch. Dies geschah zu einem Zeitpunkt einer stark steigenden Angst von 22 auf 50/100, und ihr Dranggefühl stieg gleichzeitig von in der Exposition von 20-30 auf 50/100. Die Patientin wusch gemäß ihrem Handwaschritual einmalig die Hände für etwa eine Minute. Trotz verbleibendem Drang von 15/100 konnte sie weiteren Waschroutinewiederholungen widerstehen. Ihre Angst sank nach einmaligem Händewaschen von 50/100 auf 0/100. Danach blieb die Angst den ganzen Abend zwischen 0 und 15. Die Patientin verspürte 1 Stunde und 15 Minuten nach der Waschhandlung erneut einen Waschdrang, dem sie jedoch nicht nachging. Bis zum Zubettgehen gab es keinen weiteren Waschvorfall mehr. Somit wusch sich die Patientin innerhalb von 6 Stunden trotz 1,5 Stunden kontinuierlichem Berühren von Kontaminationstriggern nur einmal die Hände. Dieses nach 2.6 Expositionsstunden entgegen dem Expositionsplan doch einmalig durchgeführte Waschverhalten, für das sich die Patientin aufs Schärfste verurteilte, musste hier durch die Therapeutin in der Nachbesprechung normalisiert werden, und der Perfektionsanspruch der Patientin als Schemaaktivierung entlarvt werden, um den inneren Kritiker der Patientin zu entmachten. Erst danach konnte die Patientin stolz über das Geschaffte und ihre Stärke gegenüber dem Zwang sein.

Die Therapie beinhaltete im Kern die Förderung von Selbstmanagement-Fähigkeiten: Die Patientin lernte, ihre Zwangsimpulse zu erkennen, alternative Strategien zu entwickeln und zunehmend Verantwortung für ihre emotionale Regulation zu übernehmen. Der therapeutische Prozess ermöglichte es ihr, den Zwang als "ich-dyston" zu identifizieren und von ihrer gesunden Erwachsenenidentität zu trennen. Die Metapher des "Zwangsmonsters ohne Führerschein", das auf den Beifahrersitz verbannt wurde, während die Patientin selbst das Steuer übernahm, erwies sich als besonders hilfreich.

Nicht vollständig befriedigend erscheint die Entwicklung in Bezug auf die Fähigkeit der Patientin, konstruktive Wut als gesunde, grenzsetzende Emotion zu erleben. Hier zeigte sich, dass, trotz deutlicher Fortschritte in der Angstregulation, die Transformation tief verwurzelter emotionaler Muster mehr Zeit

benötigt. Im Nachhinein betrachtet wäre möglicherweise eine noch intensivere Fokussierung auf das Emotionserleben und die Emotionsregulation, insbesondere im Umgang mit Wut, sinnvoll gewesen.

Allgemein

Auch wenn Schlussfolgerungen aus einem einzelnen Fallbeispiel nur mit Vorsicht gezogen werden sollten, regt der vorliegende Fall einige wichtige Überlegungen an:

Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung integrativer Behandlungsansätze bei Zwangsstörungen mit komorbiden Persönlichkeitsstrukturen. Die alleinige Anwendung klassischer verhaltenstherapeutischer Expositionstechniken erwies sich als unzureichend, solange die zugrundeliegenden emotionalen und bindungsbezogenen Muster nicht adressiert wurden. Die Kombination aus symptomorientierter Exposition und schematherapeutischer Arbeit ermöglichte sowohl eine direkte Symptomreduktion als auch eine tiefgehende Persönlichkeitsentwicklung, durch das direkte Ansprechen und Begrenzen von dysfunktionalen Elternmodi auch in Expositionssituationen.

Besonders bemerkenswert ist die Erkenntnis, dass der Zwang eine Funktion als Übergangsobjekt erfüllte und unbewusst die Verbindung zur Mutter aufrechterhielt. Dies verdeutlicht, wie wichtig es ist, Zwangssymptome nicht isoliert zu betrachten, sondern ihre Funktionalität im gesamten psychischen System zu verstehen. Die Patientin selbst nutzte den Zwang strategisch als Trainingsfeld für Abgrenzungstools, bevor sie sich direkt mit der Beziehung zur Mutter auseinandersetzte – ein Vorgehen, das ihre Autonomieentwicklung unterstützte.

Der Fall zeigt zudem die Bedeutung einer flexiblen therapeutischen Herangehensweise. Die Patientin hatte in einer vorherigen Therapie hauptsächlich über ihre Beziehung zur Mutter gesprochen, ohne den Zwang spezifisch zu behandeln, was sie als unbefriedigend empfand. Ihr expliziter Wunsch nach konkreten verhaltenstherapeutischen Übungen wurde aufgegriffen, wobei sich im Verlauf zeigte, dass die Bearbeitung der Mutter-Beziehung dennoch unverzichtbar war – allerdings auf einem indirekteren Weg über die Zwangsbearbeitung.

Die Entwicklung der Patientin unterstreicht die Notwendigkeit, bei der Behandlung von Zwangsstörungen über die reine Symptomreduktion hinauszugehen, wenn eine enge Verbindung zwischen Zwang und frühen Bindungsmustern besteht. Die zeitweise Verschlechterung der Fähigkeit, gesunde Grenzen zu spüren und zu setzen, sowie der Anstieg depressiver Symptome während des Ablösungsprozesses verdeutlichen, dass therapeutische Veränderungen nicht linear verlaufen und vorübergehende Verschlechterungen Teil des Heilungsprozesses sein können.

Zukünftige Behandlungsmodelle für Zwangsstörungen mit komorbiden Persönlichkeitsanteilen könnten von einer systematischen methodischen Verzahnung verhaltenstherapeutischer und schematherapeutischer Ansätze profitieren. Dies würde eine präzisere Adressierung sowohl der symptomatischen als auch der tieferliegenden persönlichkeitsbezogenen Aspekte ermöglichen und könnte zu einer verbesserten langfristigen Stabilität der Behandlungsergebnisse bei ansonsten Non-Respondern führen.

3. Literatur

- Ambühl, H., & Meier, B. (2003). *Zwänge verstehen und behandeln: Ein kognitiv-verhaltenstherapeutischer Zugang*. Klett-Cotta. <https://www.klett-cotta.de/produkt/hansruedi-ambuehl-zwaenge-verstehen-und-behandeln-9783608892215-t-2658>
- Blum, K., Bowirrat, A., Elman, I., Baron, D., Thanos, P. K., Gold, M., Hanna, C., Makale, M., Sunder, K. R., Jafari, N., Zeine, F., Murphy, K. T., Makale, M., & Badgaiyan, R. (2023). Evidence for the DRD2 Gene as a Determinant of Reward Deficiency Syndrome (RDS). *Clinical and Experimental Psychology*.
- Bobes, J., González, M. P., Bascarán, M. T., Arango, C., Sáiz, P. A., & Bousono, M. (2001). Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European psychiatry*, *16*(4), 239–245.
- Bouchard, C., Rhéaume, J., & Ladouceur, R. (1999). Responsibility and perfectionism in OCD: An experimental study. *Behaviour Research and Therapy*, *37*(3), 239–248.
- Cooper, J. E. (2012). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: 6. Auflage*. Hogrefe.
- Denys, D., Tenney, N., van Megen, H. J. G. M., de Geus, F., & Westenberg, H. G. M. (2004). Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, *80*(2–3), 155–162. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(03\)00056-9](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(03)00056-9)
- Diedrich, A., & Voderholzer, U. (2015). Obsessive-compulsive personality disorder: a current review. *Current Psychiatry Reports*, *17*(2), 2. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0547-8>
- Doering, S., Renn, D., Höfer, S., Rumpold, G., Smrekar, U., Janecke, N., Schatz, D. S., Schotte, C., DeDoncker, D., & Schüßler, G. (2007). Validierung der deutschen Version des Fragebogens zur Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, *53*(2), 111–128.
- Ecker, W. (2001). *Verhaltenstherapie bei Zwängen: Grundlagen und Praxis*. Pabst.
- Ecker, W., & Dehmlow, A. (1996). Zur prognostischen Bedeutung komorbider Persönlichkeitsstörungen in der stationären Verhaltenstherapie von Zwängen. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, *17*(9).
- Faßbinder, E., Schweiger, U., & Jacob, G. (2016). *Therapie-Tools Schematherapie*.
- Förstner, U., Külz, A. K., & Voderholzer, U. (2023). *ZWANGSSTÖRUNGEN ERFOLGREICH BEHANDELN ein Fallorientiertes Therapiemanual* (2. Auflage). Kohlhammer Verlag.
- Frank-Noyon, E., Hinrichs, J., Reusch, Y., Roediger, E., Schuchardt, J., & Valente, M. (2024). Praxisbuch Schematherapie: Umgang mit dysfunktionalen Bewältigungsmodi und Aufbau des Gesunden Erwachsenenmodus. In *Praxisbuch Schematherapie: Umgang mit dysfunktionalen Bewältigungsmodi und Aufbau des Gesunden Erwachsenenmodus*. W. Kohlhammer GmbH. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-042354-1>
- Fricke, S. (2021). *Therapie-Tools Zwangsstörungen* (2. Auflage). Beltz Psychologie Verlags Union.
- Fricke, S., Rufer, M., & Hand, I. (2006). *Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen: fallbasierte Therapiekonzepte*. 230.
- Gatterer, G. (2022). *Praxis Verhaltenstherapie - Methoden und Anwendungsbeispiele* (G. Gatterer, Hrsg.). Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-64970-1>
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie* (1. Auflage). Hogrefe.
- Hasani, P. A. M., Mokhtaree, M., Nazer, M., & Mirzaei, M. R. (2021). Frequency of Obsessive-Compulsive Disorder and Its Patterns in Families of Children with OCD in Rafsanjan, 2016. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, *15*(3). <https://doi.org/10.5812/IJPBS.77176>
- Hautzinger, M. (2021). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen: Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial* (8. Auflage). Beltz.
- Heinz, A. (1999). Serotonerge Dysfunktion als Folge sozialer Isolation Bedeutung für die Entstehung von Aggression und Alkoholabhängigkeit. *Der Nervenarzt*, *70*(9), 780–789. <https://doi.org/10.1007/S001150050512>
- Khosravani, V., Samimi Ardestani, M., Sharifi Bastan, F., & Kamali, Z. (2017). The relationship between alexithymia and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *14*, 127–133. <https://doi.org/10.1016/J.JOCD.2017.04.001>

- Lammers, C. H., & Schneider, W. (2009). Die therapeutische Beziehung: Verfahrensübergreifende Aspekte. *Psychotherapeut*, 54(6), 469–485. <https://doi.org/10.1007/S00278-009-0701-7/METRICS>
- Law, C., Kamarsu, S., Obisie-Orlu, I. C., Belli, G. M., Mancebo, M., Eisen, J., Rasmussen, S., & Boisseau, C. L. (2023). Personality traits as predictors of OCD remission: A longitudinal study. *Journal of affective disorders*, 320, 196–200. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2022.09.121>
- Linden, M., & Hautzinger, M. (2011). *Verhaltenstherapiemanual* (7. Auflage). Springer-Verlag.
- Maina, G., Albert, U., Salvi, V., Pessina, E., & Bogetto, F. (2008). Early-onset obsessive–compulsive disorder and personality disorders in adulthood. *Psychiatry Research*, 158(2), 217–225. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2006.08.003>
- Müller, T. (2016). Bei Zwangsstörungen darf Exposition nicht zu kurz kommen. *DNP-Der Neurologe und Psychiater*, 17(5), 11–12.
- Nicolini, H., Cruz, C., Camarena, B., Orozco, B., Kennedy, J., King, N., Weissbecker, K., Fuente, J. R. de la, & Sidenberg, D. (1996). DRD2, DRD3 and 5HT2A receptor genes polymorphisms in obsessive-compulsive disorder. *Molecular Psychiatry*.
- Pitsch, K., Schiele, M., & Tobias, F. (2024). *Akzeptanz- und Commitmenttherapie bei Zwangsstörungen*. BELTZ.
- Pittenger, C., Bloch, M. H., & Williams, K. (2011). Glutamate abnormalities in obsessive compulsive disorder: neurobiology, pathophysiology, and treatment. *Pharmacology & therapeutics*, 132(3), 314–332. <https://doi.org/10.1016/J.PHARMTHERA.2011.09.006>
- Reinecker, H. (2009). *Zwangshandlungen und Zwangsgedanken* (Bd. 38). Hogrefe Verlag GmbH & Company KG. <https://books.google.at/books?id=0JmbEAAAQBAJ>
- Roediger, E. (2006). Grundlagen der Schematherapie nach Jeffry Young-Schemaentstehung, Fallkonzeption, Therapeutenverhalten-eine Einführung. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 27 (2), 189–205.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, 23(5), 571–583. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(85\)90105-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90105-6)
- Schiepek, G., Karch, S., Tominschek, I., & Pogarell, O. (2012). Neurobiologische Korrelate der Psychotherapie von Zwangsstörungen. *Psychotherapeut (Berlin)*, 57(3), 234–240. <https://doi.org/10.1007/S00278-012-0904-1>
- Schilbach, Leonhard., Bartholomäus, M., Böhm, J., Buchholz, F., Parpart, H., & Alban, L. (2022). *Kompetenzorientiertes Manual zur Behandlung von Störungen der sozialen Interaktion*. Elsevier Health Sciences.
- Stromberg, C., & Zickenheiner, K. (2021). *Emotionale Regulation bei psychischen Störungen*. *Psychotherapie: Praxis*. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-63469-1>
- Sulz, S. K. D., & Grethe, C. (2005). Die VDS90-Symptomliste–eine Alternative zur SCL90-R für die ambulante Psychotherapie-Praxis und das interne Qualitätsmanagement. *Psychotherapie, CIP-Medien, München, Bd. 10, Heft 1(10)*, 38–48.
- Valente, M. (2021). *SCHEMATHERAPIE: ein Leitfaden für die Praxis*. Kohlhammer Verlag.
- Vulink, N. C. C., Denys, D., Bus, L., & Westenberg, H. G. M. (2006). Female hormones affect symptom severity in obsessive–compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 21(3), 171–175. <https://doi.org/10.1097/01.YIC.0000199454.62423.99>
- Wewetzer, G., & Wewetzer, C. (2019). *Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen*.
- Yorulmaz, O., Karanci, A. N., & Tekok-Kılıç, A. (2006). What are the roles of perfectionism and responsibility in checking and cleaning compulsions? *Journal of anxiety disorders*, 20(3), 312–327.
- Young, J. E., & Brown, G. (2005). Young Schema Questionnaire-Short Form; Version 3. In *PsycTESTS Dataset*. <https://doi.org/10.1037/t67023-000>

4. Supplements

Figure S1. Patientenspezifische Moduslandkarte der Patientin PP012 (modifiziert nach Roediger, 2006). Die Abbildung stellt die identifizierten Schemamodi im schematherapeutischen Rahmenmodell dar, gegliedert nach vier Modusklassen: *Integrierte Modi* (gesunder Erwachsenenmodus und glückliches Kind, oberer Bereich), *basale emotionale Reaktionsmodi* (Kindmodi, mittlerer Bereich links), *aktivierte Bewertungsmodi* (dysfunktionale Elternmodi, mittlerer Bereich rechts) sowie *maladaptive Bewältigungsmodi* (unterer Bereich). Im oberen Bereich wird zusätzlich der Therapieverlauf abgebildet: *blaugrau/kursiv* kennzeichnet den zu Therapiebeginn verfügbaren Zugang zu integrierten Modi; *grün/regular* kennzeichnet die im Therapieverlauf erarbeiteten Entwicklungsschritte mit Bezug auf Sitzungsnummern und standardisierte Messwerte. Die horizontalen Achsen repräsentieren die Dimensionen Bindung (links) und Selbstbehauptung (rechts); die vertikale Achse bildet den Grad der funktionalen Integration ab (funktional/integriert vs. maladaptiv/desintegriert).

Integrierte Modi (gesunder Erwachsenenmodus und glückliches Kind)

funktional / integriert
maladaptiv / desintegriert

<p>Einordnen / Kooperieren Therapiebeginn: Krankheitseinsicht; hohe Reflexionsfähigkeit Bindung zu Vater & Schwester → Therapieverlauf: Bindung 80→90-100 Pkte. Offen auf andere einlassen ohne Zwang als Absicherung</p>	<p>Zurückhalten / Abgrenzen Therapiebeginn: Kaum verfügbar; Wut unterdrückt (15/100) Keine Grenzen zur Mutter → Therapieverlauf: Wut ausgedrückt (Sitzg. 31) Grenze gg. Mutter (Sitzg. 53) Unterwerfung 26→16 Pkte.</p>	<p>Selbstfürsorge / Beruhigung Therapiebeginn: Zwang blockiert Entspannung Kein Raum für Freude Lustgewinn 20/100 → Therapieverlauf: Jobwechsel eigenständig Dating aufgenommen Lustgewinn 20→40-50 Pkte.</p>	<p>Beharrlichkeit / Fordern Therapiebeginn: In Beziehungen kaum verfügbar Zielstrebigkeit in Therapie → Therapieverlauf: Eigenständige Entscheidungen Kontrolle 15→70-80 Pkte. Wut: noch Entwicklungspotenzial</p>
--	---	--	--

Basale emotionale Reaktion (Kindmodi)

Aktivierte Bewertungen (innere Kritiker)

<p>Verletzbares Kind (Angst ----- Trauer -----)</p> <p>Verletzbares Kind: Angst, Hilflosigkeit, Verlassenheit „Ich schaffe es nicht allein.“</p> <p style="text-align: center;">Bindung</p>	<p>Wütendes Kind (Genervt-sein --- Ärger)</p> <p>Wütendes Kind (unterdrückt): Genervt-sein, Ärger „Warum bin ich immer verantwortlich?“</p> <p style="text-align: center;">Selbstbehauptung</p>
---	--

<p>(innengerichtet)</p> <p>Fordernder Elternmodus (innen): „Du musst alles unter Kontrolle haben.“</p>	<p>(außengerichtet)</p> <p>Bestrafender Elternmodus (außen): „Wenn du nicht wächst, gefährdest du andere.“</p>
--	--

Inkonsistenz--Spannung

Bewältigungsmodi (und soziale Emotionen)

<p>Unterordnung / Aufopferung (Unterwerfung)</p> <p>Übernahme der Mutterrolle in der Herkunftsfamilie; chronische Erschöpfung</p>	<p>Passive Gefühlsvermeidung (Erstarrung)</p> <p>Distanzierter Beschützer - sozialer Rückzug, emotionale Taubheit, Vermeidung</p>	<p>Aktive Selbstberuhigung (Flucht)</p> <p>Waschzwang (F42.1), Grübeln, ritualisiertes Reinigen zur Angstreduktion</p>	<p>Überkompensation / Dominanz (Kampf)</p> <p>Perfektionistischer Überkontrollierer - rigide Kontrolle der Umgebung</p>
---	---	--	---

Sich anpassen/ submissiv ← Kontakt vermeidend → Andere verändern / dominant