



Leseprobe aus: Fiedler, Herpertz, Persönlichkeitsstörungen, ISBN 978-3-621-28334-2  
© 2016 Beltz Verlag, Weinheim Basel  
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28334-2>

## Vorwort zur 7. Auflage

... so gilt doch dies auf Erden:  
Wer mal so ist, muss auch so werden.  
Wilhelm Busch

Eine umfassende Darstellung des gegenwärtigen Wissens über Persönlichkeitsstörungen ist ein Unterfangen, das die Fähigkeiten eines einzelnen Forschers in höchstem Maße herausfordert und das ihn gelegentlich an die Grenzen seiner Möglichkeiten führt. Eine allseits akzeptable Zusammenfassung setzt nämlich ein Gebiet voraus, über das mehr oder weniger Einigkeit herrscht. Genau dies ist im Bereich der Persönlichkeitsstörungen nach wie vor nicht der Fall. Beobachtbar ist diese Uneinigkeit insbesondere am aktuellen Diagnosemanual DSM-5 der American Psychiatric Association (APA, 2013), in dem der geneigte Leser nämlich zwei völlig unterschiedliche Kapitel über Persönlichkeitsstörungen vorfindet: ein vermeintlich offizielles Kapitel in Sektion II (das eine wortgleiche Wiedergabe des Kapitels über Persönlichkeitsstörungen des Vorläufer-DSM-IV-TR aus dem Jahr 2000 darstellt) und ein neues Alternativ-Modell dazu in Sektion III, das von der seitens der APA eingesetzten Task-Force ausgearbeitet wurde. Sinnigerweise wird es dem Leser freigestellt, an welchem der beiden Kapitel er sich denn nun orientieren möchte. Hintergrund ist ein Streit der Experten, die sich – wie angedeutet – eben nach wie vor nicht darauf einigen können, was denn nun Persönlichkeitsstörungen sind und wie diese zu behandeln seien (ausführlich nachzulesen sind die Hintergründe dieses Konflikts in den → Kapiteln 4, 8, 9 und 13).

Kein Wunder. Die Persönlichkeitsstörungen stellen für klinisch-therapeutisch orientierte Forscher und Praktiker eine enorme Herausforderung dar, die sich insbesondere an der nach wie vor wachsenden Zahl von Forschungsarbeiten und Publikationen ablesen lässt – eine Anzahl, die je nach Störungsbild zum Teil weit über die Forschungs- und Publikationsaktivitäten zu anderen psychischen Störungen hinausgehen dürfte. Dies ist mit Sicherheit bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen der Fall, die inhaltlich jährlich etwa ein Drittel der Publikationen über Persönlichkeitsstörungen belegen dürften. Selbst jene, die wie wir Autoren dieses Bandes – von zwanghafter Sammelleidenschaft angetrieben – möglichst viele Publikationen selbst besitzen wollen, können mit der Entwicklung kaum mithalten. Auch die eigens zum Themenfeld gegründeten Zeitschriften (wie das *Journal of Personality Disorders* oder *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* oder *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* oder die deutschsprachige *Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie*) erfreuen sich zwar zunehmender Beliebtheit, geben aber immer nur einen bescheidenen Eindruck von den Entwicklungen wieder, wie sich diese

weltweit in anderen Fachjournalen, Herausgeberwerken und Monografien ständig vollziehen.

So war es nur konsequent, dass der bisherige Alleinautor der »Persönlichkeitsstörungen« (Peter Fiedler) die ebenfalls von Sammelleidenschaft und Kenntnisanreicherungen angetriebene Zweitautorin (Sabine C. Hertz) um Mithilfe bat, die jetzt angesichts der Entwicklungen notwendige 7. Neuauflage gemeinsam zu gestalten. Dazu beigetragen hat auch die örtliche, fachliche und persönliche Nähe, mit der beide seit vielen Jahren immer wieder bei Vortrags- und Fortbildungsveranstaltungen gemeinsam aktiv werden. Wir haben erfahren, dass wir beide voneinander und miteinander unendlich viel lernen können. Und genau dieses inzwischen vorhandene differenzielle Wissen möchten wir in dieser Auflage zusammenführen und mit unseren Lesern teilen.

Die Leser dieser 7. Auflage kommen also unzweifelhaft in den Genuss, an den Entwicklungen im Bereich der enormen, eben von nur einer Person kaum zu überschauenden Entwicklung von Forschungs- und Behandlungskonzepten bei Persönlichkeitsstörungen zu partizipieren. Bis auf die historischen Kapitel liegt hiermit ein völlig neu gegliedertes und gegenüber der 6. Auflage inhaltlich deutlich angereichertes Buch vor. Dennoch sind wir davon überzeugt, dass ein Leser, der sich bisher noch nicht allzu vertiefend mit Persönlichkeitsstörungen befasst hat, die Monografie – so er Zeit und Muße findet – am sinnvollsten mit den historischen Kapiteln in Teil II beginnt.

Dennoch ist gegenüber den früheren Auflagen einiges neu, was hier kurz in seinen wichtigsten Aspekten erwähnt werden soll. Erstens wurden die Kapitel ausdrücklicher als bisher um Erkenntnisse angereichert, die der modernen genetischen, biologischen und neurologischen Forschung zu den Persönlichkeitsstörungen entstammen. Für den in dieser Hinsicht interessierten Leser dürfte das → Kapitel 7 ein erster wichtiger Zugang zu dieser Thematik sein, bevor wir diese Aspekte in den störungsspezifischen Kapiteln vertiefen. Und gleich sei ein weiterer Unterschied zu den früheren Auflagen deutlich gemacht: In diesem Buch werden in Teil IV die Diagnostik, Ätiologie und Behandlung der einzelnen Persönlichkeitsstörungen jetzt in störungsspezifischen Kapiteln zusammen genommen und nicht mehr getrennt abgehandelt.

Und noch etwas sollte die Leser unbedingt zur Kenntnis nehmen: Wenn wir uns nicht täuschen, bewegen sich die aktuell entwickelten Behandlungskonzepte der Persönlichkeitsstörungen zunehmend aufeinander zu. Wie das konkret aussieht, kann in dem völlig neuen → Kapitel 11 über aktuelle Entwicklungen und integrative Psychotherapieperspektiven nachvollzogen werden.

Dass in diesem Buch fast durchgängig (und wohl nur von einigen Zitaten abgesehen) die »männliche« Variante der Personbeschreibung und Persontypisierung benutzt wurde, liegt ausschließlich an der bei uns beiden Autoren grundlegend vorhandenen persönlichkeitsbedingten Neigung zur Sparsamkeit. Angesichts der erreichten Seitenzahl schien uns das kleine Vergehen gegenüber dem Anspruch emanzipierterer AutorInnen durchaus vertretbar, nicht durchgängig von »DiagnostikerInnen«, »PatientInnen« oder »TherapeutInnen« oder gar – weil richtiger – von »Diagnostiker/inne/n«, »Patient/inn/en« oder »Therapeut/inn/en« zu schreiben.

Wenn also von männlichen Personen die Rede ist, so schließt dies – wo dies nicht ausdrücklich anders vermerkt wurde – immer zugleich ein, dass mit dem Gesagten ebenso Frauen gemeint sind. Außerdem war es nur so möglich, gelegentlich deutlicher herauszuarbeiten, dass viele Persönlichkeitsstörungsdiagnosen mit einem unschönen Geschlechtsbias behaftet sind. Der uns weniger geneigte Leser darf uns natürlich dennoch eine antiemanzipative Persönlichkeitsstruktur unterstellen, auch wenn uns diese – so hoffen wir jedenfalls – ausgesprochen fremd ist.

Viele neue Ideen und Ansichten, die in diesem Buch ihren Niederschlag gefunden haben, stammen nicht selten aus gelegentlich viele Stunden währenden Diskussionen in den letzten Jahren, an die wir gern zurückdenken. Wir hoffen sehr, dass Sie alle, die an diesen Diskussionen beteiligt waren, dies an dieser 7. Auflage leicht bemerken werden, dass und wie wir auf Ihre Vorschläge eingegangen sind. Schlaflose Nächte haben uns diese teilweise auch über Internet und E-Mail-Kontakte stattfindenden Diskussionen nicht bereitet. Denn sie waren sämtlich sehr wohlwollend und stimulierend, was uns angesichts der von uns investierten Arbeit sehr ermutigt hat, den jetzt gemeinsam begonnenen Weg auch gemeinsam weiterzugehen. Herzlichen Dank!

Heidelberg, im Januar 2016

*Peter Fiedler und Sabine C. Herpertz*

# 17 **Zwanghafte (anankastische) Persönlichkeitsstörung**

*Befriedigung bedeutet für sie nicht, entscheiden zu können und sich frei zu fühlen, sondern einen Auftrag in der vorgegebenen Zeit zu erfüllen, die Autorität vorübergehend erfreut zu haben und, oft, die Befriedigung, die in einer hoch entwickelten Virtuosität und Erfindungsgabe liegt.*

David Shapiro

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.

## **17.1 Konzeptentwicklung**

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 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).

### **Zwangsstörung und Zwangscharakter**

In der deutschsprachigen Psychiatrie wurde lange Zeit die Ansicht vertreten, dass es sich beim »Anankasmus« um eine (prämorbid) Persönlichkeitsstruktur handelt, aus der heraus sich die symptomatische Zwangsstörung (»Zwangskrankheit«) entwickeln könne (Weitbrecht, 1963; Scharfetter, 1976). Verschiedentlich wurde die zwanghaft-anankastische Persönlichkeit als Unterform einer selbstunsicheren (vermeidenden) Persönlichkeit betrachtet (so z. B. von Kurt Schneider, 1923). Auch psychoanalytische Autoren gingen seit Freuds grundlegender Arbeit über »Charakter und Analerotik« (1908) von Zusammenhängen zwischen Zwangscharakter und Zwangsstörungen bzw. von einer charakterlich präformierten »Zwangsneurose« aus (Fenichel, 1945; Quint,

1970; Mentzos, 1982). Inzwischen scheinen sich psychoanalytische Autoren auch einig, dass zwischen der Zwangsstörung (als Zwangsstörung) und dem sog. »Analcharakter«, wie Freud ihn beschrieb (Ordnungsliebe, Sparsamkeit und Eigensinn), kein zwingender Zusammenhang bestehen muss (vgl. Hoffmann, 1984).

**Zwangssymptomatik versus Persönlichkeit.** 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, 2007e). 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: Süllwold, 1978). Die Ergebnisse dieser Studien sprechen für eine diagnostische Trennung von Persönlichkeitsmerkmalen und Zwangssymptomen – dies auch deshalb, weil sich völlig unterschiedliche Behandlungskonsequenzen ergeben (→ Abschn. 17.5). 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 10 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).

## 17.2 Diagnostik

### 17.2.1 Zwanghafte Persönlichkeitsstörung im DSM-IV-TR bis zum DSM-5 Sektion II

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.

#### **Diagnostische Kriterien**

##### **Zwanghafte Persönlichkeitsstörung**

Ein tiefgreifendes Muster von starker Beschäftigung mit Ordnung, Perfektion und psychischer sowie zwischenmenschlicher Kontrolle auf Kosten von Flexibilität, Aufgeschlossenheit und Effizienz. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter, und das Muster zeigt sich in verschiedenen Situationen. Mindestens vier der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein

1. Beschäftigt sich übermäßig mit Details, Regeln, Listen, Ordnung, Organisation oder Plänen, sodass der wesentliche Gesichtspunkt der Aktivität dabei verloren geht.
2. Zeigt einen Perfektionismus, der die Aufgabenerfüllung behindert (z. B. kann ein Vorhaben nicht beendet werden, da die eigenen überstrengen Normen nicht erfüllt werden).
3. Verschreibt sich übermäßig der Arbeit und Produktivität unter Ausschluss von Freizeitaktivitäten und Freundschaften (nicht auf offensichtliche finanzielle Notwendigkeit zurückzuführen).
4. Ist übermäßig gewissenhaft, skrupulös und rigide in Fragen der Moral, Ethik oder Werten (nicht auf kulturelle und religiöse Orientierung zurückzuführen).
5. Ist nicht in der Lage, verschlissene oder wertlose Dinge wegzuerwerfen, selbst wenn sie nicht einmal Gefühlswert besitzen.
6. Delegiert nur widerwillig Aufgaben an andere oder arbeitet nur ungern mit anderen zusammen, wenn diese nicht genau die eigene Arbeitsweise übernehmen.
7. Ist geizig sich selbst und anderen gegenüber; Geld muss im Hinblick auf befürchtete künftige Katastrophen gehortet werden.
8. Zeigt Rigidität und Halsstarrigkeit.

*Abdruck erfolgt mit Genehmigung vom Hogrefe Verlag Göttingen aus dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition © 2013 American Psychiatric Association, dt. Version © 2015 Hogrefe Verlag (S. 931).*

Die DSM-Erläuterungen zu den Kriterien verweisen 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 Ärgererleben ist beobachtbar, wenngleich dieser Ärger nur selten direkten Ausdruck findet. Die Betroffenen reagieren äußerst sensibel auf Kritik, insbesondere wenn diese von höher gestellten Personen oder Autoritäten geäußert wird. Genau diese Interaktionsaspekte wurden im aktuelleren Alternativ-Modell des DSM-5 Sektion III ausdrücklich in den Mittelpunkt gerückt (APA, 2013).

### **17.2.2 Alternativ-Modell der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung im DSM-5 Sektion III**

Als zentrale typische Merkmale der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung gelten im Alternativ-Modell denn auch Schwierigkeiten in der Entwicklung und Aufrechterhaltung enger zwischenmenschlicher Beziehungen – zumeist begleitet von starrem Perfektionismus, Inflexibilität und eingeschränkter emotionaler Ausdrucksfähigkeit.

### DSM-5 Sektion III: Zwanghafte Persönlichkeitsstörung

#### Vorgeschlagene Diagnostische Kriterien

- A. Mittelgradige oder stärkere Beeinträchtigung im Funktionsniveau der Persönlichkeit, welche sich durch typische Schwierigkeiten in mindestens zwei der folgenden Bereiche manifestiert:
1. **Identität:** Das Selbstbild ist in erster Linie geprägt von Arbeit und Produktivität; Erleben und Ausdruck starker Emotionen sind eingeschränkt.
  2. **Selbststeuerung:** Schwierigkeiten, Aufgaben abzuschließen und Ziele zu erreichen, begleitet von starren und unangebracht hohen und unflexiblen inneren Verhaltensnormen; übermäßig gewissenhafte und moralistische Einstellungen.
  3. **Empathie:** Schwierigkeiten, die Vorstellungen, Gefühle und Verhaltensweisen anderer Personen zu verstehen und wertzuschätzen.
  4. **Nähe:** Zwischenmenschliche Beziehungen werden gegenüber Arbeit und Produktivität als nachrangig angesehen; Rigidität und Sturheit beeinflussen die Beziehung zu anderen in negativer Weise.
- B. Vorliegen von mindestens drei der folgenden problematischen Persönlichkeitsmerkmale, eines davon ist (1) Rigider Perfektionismus:
1. **Rigider Perfektionismus** (eine Facette von extremer Gewissenhaftigkeit [dem entgegengesetzten Pol der Domäne Enthemmtheit]): Rigides Beharren darauf, dass alles einwandfrei, perfekt und ohne Fehler oder Schwächen sein muss, einschließlich der eigenen Leistungen und der Leistungen anderer; Verzicht auf rechtzeitige Erledigung, um Korrektheit in jedem Detail sicherzustellen; Überzeugung, dass es nur einen richtigen Weg gibt, etwas zu tun; Schwierigkeiten, eigene Ideen und/oder Standpunkte zu verändern; übermäßige Beschäftigung mit Details, Organisation und Ordnung.
  2. **Perseveration** (eine Facette der Domäne **Negative Affektivität**): Verharren bei Aufgaben, obwohl das Verhalten seit Langem nicht mehr funktionell oder effektiv ist; Fortführung desselben Verhaltens trotz wiederholten Scheiterns.
  3. **Vermeidung von Nähe** (eine Facette der Domäne **Verschlossenheit**): Vermeidung von engen Beziehungen, Liebesbeziehungen, zwischenmenschlichen Bindungen und intimen sexuellen Beziehungen.
  4. **Affektarmut** (eine Facette der Domäne **Verschlossenheit**): Geringe affektive Reaktion auf erregende Situationen; Einschränkungen des emotionalen Erlebens und des emotionalen Ausdrucks; Gleichgültigkeit oder emotionale Kälte.

*Abdruck erfolgt mit Genehmigung vom Hogrefe Verlag Göttingen aus dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition © 2013 American Psychiatric Association, dt. Version © 2015 Hogrefe Verlag (S. 1055f.).*

### 17.2.3 Zwanghafte Persönlichkeitsstörung in der ICD-10

Die Kriterien der Anankastischen Persönlichkeitsstörung in der ICD-10 unterscheiden sich nicht erheblich von denen im DSM-IV-TR. Lediglich im dortigen Kriterium 8 finden sich Hinweise, dass es sich bei den Verhaltens- und Erlebensmustern der Betroffenen um Eigenarten handeln kann, die an eine Zwangsstörung denken lassen, die jedoch in ihrem Ausmaß nicht hinreichen, um die Diagnose symptomatischer Zwänge zu rechtfertigen.

#### Diagnostische Kriterien

##### 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 Persönlichkeitsstruktur (Charakterneurose)
- ▶ Zwangspersönlichkeit(störung)

*Ausschluss:*

- ▶ Zwangsstörung (F42)

*Abdruck erfolgt mit Genehmigung vom Hogrefe Verlag Bern aus der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch diagnostische Leitlinien; 10. Auflage. Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (2015). Hogrefe AG: Bern, S. 281.*

### 17.3 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 er-

wiesen haben (→ Abschn. 17.5). 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 4 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 – wenngleich 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).

**Zwanghafte Persönlichkeit mit anderen psychischen Störungen.** In der *Collaborative Longitudinal Personality Disorder Study* (CLPS; → Abschn. 9.2) 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 Zwanghaften 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 unbeträchtliche 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 verändernder Anforderungen oder in Krisen nicht mehr als tragfähig erweist (Kraus, 1977; v. Zerssen, 1991; Marneros, 2004b).

**Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen.** 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; → Abschn. 8.3). Als differenzialdiagnostisches Abgrenzungskriterium dürfte in allen Fällen die überhöhte normorientierte Bereitschaft zur Erfüllung privater und beruflicher Anforderungen gelten.

## 17.4 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; → Abschn. 3.1), 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). Insge-

samt 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 Schuldzuweisungen 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 Intentionsstörung 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 angemessen 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 Shapiros Vorarbeiten beziehen.

## 17.5 Behandlung

Bei der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung gilt es, ein Depressionsrisiko zu beachten. Insbesondere wenn dieses in der Folge gravierender Umbrüche im Lebensumfeld der Betroffenen oder wegen eines Scheiterns eines zwanghaften Persönlichkeitsstils symptomatisch wird, kann es unumgänglich werden, den Patienten zu motivieren, eine Psychotherapie zur Neubestimmung der Lebensperspektiven zu beginnen – und zwar unter Beachtung persönlicher Stile und Gewohnheiten, wenn diese für das Depressionsrisiko bedeutsam sind.

Therapeutische Fortschritte bei zwanghafter Persönlichkeit dürften daran abzulesen sein, ob Patienten den Mut entwickeln, *aktiv* eine Neuorganisation eigener Lebensbedingungen anzustreben. Nach aller dazu inzwischen vorliegenden Erfahrung dürfte dieses Therapieziel am besten durch einsichts- und beziehungsorientierte Therapieangebote erreichbar sein – also durch psychodynamische, gesprächspsychotherapeutische oder interpersonell orientierte Behandlungskonzepte (Freeman & Gunderson, 1989). Eine erfolversprechende Tradition in der Behandlung zwanghafter Persönlichkeitsstörungen liegt von Seiten der Psychoanalyse vor, in der sich immer wieder der Vorschlag findet, anankastischen Persönlichkeiten eine psychoanalytische Langzeitbehandlung zu empfehlen (Couchsetting).

**Differenzialindikation bei Zwangsstörungen.** Es bleibt – wie angedeutet – zu beachten, dass deutliche Unterschiede zwischen einer Zwanghaften Persönlichkeitsstörung und den symptomatischen Zwängen (Zwangshandlungen, Zwangsgedanken) bestehen (Zaudig & Fiedler, 2007; → Kap. 8). Deshalb gilt es, einen wichtigen Unterschied zur Behandlung der symptomatischen Zwangsstörungen zu beachten: Ganz im Unterschied zur gerade angedeuteten Therapieempfehlung (einsichtsorientiert, psychodynamisch bei zwanghafter Persönlichkeit) können und sollten Zwangsstörungen (Zwangshandlungen, -gedanken und -rituale) vorrangig mit einer Verhaltenstherapie behandelt werden, zumal symptomatische Zwangsstörungen mit einer einsichtsorientierten Psychotherapie immer schon als schwierig und mit nur wenig Erfolg zu behandeln galten (vgl. Ecker, 2001, 2002; Bossert-Zaudig et al., 2002; Fiedler, 2007e; Hoffmann & Hofmann, 2010).

### Psychoanalyse

Psychoanalytische Autoren empfehlen – wie angedeutet – in der Regel also eine langfristige Therapie, da die Betroffenen in kurzzeitigen Psychoanalysen selten hinreichend profitieren (Horowitz, 1980; Salzman, 1989; McCullough & Maltsberger, 1995). Wichtig in diesem Zusammenhang ist weiter, dass sich Patienten mit diesem Störungsbild auch in psychodynamischen Gruppentherapien, die ebenfalls als Kurzzeittherapie angeboten werden, gelegentlich als schwierig erwiesen haben. Einige Gruppentherapeuten berichten, dass zwanghafte Patienten in Gruppen dazu tendierten, sich dauerhaft zu sehr mit dem Therapeuten zu identifizieren, was sich ungünstig auf eine wünschenswerte Gruppenkohäsion auswirken könnte (Bohus et al., 2004).

Von einigen Autoren werden einige weitere Voraussetzungen diskutiert, die bei der psychoanalytischen Therapiearbeit mit Blick auf den besonderen persönlichen Stil der Betroffenen Beachtung finden sollten: Der Therapiearbeit sollten klare Absprachen über die Regelmäßigkeit der Therapiesitzungen zugrunde liegen sowie die übliche Bereitschaftserklärung des Patienten, über Gefühle und Gedanken frei und möglichst unzensuriert zu sprechen. Letzteres dürfte insbesondere zwanghaften Patienten zunächst besonders schwer fallen, weshalb ihnen der Sinn der freien Assoziation wiederholt transparent gemacht werden sollte (Salzman, 1980).

Andererseits können Therapeuten der rigiden und auf Sicherheit bedachten Persönlichkeitsstruktur der Patienten durch eine gewisse Flexibilisierung ihrer Arbeitsweise entgegenkommen. Denn die Betroffenen bevorzugen eine klar strukturierte und gegenwartsbezogene Therapiearbeit (Juni & Semel, 1982). Für die Therapie kann dies durchaus fruchtbar gemacht werden: Wenn sich die Betroffenen häufig in weitschweifigen Detailanalysen vergangener Erfahrungen ergehen, könnte eine klar strukturierte Hinführung auf die Bedeutsamkeit aktueller Themen und Probleme neue Gesprächs- und Sinnfindungsperspektiven eröffnen (Freeman & Gunderson, 1989).

Psychoanalytische Autoren weisen darauf hin, dass eine zu direkte therapeutische Konfrontation der Patienten mit ihren zwanghaften Persönlichkeitseigenarten möglichst vermieden werden sollte. Vielmehr könne die Neigung, sich in Details zu verlieren, durch eine aktivere Gesprächsbeteiligung des Therapeuten beeinflusst werden, ohne dabei unbedingt dem teils intellektualisierenden Gesprächsstil der Betroffenen zu entsprechen und ohne diesen unmittelbar zum Gegenstand von Übertragungsdeutungen werden zu lassen (Salzman, 1989).

Die psychoanalytische Behandlung bei der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung wird zwar gelegentlich als schwierig beschrieben. Angesichts der zumeist hohen Bereitschaft der Patienten, die Therapie erfolgreich abschließen zu wollen, und wegen des persönlichkeitsbedingten Durchhaltevermögens der Patienten wird andererseits von geringen Therapieabbrüchen, teils von erheblichen Besserungen berichtet, die sich im Verlauf einer Langzeittherapie einstellen (Stone in Liebowitz et al., 1986).

### **Verhaltenstherapie**

Turkat und Maisto (1985) berichten von einigen (gescheiterten) Versuchen in der verhaltenstherapeutischen Behandlung Zwanghafter Persönlichkeitsstörungen. Die Therapierationale erscheint mit Blick auf die oben genannten Zielstellungen zunächst einleuchtend. Im Therapieplan war angesichts der besonderen Verletzlichkeit zwanghaft strukturierter Personen vorgesehen, (a) die Kompetenz um Umgang mit emotionalen Erfahrungen zu verbessern und (b) in einer ergänzenden kognitiv-orientierten Phase die störungstypischen, zu rational, logisch und eng ausgelegten Problemlösestrategien zu reflektieren. Interessanterweise fanden alle Patienten, denen der Vorschlag für dieses Vorgehen unterbreitet wurde, die Zielrichtung der Therapie angemessen und sinnvoll. Andererseits fand sich kaum ein Patient bereit, eine solche Therapie selbst zu absolvieren. Turkat (1990) zieht aus seinen bisherigen Erfahrungen den Schluss, dass für eine Verhaltenstherapie der Zwanghaften Persönlichkeits-

störungen die geeigneten Behandlungsformen erst noch gefunden werden müssten. Diese Ansicht wird jedoch von kognitiv orientierten Verhaltenstherapeuten bezweifelt (Fiedler, 2007e; Hoffmann & Hofmann, 2010).

### **Kognitive Therapie**

Beck und Mitarbeiter (1990) zeigen an einem Fallbeispiel die Möglichkeiten der Kognitiven Therapie bei Zwanghaften Persönlichkeitsstörungen. Nach ihrer Auffassung kommt die Kognitive Therapie der zwanghaften Struktur dann entgegen, wenn ihr von Anfang an eine klare Problemlösestruktur zugrunde liege. Auch sollten die einzelnen Sitzungen durchstrukturiert sein. Von der Möglichkeit zu Hausaufgaben sollte ausgiebig Gebrauch gemacht werden. »Struktur« entspreche den Patienten und zwingt sie zugleich, spezifische Probleme auszuwählen und an diesen konsequent zu arbeiten.

**Konfliktmanagement.** Entsprechend lehnen Beck et al. andere Verhaltenstherapie-techniken (wie Entspannungsverfahren oder Rollenspieltechniken) bei zwanghaft strukturierten Menschen immer dann ab, wenn diese auch nur ansatzweise andeuten, dass sie »Zeitverschwendung« seien und nicht der sachlichen Lösung von Problemen dienen. Empfohlen wird ein pragmatischer Einsatz der kognitiven Therapiestrategie mit dem Ziel der Korrektur und Abschwächung dysfunktionaler Denkroutinen (Schemata), um diese durch flexiblere, möglichst funktional-realistische Denk- und (erst daraus folgend) Handlungsmuster zu ersetzen. Durch gezielte Hausaufgaben wird der Patient angeregt, Hypothesen und Vorstellungen über sich selbst und andere im Lebensalltag zu überprüfen oder aber auch mit ihnen zu experimentieren. Letzteres ist auch in Gruppentherapien möglich, wenn diese vorrangig psychoedukativ strukturiert sind (vgl. Schmitz et al., 2001).

### **Weitere Aspekte**

Es kann nicht stark genug betont werden, dass es in der Behandlung von Patienten mit Zwanghafter Persönlichkeitsstörung nur sehr begrenzt darum gehen wird, den zwanghaften Stil der Betroffenen grundlegend zu ändern. Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit haben große Vorteile und stellen in besonderem Maße adaptive Lebensstile dar. Deshalb kommt der Beachtung kontextueller Rahmenbedingungen eine besondere Funktion zu. Möglicherweise sind durch genaue Analysen der Lebens- und Arbeitsbedingungen bereits entscheidende Weichenstellungen in Richtung Veränderung möglich.

Als wesentliches Prinzip gilt das psychosoziale Konfliktmanagement, auf das bereits mehrfach eingegangen wurde (z. B. → Kap. 10). Mit dem Patienten zusammen wird festgelegt, welche prototypischen Interaktionskonflikte oder Konfliktepisoden mit anderen Menschen, im Privatleben oder im Beruf bestehen. Genau diese werden nach und nach in den Mittelpunkt der Behandlung gerückt. Auch das Konfliktmanagement zielt nicht unmittelbar auf eine Veränderung der Persönlichkeitsstörung. Ziel ist die Verbesserung der Kompetenz im Umgang mit interaktionellen Konflikten bzw. der Erwerb eines alternativen Bewältigungsverhaltens (Coping). Eher zusätzlich (mittelbar) wird erwartet, dass sich mit veränderten Interaktionsmustern möglicherweise auch die Persönlichkeitseigenarten der Betroffenen ändern.

Motivation zur grundlegenden Veränderung kann gelegentlich dadurch geschaffen werden, dass die Patienten erkennen lernen, welche Bereiche ihres Lebens sie bisher sehr vernachlässigt haben. Die Patienten könnten auf diese neugierig gemacht werden, um neue Erfahrungen zu machen, die in die Richtung gehen: mehr Spaß am Leben zu haben, indem man auch einmal bereit ist, gewisse Risiken einzugehen, etwa nach dem Motto »No risk, no fun« (Trautmann, 2004). Hier kann therapeutisch nicht selten auch an eine Trauer über die geringe Genussfähigkeit und emotionale Erlebnisfähigkeit angeknüpft werden.

Ob und wie weit dies tatsächlich gelingt, ist nicht zuletzt eine Frage der Zeit, die zum Erwerb und zur ausreichenden Reflexion neuer Bewältigungskompetenz und neuartiger Lebenserfahrungen zur Verfügung steht (Sachse et al., 2015). Andererseits können aber auch bereits leichte Veränderungen im Lebensumfeld entscheidend zum Gelingen einer Therapie beitragen (vgl. das Fallbeispiel in → Abschn. 10.2.3).

## 17.6 Zusammenfassende Bewertung

Über die Beschreibung des Störungsbildes und die Ausarbeitung von Kriterien bestand und besteht heute weitgehend Konsens. Andererseits liegen zu sämtlichen Ätiologieüberlegungen bisher keine substanziellen Forschungsarbeiten vor. So muss sich erst zukünftig noch erweisen, ob die Annahmen zur Entstehung und Aufrechterhaltung der zwanghaften Persönlichkeitsstörung, die bislang vorrangig intuitiv aus Einzelfallanalysen gewonnen wurden, weiterhin Geltung beanspruchen können.

Von Vorgesetzten geschätzt, von Kollegen häufig isoliert, von Untergebenen gefürchtet, widmen die Betroffenen ihr Leben der Arbeit und der Pflege von Struktur und Ordnung. Andererseits kommen sie nur so lange im sozialen Gefüge zurecht, wie die eigene Position klar eingefügt ist. Persönliche Probleme ergeben sich zumeist in Phasen der Veränderung und Umstrukturierung oder wenn man von Kollegen wegen seiner Eigenarten immer mehr ausgegrenzt wird. Angesichts zunehmender Anforderungen verlieren die Betroffenen häufig den Überblick, können kaum mehr Entscheidungen treffen und Wichtiges nicht mehr von Unwichtigem unterscheiden, wodurch ihre zögerliche Gewissenhaftigkeit zum wahren Verhängnis werden kann. In solchen Situationen wird deutlich, wie sehr viele Betroffene vom anerkennenden Urteil anderer abhängig sind: Tiefe narzisstische Kränkungen können die Folge sein bei gleichzeitig gegebenem Risiko einer Depression und gelegentlich steigender Suizidneigung. Zuspitzungen können sich mit fortschreitendem Alter häufen, wenn kognitive Einschränkungen dem Streben nach Perfektionismus zunehmend im Wege stehen und die Rigidität im Denken verstärken.

Wie bei den anderen Persönlichkeitsstörungen verlangt die psychotherapeutische Behandlung bei zwanghafter Persönlichkeit einige Abweichungen von den »klassisch« geltenden Vorgaben der Therapieschulen. Die Patienten erweisen sich als rigide und unflexibel, haben ein starkes Kontrollbedürfnis, erweisen sich gelegentlich als wenig änderungsbereit – was zumeist daran liegt, dass sie nämlich nicht wegen ihres Per-

sönlichkeitsstils in die Behandlung kommen, sondern wegen einer vorhandenen Depressions- oder Angst-Symptomatik bzw. wegen somatoformer Auffälligkeiten. Therapeuten sind gut beraten, den gewissenhaften Persönlichkeitsstil zunächst als funktional zu positivieren und dennoch die Frage zu stellen, in welchen Lebensbereichen gegenüber welchen Problemkonstellationen und angesichts welcher Belastungen der persönliche Stil sich als möglicherweise nicht hinreichend erwiesen hat – und dann von dort ausgehend nach möglichen Alternativen zu suchen und entsprechend neue Wege zu beschreiten.