

ZWANGHAFTE (ANANKASTISCHE) PERSÖNLICHKEIT: DIAGNOSTIK UND ÄTIOLOGIE

PETER FIEDLER

Universität Heidelberg

ZUSAMMENFASSUNG: In dieser Arbeit wird auf aktuelle Entwicklungen in der Diagnostik und auf aktuelle Ätiologie-Überlegungen zur zwanghaften Persönlichkeitsstörung eingegangen. Einleitend dazu werden aktuelle Veränderungen von der ICD-10 hin zur ICD-11 dargestellt. Denn in der Neuauflage wird es keine kategoriale Diagnose einer zwanghaft-anankastischen Persönlichkeitsstörung mehr geben. Andererseits kann die zwanghaftigkeit einer Person als Trait im Rahmen einer transdiagnostisch einsetzbaren Persönlichkeits-Domain zur Diagnose einer Persönlichkeitsstörung neben anderen Domains herangezogen werden. Insgesamt unterscheidet sich die Zwanghaftigkeit der Trait-Domain kaum von den bisherigen Merkmalen, wie sie den Kriterien der kategorialen Störungsdiagnose zugrunde lagen.

SCHLÜSSELWÖRTER: zwanghafte Persönlichkeitsstörung, DSM-5-Diagnostik, ICD-11-Diagnostik, Ätiologie

OBSESSIVE-COMPULSIVE PERSONALITY DISORDER: DIAGNOSTIC AND ETIOLOGY

ABSTRACT: This review provides an overview on the diagnostic and etiology of obsessive-compulsive personality disorder (OCPD), introducing current changes from the ICD-10 diagnostic to ICD-11. In the ICD new edition, no categorical diagnosis of OCPD will be present. On the other hand, the obsessive-compulsive personality traits remain as OC-Domain to diagnose a personality disorder. The characteristics of the OC-Domain are hardly different from the previous criteria of the OCPD.

KEYWORDS: obsessive-compulsive personality disorder, DSM-5 diagnostic, ICD-11 diagnostic, etiology

1

VORBEMERKUNG

Nachfolgend soll zunächst überblicksartig auf zu erwartende Änderungen in der

ICD-11 eingegangen werden. Interessanterweise stellt das dort voraussichtlich vertretene Modell eine Fortentwicklung des von der DSM-5-Arbeitsgruppe entwickelten sog. Alternativ-Modells der Diag-

Tabelle 1: Übersicht der Persönlichkeitsstörungen in den unterschiedlichen Klassifikationssystemen

DSM-5 (kategorial)	ICD-10 (kategorial)	DSM-5 Alternativmodell (kategorial) *)	DSM-5 Alternativmodell (dimensional mit Trait-Domänen) *)	ICD-11 (nur noch dimensional mit Trait-Domänen) **)
Antisoziale PS	Dissoziale PS	Antisoziale PS	1. Antagonismus (vs. Verträglichkeit)	1. Dissozialität
Paranoide PS	Paranoide PS		2. Psychotizismus (vs. Adäquatheit)	F21 Schizotyp Störung
Schizotypische PS	Schizotype Störung (F21)	Schizotypische PS	3. Enthemtheit (vs. Gewissenhaftigkeit)	2. Enthemmung
Narzisstische PS		Narzisstische PS		3. Anankasmus; Zwanghaftigkeit
Zwanghafte PS	Anankastische PS	Zwanghafte PS	4. Verschlossenheit (vs. Extraversion)	4. Soziales Desinteresse („detachment“)
Histrionische PS	Histrionische PS		5. Negative Affektivität (vs. emotional stabil)	5. Negative Affektivität
Schizoide PS	Schizoide PS			entweder: Borderline-Domain (6) oder: Borderline-PS
Dependente PS	Abhängige PS			
Vermeidend-selbstunsichere PS	Ängstlich-vermeidende PS	Vermeidend-selbstunsichere PS		
Borderline-PS	Emotional-instabile PS (impulsiver oder Borderline-Typ	Borderline-PS		

*) Nach einer Beurteilung der Beeinträchtigung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit (leicht, mittel, schwer) erfolgt im DSM-5 eine Beschreibung von Traits und ggfs. eine kategoriale Typen-Bestimmung anhand der sechs verbliebenen Kategorien.

**) In der ICD-11 erfolgt nach einer Schweregradbeurteilung (leicht, moderat, schwer) auf dem Boden des Funktionsniveaus eine Beschreibung von Traits und ggfs. eine Spezifizierung des Borderline-Typs.

nostik von Persönlichkeitsstörungen dar, das im DSM-5 selbst nicht als offizielles Diagnostikum vorgesehen war, sich dort vielmehr im Forschungsanhang befindet (APA, 2013). Im Folgenden werden kurz die wichtigsten Merkmale des neuen ICD-11-Klassifikationssystems sowie einige Unterschiede zur ICD-10 und zum Alternativ-Modell des DSM-5 zusammengefasst (in der Übersicht: Tabelle 1; vgl. Fiedler & Herpertz, 2016, 2019).

Grundlegend für die zukünftige Klassifikation in der ICD-11 ist die Kodierung der Funktionsbeeinträchtigung im Hinblick auf das Selbst-Funktionsniveau (auf einer sog. Strukturachse) und das interpersonelle Funktionsniveau (auf einer sog. Beziehungsachse). Verwendet wird dazu jeweils eine fünfstufige Skala von keiner Einschränkung bis zu schwerer Beeinträchtigung.

Im Alternativ-Modell des DSM-5 wurden kategorial sechs Persönlichkeitsstörungen beibehalten (antisozial, schizotypisch, narzisstisch, zwanghaft, vermeidend-selbstunsicher und Borderline) und diese einer dimensional Beurteilung hinsichtlich ihrer Funktionsbeeinträchtigungen unterzogen. Im Unterschied dazu wird in der ICD-11 mit Ausnahme der Borderline-Persönlichkeitsstörung auf eine kategoriale Typenzuordnung gänzlich verzichtet. Dabei handelt es sich vermutlich um die radikalste Änderung gegenüber der traditionellen Persönlichkeitsstörungsdiagnostik, jedoch mit dem wünschenswerten Vorteil, dass damit zukünftig einer vorschnellen Negativ-Stigmatisierung von Patienten die Grundlage entzogen wird.

Mit Blick auf eine Verbesserung der Indikation psychotherapeutischer Maßnahmen wurden im Gegenzug fünf allgemeine Persönlichkeitscluster (sog. Trait Domains) operationalisiert, die als solche – bis auf wenige Veränderungen und Ausnahmen – auch in der ICD-11 als

behandlungsrelevante Persönlichkeitsmerkmale in der Vordergrund gerückt werden (ausführlich Fiedler & Herpertz, 2016):

- Antagonismus (vs. Verträglichkeit), ein Persönlichkeitsbereich, der u. a. Verhaltensweisen einschließt, mit denen sich die Person in Widerspruch zu anderen bringt, bestehend wesentlich aus einer Mischung von Merkmalen, die bisher eher als Merkmale dissozial-narzisstischer Personen angesehen wurden.
- Psychotizismus (vs. Adäquatheit) konkretisiert eine Reihe kulturell unpassender, seltsamer, exzentrischer oder ungewöhnlicher Verhaltensmuster, die in ihrer Ausprägung jedoch noch keine Schizophrenie-Diagnose rechtfertigen. Diese Domain entspricht weitgehend dem Muster, das in der ICD-10 wie auch zukünftig in der ICD-11 der Schizotypen Störung (F21) zuzuordnen wäre, und wird dort nicht als Trait Domain übernommen.
- Verslossenheit (vs. Extraversion) des DSM-5 findet sich mit den Hauptmerkmalen eines allgemeinen sozialen Desinteresses (engl. Detachment) auch in der ICD-11 wieder und übernimmt v. a. Merkmale der früher als schizoid bezeichneten Persönlichkeitsstörung.
- Negative Affektivität (vs. emotionale Stabilität) fasst eine Reihe intensiver, von Patienten als belastend erlebter negativer Emotionen zusammen, die bisher bei den unterschiedlich kategorisierbaren Störungen gefunden wurden (wie Ängste, depressives Befinden, Schuld- und Schamgefühle, Besorgnisse und übersäumender Ärger).
- Enthemmtheit (im DSM-5 noch mit dem Gegenpol der Gewissenhaftigkeit); diese Bipolarität wurde in der ICD-11 aufgehoben und die Enthem-

mung als eigenständige Domain eingeführt. Sie beinhaltet impulsives, durch akute Trigger ausgelöstes Verhalten, häufig ohne Berücksichtigung früherer Lernerfahrungen und Konsequenzen. Und damit kommen wir zur letzten Domain in der ICD-11, die zugleich auch das Thema dieses Sonderheftes ist, nämlich der

- Zwanghaftigkeit (bzw. dem Anankasmus), einer Domain, in der die bisherigen Merkmale der zwanghaften Persönlichkeitsstörung überführt werden. Auf die Diagnostik und Ätiologie dieses Störungskomplexes wird dann im Folgenden ausführlich eingegangen.

Aufgrund inzwischen vorliegender Langzeitstudien wurde übrigens das bisher in beiden Systemen aufgeführte Stabilitätskriterium bei Persönlichkeitsstörungen aufgegeben und durch eine Mindestdauer der Symptome von zwei Jahren ersetzt. Die Störungen beginnen immer dann, wenn Personen dieser Zeitspanne gemäß unter ihrer Persönlichkeit leiden. Und die Störungen enden demgemäß, wenn die Betroffenen nicht mehr unter ihren Störungsmerkmalen leiden (ausführlich dazu und zu möglichen Ausnahmen wiederum Fiedler & Herpertz, 2016).

2

KONZEPTENTWICKLUNG

Die Hauptmerkmale der zwanghaften Persönlichkeitsstörung sind Ordnungsliebe und Ausdauer – mit einem übertriebenen Interesse für Details. Diese Charaktereigenschaften sind gewöhnlich mit einer hohen gesellschaftlichen Wertigkeit belegt. Folglich werden Menschen mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung eher selten wegen Schwierigkeiten mit ihrer Persönlichkeitseigenart um psychotherapeutische Hilfe nachsuchen. Dies dürfte erst dann der Fall sein, wenn sie

wegen ihrer übertriebenen Sorgfalt in beruflichen Kontexten nicht mehr zurechtkommen – etwa, weil sie zeitgebundene Aufgaben und Aufträge nicht rechtzeitig erfüllen.

ZWANGSSTÖRUNG VERSUS PERSÖNLICHKEIT

Seitdem zwanghafte Persönlichkeitseigenarten zu Beginn des 19. Jahrhunderts von Esquirol (1839) herausgearbeitet wurden, finden sich die sorgsamsten pathopsychologischen Beschreibungen in der deutschsprachigen, phänomenologisch orientierten Psychiatrie, wo die Störung auch als Anankastische Persönlichkeitsstörung bezeichnet wird. Die meisten empirischen Studien stammen von englischen und amerikanischen Forschergruppen. In beiden v. a. in der Psychiatrie gepflegten Forschungstraditionen wird dabei unterschiedlich und teils ungenau zwischen Zwangssymptomen der Zwangsstörung und Zwanghaftigkeit als Persönlichkeitsstörung unterschieden oder auch nicht unterschieden (was übrigens auch der Begriff fälschlicherweise suggeriert).

Im Unterschied dazu wurde von klinisch-psychologischer und verhaltenstherapeutischer Seite die mögliche Nähe der symptomatischen Zwangsstörungen zu den Angststörungen betont (vgl. Reinecker, 1991; Ecker, 2001, 2002; Zaudig & Niedermeier, 2002; Fiedler, 2007). Diese Ansicht geht auf Ergebnisse einer ganzen Reihe angelsächsischer Forschungsarbeiten der 1950er- und 1960er Jahre zurück, in denen mehrfach mittels Faktorenanalysen zwei unabhängige (orthogonale) Faktoren gefunden wurden, mit denen sich Zwangssymptome und zwanghafte Persönlichkeitsmerkmale eindeutig trennen ließen (zusammenfassend: Sullwold, 1978). Die Ergebnisse dieser Studien sprechen für eine diagnostische Tren-

nung von Persönlichkeitsmerkmalen und Zwangssymptomen – dies auch deshalb, weil sich völlig unterschiedliche Behandlungskonsequenzen ergeben. Inzwischen wurde diese Perspektive in die psychiatrischen Diagnosesysteme übernommen. Andererseits kann aus den genannten Studien nicht gefolgert werden, dass es in Einzelfällen keine störungsübergreifenden oder ätiologierelevanten Zusammenhänge gäbe. Immerhin finden sich (je nach Studie und Erhebungsverfahren) Gleichzeitigkeitsdiagnosen in zehn Prozent (mittels Fragebögen) bis annähernd 30 Prozent (in klinischen Interviews; Slade, 1974; Coursey, 1984; Zaworka & Hand, 1980, 1981; Tenney et al., 2003; Samuels & Costa, 2012).

3 DIAGNOSTIK

Prototypisches Kernsymptom der zwanghaften Persönlichkeitsstörung ist das gewissenhafte Streben nach Sorgfalt und Perfektion, das störend vor allem durch eine nicht angemessene Erfüllung beruflicher Aufgaben und Verpflichtungen auffällt. Dies hängt mit einer Unentschlossenheit, einem inneren Zweifel und einer übermäßigen Vorsicht als Ausdruck einer tiefgreifenden persönlichen Unsicherheit zusammen. Insgesamt unterscheiden sich die bisherigen Kriterien in der ICD und im DSM kaum. Nachfolgend dargestellt die Kriterienauflistung in der ICD-10, übernommen aus der ICD-10, Kap. V (F) der WHO (1993):

ICD-10 (F60.5): Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung [Mindestens drei der folgenden Merkmale müssen erfüllt sein]:

1. *Übermäßiger Zweifel und Vorsicht.*

2. *Ständige Beschäftigung mit Details, Regeln, Listen, Ordnung, Organisation oder Plänen.*
3. *Perfektionismus, der die Fertigstellung von Aufgaben behindert.*
4. *Übermäßige Gewissenhaftigkeit, Skrupelhaftigkeit und unverhältnismäßige Leistungsbezogenheit unter Vernachlässigung von Vergnügen und zwischenmenschlichen Beziehungen.*
5. *Übermäßige Pedanterie und Befolgung von Konventionen.*
6. *Rigidität und Eigensinn.*
7. *Unbegründetes Bestehen auf der Unterordnung anderer unter eigene Gewohnheiten oder unbegründetes Zögern, Aufgaben zu delegieren.*
8. *Andrängen beharrlicher und unerwünschter Gedanken oder Impulse.*

Dazugehörige Begriffe:

- *zwanghafte Persönlichkeit(sstörung)*
- *Zwangspersönlichkeit(sstörung)*

Ausschluss:

- *Zwangsstörung (F42)*

Im DSM-IV-TR verweisen einige Erläuterungen zu den Kriterien auf einige Nebenaspekte der Störung: So sind gelegentlich depressive Verstimmungen auffällig; z. B. wenn sich die Betroffenen übermäßig lange in Aufgaben und Verpflichtungen vertiefen oder wenn es ihnen nicht möglich ist, über andere Menschen, Situationen oder über ihre Umgebung zu bestimmen. Auch Ärger-Erleben ist beobachtbar, wenngleich dieser Ärger nur selten direkten Ausdruck findet. Die Betroffenen reagieren äußerst sensibel auf Kritik, dies insbesondere, wenn diese von höher gestellten Personen oder Autoritäten geäußert wird. Genau diese Interaktionsaspekte wurden im aktuellen Alternativ-Modell des DSM-5, Sektion

III ausdrücklicher in den Mittelpunkt gerückt (APA, 2013).

DOMAIN
„ANANKASMUS/ZWANGHAFTIGKEIT“
IN DER ICD-11

Letzteres gilt auch für die Domain-Eigenarten in der neuen ICD-11. Insgesamt jedoch unterscheiden sich die allgemeinen Charaktereigenarten der Trait-Domain nicht allzu sehr von den Kriterien in der kategorialen ICD-10-Diagnostik. Danach ist das Selbstbild der Betroffenen in erster Linie geprägt von Arbeit und Produktivität mit der Folge, dass Erleben und Ausdruck von Emotionen beobachtbar eingeschränkt sind. Deshalb werden auch einige zwischenmenschliche Problemerkennzeichen störungsdiagnostisch bedeutsamer wie z. B. Schwierigkeiten, Gefühle und Verhaltensweisen anderer Personen zu verstehen und wertzuschätzen. Zugleich werden zwischenmenschliche Beziehungen gegenüber Arbeit und Produktivität als nachrangig angesehen. Gar nicht selten gehen diese Merkmale einher mit einer Vermeidung enger zwischenmenschlicher Beziehungen und Bindungen bis hin zum Fehlen intimer sexueller Beziehungen, worunter die Betroffenen gelegentlich selbst zu leiden scheinen.

4
DIFFERENZIALDIAGNOSTIK

ABGRENZUNG
ZUR ZWANGSSTÖRUNG

Ein Problem der Differenzialdiagnose stellt die angedeutete Notwendigkeit zur Abgrenzung der zwanghaften Persönlichkeit von den Zwangsstörungen dar. Sie sollte sorgsam vorgenommen werden, weil sich für beide Störungsbilder unterschiedliche therapeutische Zugänge

als sinnvoll und effektiv erwiesen haben. Wesentliche Kennzeichen der Zwangsstörung sind zwei unterscheidbare Symptomgruppen, die gelegentlich bei einer Person gemeinsam auftreten können (vgl. Reinecker, 1991; Zaudig & Niedermeier, 2002):

- Zwangsgedanken: wiederkehrende Ideen, Vorstellungen und Impulse, die den Betroffenen immer wieder stereotyp und quälend beschäftigen.
- Zwangshandlungen: zumeist sinnlos erscheinende Handlungswiederholungen und Rituale, unter denen die Betroffenen ebenfalls extrem leiden, ohne dass es ihnen gelingt, sie zu unterlassen.

Ganz im Unterschied zu früheren Fallberichten lässt sich in empirischen Studien neueren Datums zur Frage der möglichen Komorbidität oder Differenzierbarkeit von symptomatischer Zwangsstörung und zwanghafter Persönlichkeit nur noch bei einem Anteil der Untersuchten ein Zusammenhang finden: Komorbiditätsstudien liefern Kodiagnosen zwischen Zwangsstörung und zwanghafter Persönlichkeit zwischen 10 bis höchstens 30 Prozent (vgl. Pfohl et al., 1991; Tenney et al., 2003; Samuels & Costa, 2012). Hohe Angaben finden sich zumeist, wenn keine standardisierten Messinstrumente (Tests oder Interviews) zur Anwendung kommen, sondern nur Ergebnisse der in vielen Kliniken üblichen ICD- bzw. DSM-Diagnostik mittels Eindrucksbildung mitgeteilt werden. Joffe et al. (1988) finden nur bei vier Prozent eine komorbide Zwangsstörung/zwanghafte Persönlichkeitsstruktur mittels standardisierter Erhebung. Etwa gleich niedrig fällt der Anteil von Patienten mit Zwangsstörungen aus, bei denen sich mittels aktueller DSM-Kriterien retrospektiv eine „prämorbid“ Zwangspersönlichkeit vermuten ließ – wengleich gelegentlich, mittels methodisch sehr kritisierbarer Retrospektivbefragung, auch

höhere Werte mitgeteilt werden. Die bisher nicht replizierte höchste Angabe liegt bei 35 Prozent in einer mehr als zwanzig Jahre alten Retrospektivstudie von Insel (1982).

ZWANGSSTÖRUNGEN BEI ANDEREN PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

Andererseits scheinen Untergruppen von Patienten mit symptomatischer Zwangsstörung über eine auffällige Komorbidität mit anderen Persönlichkeitsstörungen zu verfügen – am häufigsten die mit einer Dependenten, Histrionischen, Schizotypischen und/oder Borderline-Persönlichkeitsstörung. Häufig wird gar das komorbide Vorhandensein zweier oder mehrerer Persönlichkeitsstörungen bei symptomatischen Zwangsstörungen berichtet, zumeist einer „Mischung“ aus dependent und selbstunsicher bzw. selbstunsicher und schizotypisch (zusammenfassend: Stein et al., 1993; Tenney et al., 2003; Zaudig & Fiedler, 2007).

ZWANGHAFT PERSÖNLICHKEIT MIT ANDEREN PSYCHISCHEN STÖRUNGEN

In der *Collaborative Longitudinal Personality Disorder Study* (CLPS) finden sich Gleichzeitigkeitsdiagnosen mit anderen psychischen Störungen am häufigsten in jeweils bis zu 30 Prozent der Fälle mit Angststörungen und Sozialphobien sowie etwa gleichhäufig mit der Majoren Depression, wobei die Affektiven Störungen die höchsten Raten innerhalb der Lebenszeit-Prävalenz aufweisen (Skodol et al., 1999; McGlashan et al., 2000; → nachfolgend: Typus melancholicus).

Weiter mehren sich in den vergangenen Jahren beachtenswerte Hinweise auf extrem hohe Zusammenhänge zwischen zwanghafter Persönlichkeit und Essstörungen, dies insbesondere bei Vorliegen von Anorexia nervosa und Binge-Eating-

Störung mit Angaben zwischen 15 und 60 Prozent (Zaider et al., 2000; Anderluh et al., 2003; Grilo, 2004; Samuels & Costa, 2012). Auch im Vergleich von Patientinnen mit Bulimia nervosa und Kontroll-Patientinnen mit anderen psychischen Störungen fällt die Lebenszeit-Prävalenz für eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung bei den Anorexie-Patientinnen immer signifikant höher aus (Lilenfeld et al., 1998). Letztgenannte Autorengruppe legt ihre Belege aus einer Familienstudie vor; danach wiesen auch die Angehörigen der Anorexie-Probanden eine signifikant höhere Lebenszeit-Prävalenz für eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung auf als Angehörige von Bulimie-Probanden bzw. als Angehörige von Kontroll-Probanden.

TYPUS MELANCHOLICUS

Im Übergang zur „Normalität“ eines gewissenhaften Persönlichkeitsstils besteht eine Nähe zur Phänomenologie des sog. Typus melancholicus, der konzeptuell von Tellenbach (1961) in die Diskussion eingebracht wurde – ein Konzept, das in der Forschung zunehmend Bestätigung fand (Mundt et al., 1997). Mit Hilfe dieses Konzeptes ließe sich das nicht unbedeutende Depressionsrisiko bei zwanghafter Persönlichkeitsstörung erklären. Denn annähernd 50 Prozent aller schwer depressiv erkrankten Patienten scheinen zu dieser Personengruppe zu gehören (Mundt & Fiedler, 1996). Bei den Betroffenen handelt es sich um Personen, die durch ganz normale loyale und gewissenhafte Persönlichkeitseigenarten und durch hypernome Eingebundenheit in soziale Systeme auffallen. Ihre Gewissenhaftigkeit und Loyalität erscheinen zunächst als besonderer Schutz gegen die Depression, andererseits bedeuten sie offensichtlich ein besonders hohes (Vulnerabilitäts-)Risiko, wenn sich der Persönlichkeitsstil angesichts sich verändernder

Anforderungen oder in Krisen nicht mehr als tragfähig erweist (Kraus, 1977; Zerssen, 1991; Marneros, 2004).

KOMORBIDITÄT MIT PERSÖNLICHKEITSTÖRUNGEN

In den Komorbiditätsstudien zum gleichzeitigen Auftreten der zwanghaften Persönlichkeit mit anderen Persönlichkeitsstörungen finden sich neben den Kodiagnosen mit der Dependenten und der Selbstunsicheren auch noch Komorbiditäten mit der Paranoiden und Narzisstischen Persönlichkeitsstörung (vgl. Pfohl et al., 1991; Lenzenweger et al., 2007). Als differenzialdiagnostisches Abgrenzungskriterium dürfte in allen Fällen die überhöhte normorientierte Bereitschaft zur Erfüllung privater und beruflicher Anforderungen gelten.

5 ERKLÄRUNGSANSÄTZE

PSYCHOANALYSE

Insbesondere Freuds Annahme (1908), dass sich die (symptomatisch und charakterlich sichtbare) „Zwangsneurose“ auf eine misslungene oder zu frühzeitig einsetzende Sauberkeitserziehung zurückführen lasse (als Problem der „analen“ Entwicklungsphase), hat bis in die 1960er Jahre hinein eine Vielzahl von empirischen Untersuchungen stimuliert, die diesen Zusammenhang vor allem in Interviewstudien mit Eltern zu rekonstruieren versuchten (vgl. Pollak, 1979). Insgesamt überwiegen in diesen Studien die Befunde, mit denen sich etwaige Zusammenhänge zwischen früher Sauberkeitserziehung und späterer Zwanghaftigkeit nicht bestätigen. Eher fanden sich Hinweise, dass die Eltern der Betroffenen ihrerseits überzufällig häufig über

Zwangsstörungen verfügten. Wenngleich in den meisten dieser Studien noch nicht zwischen symptomatischer und charakterlich bedingter Zwanghaftigkeit unterschieden wurde, lässt sich folgern, dass es sich bei der Störungsentwicklung möglicherweise um eine (irgendwie geartete) Transmission handelt. Dabei ist nicht klar zu entscheiden, ob die Zwanghaftigkeit der Kinder auf genetische und/oder erzieherische Einflüsse zurückgeführt werden kann (Carr, 1974).

KONFLIKT

Die ursprünglich einseitige Betonung der Triebproblematik wurde in den letzten Jahrzehnten in der Psychoanalyse weitgehend aufgegeben, und zwar zugunsten einer interpersonellen Konflikthypothese. In dieser wird eine Vereinseitigung der Auflösung des allgemeineren Konflikts „Anpassung versus Auflehnung“ in Richtung „Anpassung“ postuliert – z.B. durch strikte, übergenaue Norm- und Über-Ich-Orientierung (Mentzos, 1982; Hoffmann, 1984). Im Konflikt zwischen Gehorsam (Fremdbestimmung) und Autonomie (Selbstbestimmung) lässt sich die Neigung zu zwanghafter Genauigkeit und Sorgfalt in einem viel umfassenderen Sinne zugleich als wichtige adaptive Überlebensstrategie des Kindes gegenüber elterlichen Restriktionen und moralisierenden Schulzuweisungen rekonstruieren.

Im Kontext gesellschaftlich-kultureller Anforderungen können ausdauernde Leistung und Genauigkeit sogar große Wertschätzung erfahren, die es Menschen mit zwanghafter Persönlichkeit in bestimmten Berufen, Kulturen oder sozialen Schichten ermöglicht, „eine mehr oder weniger geglückte Überkompensation oder Sublimierung analer Tendenzen“ zu erreichen (Mentzos, 1982 [1984], S. 165). Mit einer Auffassung der Zwangsdynamik als sozialer Anpassungsleistung

holen Psychoanalytiker gegenwärtig eine Theorieperspektive ein, die bereits von einigen namhaften Neoanalytikern vorgedacht worden war (mit Rückbezug auf Sullivan, 1953, z.B. Angyal, 1965, und Salzman, 1973).

INTENTIONSSTÖRUNG

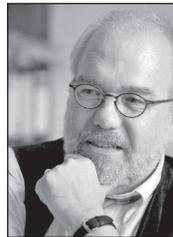
Über diese Perspektive hinaus reichen die theoretischen Ausarbeitungen des Psychoanalytikers Shapiro über die „Autonomiebestrebungen des rigiden Charakters“ (1981). Ihn interessieren insbesondere die intra- und interpersonalen Konsequenzen eines bei Personen mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung dominierenden, detailorientiert-dysfunktionalen Denkstils. Er sieht das Hauptproblem der Störung vor allem in einer „aktiven Unaufmerksamkeit“ gegenüber neuen Informationen oder externalen Einflüssen, die eine Verunsicherung der eigenen Kompetenz beinhalten könnten. Diese Betrachtung macht darauf aufmerksam, dass es sich bei der zwanghaften Persönlichkeit im Kern um eine Intensionsstörung handeln könnte. Sämtliche Bestrebungen der Betroffenen zur zwanghaften Aufrechterhaltung einer scheinbar autonomen Handlungsfreiheit stehen selektiv verengt (d. h. kognitiv gesteuert) unter dem Regime moralischer, logischer, sozial angemessener erscheinender Regeln und Maximen. Nicht von ungefähr finden sich ganz ähnliche Erklärungen in der kognitiven Ätiologieperspektive von Beck und Mitarbeitern (1990), die sich ausdrücklich auf Shapis Vorarbeiten beziehen.

LITERATUR

- Anderluh, M., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S. & Traesure, J. (2003). Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: Defining a broader eating disorder phenotype. *American Journal of Psychiatry*, 160, 242–247.
- Angyal, A. (1965). *Neurosis and treatment: A holistic theory*. New York: Viking.
- APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-5* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association [deutsch (2015). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe].
- Beck, A. T., Freeman, A. & Associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford. [dt. (1993). Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: Beltz PVU].
- Carr, A. T. (1974). Compulsive neurosis: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 81, 311–318.
- Coursey, D. (1984). The dynamics of obsessive-compulsive disorder. In T. R. Insel (Ed.), *New findings in obsessive-compulsive disorder* (pp. 104–121). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ecker, W. (2001). *Verhaltenstherapie bei Zwängen*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Ecker, W. (2002). *Die Behandlung von Zwängen*. Bern: Huber.
- Ecker, W. (2015). *Die Krankheit des Zweifels. Wege zur Überwindung von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen* (2. Aufl.). München: CIP-Medien.
- Esquirol, E. (1839). *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-legal*. Paris: Baillière. [Zu Grunde gelegt die in Buchform vorliegende deutsche Übersetzung des 1. Kapitels: Von den Geisteskrankheiten (1968). Bern: Huber].
- Fiedler, P. (2007). Zwang und anankastische Persönlichkeitsstörung aus verhaltenstherapeutischer Sicht. *Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie*, 11, 75–86.
- Fiedler, P. & Herpertz, S. C. (2016). *Persönlichkeitsstörungen* (7. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.
- Fiedler, P. & Herpertz, S. C. (2019). Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F6). In U. Voder-

- holzer & F. Hohagen (Hrsg.), *Therapie psychischer Erkrankungen – State of the Art* (14. Aufl., S. 391–410). München: Elsevier.
- Freud, S. (1908). Charakter und Analerotik. *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift*, 9 (52), 465–467. [(1960), Gesammelte Werke (Bd. 10; S. 203–209). Frankfurt am Main: Fischer].
- Grilo, C. M. (2004). Factor structure of DSM-IV criteria for obsessive-compulsive personality disorder in patients with binge eating disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 64–69.
- Hoffmann, S. O. (1984). *Charakter und Neurose. Ansätze zu einer psychoanalytischen Charakterologie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Insel, T. R. (1982). Obsessive-compulsive disorder – five clinical questions and a suggested approach. *Comprehensive Psychiatry*, 23, 241–251.
- Joffe, R. T., Swinson, R. P. & Regan, J. J. (1988). Personality features of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1127–1129.
- Kraus, A. (1977). *Sozialverhalten und Psychose Manisch-Depressiver*. Stuttgart: Enke.
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W. et al. (2007). DSM-IV personality disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 62, 553–564.
- Lilenfeld, L., Kaye, W., Greeno, C. et al. (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 55, 603–610.
- Marneros, A. (2004). Persönlichkeit und Temperament. In A. Marneros (unter Mitwirkung einer Autorengruppe) (Hrsg.), *Das neue Handbuch der Bipolaren und Depressiven Erkrankungen* (S. 429–444). Stuttgart: Thieme.
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G. et al. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorder Study: Baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 256–264.
- Mentzos, S. (1982). *Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven*. München: Kindler. [Seit 1984: Frankfurt am Main: Fischer].
- Mundt, C., Backenstrass, M., Kronmüller, K. T., Fiedler, P., Kraus, A. & Stangelini, G. (1997). Personality and endogenous/major depression: An empirical approach to *typus melancholicus*: 2. Validation of *typus melancholicus* core-properties by personality inventory scales. *Psychopathology*, 30 (3), 130–139.
- Mundt, Ch. & Fiedler, P. (1996). Konzepte psychosozialer Vulnerabilität für affektive Erkrankungen. In H.-J. Möller & A. Deister (Hrsg.), *Vulnerabilität für affektive und schizophrene Erkrankungen* (S. 1–9). Wien: Springer.
- Pfohl, B., Black, D. W., Noyes, R., Coryell, W. H. & Barrash, J. (1991). Axis I and axis II comorbidity findings: Implications for validity. In J. M. Oldham (Ed.), *Personality disorders: New perspectives on diagnostic validity* (pp. 145–161). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Pollak, J.M. (1979). Obsessive-compulsive personality: A review. *Psychological Bulletin*, 86, 225–241.
- Reinecker, H. (1991). *Zwänge. Diagnose, Theorien und Behandlung*. Bern: Huber.
- Salzman, L. (1973). *The obsessive personality*. New York: Jason Aronson.
- Samuels, J. & Costa, P. T. (2012). Obsessive-Compulsive Personality Disorder. In T. A. Widiger (Ed.), *The Oxford handbook of personality disorders* (pp. 566–581). Oxford: University Press.
- Shapiro, D. (1981). *Autonomy and the rigid character*. New York: Basic.
- Skodol, A. E., Stout, R. L., McGlashan, T. H. et al. (1999). Co-occurrence of mood and personality disorders: A report from the Collaborative Longitudinal Personality

- Disorder Study (CLPS). *Depression and Anxiety*, 10, 175–182.
- Slade, P. D. (1974). Psychometric studies of obsessional illness and obsessional personality. In H. R. Beech (Ed.), *Obsessional states* (pp. 95–112). London: Methuen.
- Stein, D. J., Hollander, E. & Skodol, A. E. (1993). Anxiety disorders and personality disorders: A review. *Journal of Personality Disorders*, 7, 87–104.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton. [dt. (1980). Die interpersonelle Theorie der Psychiatrie. Frankfurt am Main: Fischer].
- Süllwold, L. (1978). Zwangsstörungen. In U. Baumann, H. Berbak & G. Seidenstücker (Hrsg.), *Klinische Psychologie I: Trends in Forschung und Praxis*. Bern: Huber.
- Tellenbach, H. (1961). *Melancholie* (4. Aufl.). Berlin: Springer.
- Tenney, N. H., Schotte, C. K. W., Denys, A. J. P., van Megen, J. G. M. & Westenberg, G. M. (2003). Assessment of DSM-IV personality disorders in obsessive-compulsive disorder: Comparison of clinical diagnosis, self-report questionnaire and semi-structured interview. *Journal of Personality Disorders*, 17, 550–562.
- WHO – Weltgesundheitsorganisation (1991/1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (1./2. Aufl.; Hrsg. v. H. Dilling, W. Mombour, M. H. Schmidt & E. Schulte-Markwort). Bern: Huber.
- Zaider, T., Johnson, J. & Cockell, S. (2000). Psychiatric comorbidity associated with eating disorder symptomatology among adolescents in the community. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 58–67.
- Zaudig, M. & Fiedler, P. (Hrsg.) (2007). Zwänge und Persönlichkeitsstörungen [The-menheft]. PTT – *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 11 (2).
- Zaudig, M. & Niedermeier, N. (2002). Diagnose und Differentialdiagnose der Zwangsstörungen. In S. Bossert-Zaudig, P. Mavrogiorgou, N. Niedermeier & Michael Zaudig (Hrsg.), *Die Zwangsstörung. Diagnostik und Therapie* (S. 13–32). Stuttgart: Schattauer.
- Zaworka, W. & Hand, I. (1980). Phänomenologie (Dimensionalität) der Zwangssymptomatik. Experimentelle Diagnostik der Zwangsneurose. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 228, 257–273.
- Zaworka, W. & Hand, I. (1981). Die „Anankastische Persönlichkeit“. Fakt oder Fiktion? Experimentelle Diagnostik der Zwangsneurose. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 2, 31–54.
- Zerssen, D. von (1991). Zur prämorbidem Persönlichkeit des Melancholikers. In Ch. Mundt, P. Fiedler, H. Lang & A. Kraus (Hrsg.), *Depressionskonzepte heute: Psychopathologie oder Pathopsychologie?* (S. 76–94). Berlin: Springer.



PROF. DR. PETER FIEDLER
 PSYCHOLOGISCHES INSTITUT
 UNIVERSITÄT HEIDELBERG
 HAUPTSTRASSE 47-51
 D-69117 HEIDELBERG
 E-MAIL: peter.fiedler@
 psychologie.uni-heidelberg.de