

Fachbereich: Angewandte Humanwissenschaften

Studiengang: Rehabilitationspsychologie



B A C H E L O R – T H E S I S

zur Erlangung des akademischen Grades:

Bachelor of Science an der Hochschule Magdeburg-Stendal (FH)

Über das Thema:

Die schizoide Persönlichkeit: Persönlichkeitsstruktur vs. Persönlichkeitsstörung – Ein Beitrag zur Abgrenzungsproblematik zwischen Normvariante und Störung –

Vorgelegt von:

Dorothee Kunath

dkunath@gmx.de

Erstgutachter: Prof. Dr. Mark Helle

Zweitgutachter: Prof. Dr. Matthias Gründel

Stendal, 14. Juli 2009

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei einigen Personen bedanken, die bei der Verwirklichung dieser Bachelor-Arbeit mitgewirkt haben.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Mark Helle, meinem Erstkorrektor. Er hat mich bei diesem Entwicklungsprozess begleitet und unterstützt, mir andere Betrachtungsweisen eröffnet und dennoch genügend Freiraum für meine eigenen Ideen gegeben.

Mein weiterer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Matthias Gründel. Er hat meine Abschlussarbeit als Zweitkorrektor begutachtet.

Schließlich möchte ich mich ausdrücklich bei meiner Familie und meinen Freunden bedanken, die mir auch in schwierigen Zeiten zur Seite standen, stets ein offenes Ohr für mich hatten und mir immer wieder Mut gemacht haben.

Zusammenfassung

Die behandelte Thematik dieser Bachelor-Arbeit ist einerseits, das Konzept der schizoiden Persönlichkeit und andererseits, die Abgrenzungsproblematik von einer Persönlichkeitsstruktur und einer Persönlichkeitsstörung. In diesem Zusammenhang stellen sich zwei zentrale Fragen: Inwieweit können die Konzeption und die Beschreibungen der schizoiden Persönlichkeitsstörung als fachlich gerechtfertigt interpretiert werden? Inwiefern lässt sich eine Abgrenzung von einer Persönlichkeitsstruktur und einer Persönlichkeitsstörung tatsächlich realisieren?

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden, mittels Literaturrecherche, Werke von u. a. S. Herpertz, R. Bastine, P. Fiedler, U. Streeck und G. Ruf einbezogen. Die Fachliteratur umfasst ältere sowie aktuelle Publikationen von 1922 bis 2009.

Ziel der Arbeit ist es, einen Einblick in das Konzept der schizoiden Persönlichkeit und den umfangreichen Themenkomplex der Abgrenzungsproblematik von einer Persönlichkeitsstruktur und einer Persönlichkeitsstörung zu geben. Es können, trotz der Komplexität dieser Thematiken, zentrale und bedeutende Momente aufgezeigt und bearbeitet werden.

Die beschriebenen Fragestellungen konnten nach den dargestellten Ausführungen entsprechend beantwortet werden. Es kann gesagt werden, dass das vorherrschende Konzept der schizoiden Persönlichkeitsstörung einige Mängel aufweist. Insbesondere, weil emotionale und zwischenmenschliche Bedürfnisse der Betroffenen ausgeschlossen werden. Folglich kann eine entsprechende Umgestaltung dieser Konzeption als durchaus notwendig betrachtet werden. Ebenso kann gesagt werden, dass eine Abgrenzung von einer Persönlichkeitsstruktur und einer Persönlichkeitsstörung nicht ohne weiteres erfolgen kann, da insbesondere das diagnostische Geschehen, stets ein sozialer und kein objektiver Prozess ist. Des Weiteren scheint es, u. a. aufgrund der Stigmatisierungsproblematik ebenso erforderlich, dass Konstrukt der Persönlichkeitsstörung zu überdenken.

Schlüsselwörter: Abgrenzung, Persönlichkeitsstruktur, Persönlichkeitsstörung, schizoide Persönlichkeit, schizoide Persönlichkeitsstörung, sozialer Prozess, Stigmatisierungsproblematik

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Danksagung	III
Zusammenfassung.....	IV
Inhaltsverzeichnis.....	V
1 Einführung.....	1
2 Begriffsbestimmungen.....	3
2.1 Zentrale Aspekte der Persönlichkeitsthematik	3
2.1.1 Der Begriff Persönlichkeit.....	4
2.1.2 Persönlichkeitseigenschaften.....	8
2.2 Das Konstrukt der Persönlichkeitsstörung	9
2.2.1 Aktuelle Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen.....	12
2.2.1.1 Klassifikation nach ICD-10.....	12
2.2.1.2 Klassifikation nach DSM-IV	14
2.2.1.3 Besonderheiten der Klassifikation	16
2.2.2 Historische Betrachtung	17
2.2.3 Ich-Syntonie bei Persönlichkeitsstörungen.....	22
3 Die schizoide Persönlichkeit.....	25
3.1 Historische Hintergründe	25
3.2 Beschreibung und Klassifikation der schizoiden Persönlichkeit.....	29
3.2.1 Die schizoide Persönlichkeitsstruktur	29
3.2.2 Die schizoide Persönlichkeitsstörung.....	33
3.2.2.1 Diagnostische Kriterien nach ICD-10	34

3.2.2.2 Diagnostische Kriterien nach DSM-IV	37
3.3 <i>Ätiologische Überlegungen der schizoiden Persönlichkeitsstörung</i>	40
3.3.1 Verhaltens- und lerntheoretische Überlegungen.....	41
3.3.2 Systemisch-konstruktivistische Überlegungen.....	44
3.3.3 Psychoanalytische und bindungstheoretische Überlegungen.....	51
3.4 <i>Resümee vorangestellter Ätiologiemodelle</i>	57
3.5 <i>Schizoide Persönlichkeiten und Lebensgestaltung – Eine Zusammenfassung</i>	60
3.6 <i>Kritische Reflexion der schizoiden Persönlichkeitsstörung</i>	64
4 Abgrenzungsproblematik: Persönlichkeitsstruktur vs. Persönlichkeitsstörung	68
4.1 <i>Normalität und Devianz</i>	68
4.2 <i>Der Anspruch auf Objektivität</i>	73
5 Schlusswort	79
Literaturverzeichnis	VI
Ehrenwörtliche Erklärung	X

1 Einführung

In der vorliegenden Literaturlarbeit werden zwei, die Psychologie betreffende, Fragestellungen bzw. relevante Problematiken, thematisiert. Zum einen wird erörtert, inwieweit die Konzeption und die Beschreibungen der schizoiden Persönlichkeitsstörung als fachgemäß gerechtfertigt interpretiert werden können. Zum anderen wird sich der Frage gestellt, inwiefern sich eine Abgrenzung von einer Persönlichkeitsstruktur und einer Persönlichkeitsstörung tatsächlich umsetzen lässt bzw. ob eine vermeintliche Abgrenzung von „gesund“ und „gestört“ lediglich eine – in der Wissenschaft – vorherrschende Utopie darstellt.

In Bezug auf die letztgenannte Fragestellung kann an dieser Stelle eine provokante These gestellt werden: Wenn es keine eindeutigen Abgrenzungen zwischen Persönlichkeitsstrukturen und Persönlichkeitsstörungen gibt, dann kann letztlich jedes beliebige Verhalten als persönlichkeitsgestört betrachtet werden. Trägt nicht jeder Mensch pedantische, skeptische, besorgte, reserviert schüchterne oder auch selbstverliebte Eigenschaften in sich, welche sich in bestimmten Lebenssituationen in einer verstärkten Ausprägung vorfinden können, als in anderen? Sodass – in Pathologie beschreibenden Termini gesprochen – jeder Mensch zwanghafte, paranoide, ängstliche, schizoide oder narzißtische Anteile – um nur einige zu nennen – in sich vereint.

Danach stellen sich weitere bedeutende Fragen. Ab welchem Punkt endet eine ausgeprägte Persönlichkeitsstruktur und wann beginnt eine Persönlichkeitsstörung? Was wird als normal und was als anormal bzw. gestört definiert? Wer legt fest, dass ein Mensch „de facto“ persönlichkeitsgestört ist?

Wenn davon ausgegangen wird, dass sich die Persönlichkeit eines Menschen stets im Zusammenhang mit anderen entwickelt, entsprechend eines Zitats von Buber: Das „Ich werde am Du“ (2006, S. 15), so kann sich demgemäß auch erst – aufgrund eines sozialen Kontextes – eine Persönlichkeitsstörung darstellen bzw. entwickeln. Erst durch die Urteile anderer Menschen kann ein Verhalten als anders, merkwürdig, fehlangepasst oder gar als gestört etikettiert werden. Folglich können andere Personen dieses be-

stimmte Verhalten nachfolgend als eine gestörte Abweichung der Persönlichkeit interpretieren. Dementsprechend lautet die Diagnose *Persönlichkeitsstörung*.

Bei diesem Prozess werden jedoch keine vereinzelten Verhaltens- oder Erlebensweisen als abweichend oder gestört definiert. Es wird stets die betreffende Person in ihrer Ganzheit als persönlichkeitsgestört beschrieben (vgl. Fiedler, 1998).

Für diese kurz dargestellte Problematik ist die schizoide Persönlichkeitsstörung ein anschauliches Exempel, da sich bei diesem Störungskonzept die Abgrenzungsproblematik sehr deutlich herauskristallisiert.

Der erste Themenschwerpunkt, die schizoide Persönlichkeit, wird im dritten Kapitel unter historischen Hintergründen betrachtet. Anschließend wird der Bezug zu den aktuellen Klassifikationssystemen hergestellt, wobei einerseits die schizoide Persönlichkeitsstruktur und andererseits die schizoide Persönlichkeitsstörung beschrieben werden. Ferner werden zentrale Ätiologieüberlegungen aus verhaltens- und lerntheoretischer, aus systemisch-konstruktivistischer, sowie aus psychoanalytischer und bindungstheoretischer Sicht aufgeführt. Daraufhin folgen ein Resümee vorangegangener Ätiologiemodelle und eine Zusammenfassung im Kontext der Lebensgestaltung von schizoiden Persönlichkeiten. Das dritte Kapitel wird mit einer kritischen Reflexion des Konzeptes der schizoiden Persönlichkeitsstörung abgeschlossen.

Das vierte Kapitel und der folglich zweite thematische Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit behandelt die bereits angesprochene Abgrenzungsproblematik von einer Persönlichkeitsstruktur und einer Persönlichkeitsstörung. Der Fokus wird dabei insbesondere auf die Konstrukte Normalität und Devianz gelegt. Ebenso wird der Anspruch auf eine vermeintliche Objektivität, in diagnostischen sowie therapeutischen und somit in zwischenmenschlichen Prozessen, thematisiert. Abschließend folgt das Schlusswort der vorliegenden Bachelor-Arbeit. Es beinhaltet eine Zusammenfassung zentraler Momente und eine persönliche Quintessenz.

Die Inhalte der einzelnen Kapitel wurden stets mit aktueller aber auch klassischer Fachliteratur belegt und in die Ausführungen einbezogen.

Die theoretische Grundlage der behandelnden Thematik stellt das nachfolgende Kapitel dar. In diesem werden zentrale Begrifflichkeiten im Zusammenhang von Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen erläutert. Dies soll den Einstieg in die komplexe Themenstellung vereinfachen.

2 Begriffsbestimmungen

Bei einer ausführlichen Auseinandersetzung mit der Thematik der Persönlichkeitsstörungen wird umgehend deutlich, dass nicht allein das Konstrukt der Persönlichkeitsstörung schwer zu greifen ist, sondern vor allem auch die diversen Begrifflichkeiten in dessen Zusammenhang, welche in der vergangenen, jedoch auch z. T. in der heutigen Literatur zu Missverständnissen geführt haben, führen können und demnach mühsam zu fassen sind. Mit dem Begriff und der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gehen auch heute noch vielfach negative Konnotationen und gesellschaftliche Pejorationen einher, was nicht zuletzt auch aus den historischen Begriffsverwendungen resultiert. Folglich ist eine weitere zugrunde liegende und zentrale Problematik, hinsichtlich der Bedeutung und der Diagnose von Persönlichkeitsstörungen die Stigmatisierung, welche eine betreffende Person vielfach ausgesetzt sein kann (vgl. Fiedler, 1998).

Dieses zweite Kapitel der vorliegenden Arbeit soll dazu verhelfen, den Einstieg in diese komplexe Thematik zu vereinfachen, indem relevante Begrifflichkeiten im Zusammenhang mit den Konstrukten Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung ausführlich erläutert werden. Es werden dabei bestimmte Aspekte der Persönlichkeitsthematik, wie bspw. der Begriff Persönlichkeit und Persönlichkeitseigenschaften, näher betrachtet. Anschließend folgt eine Auseinandersetzung mit dem Konstrukt der Persönlichkeitsstörung im Zusammenhang der aktuellen Klassifikationssysteme. Des Weiteren werden insbesondere das Phänomen der Ich-Syntonie und in diesem Zusammenhang ebenso die Ich-Dystonie eingehend erläutert. Zunächst erfolgt der Einstieg durch die Darstellung diverser Aspekte der Persönlichkeitsthematik.

2.1 Zentrale Aspekte der Persönlichkeitsthematik

Zu der Persönlichkeit eines Menschen gehören diverse Aspekte, welche eine zentrale Rolle, u. a. in der psychologischen Forschung aber auch in der psychologischen Psychotherapie, einnehmen. Ebenso umfassend und vielfältig, wie sich eine jede individuelle Persönlichkeit eines Menschen darstellt, so umfassend sind auch die Beschreibungen

und die Festlegungen dieses Begriffes, sowie auch andere, in Zusammenhang stehende Bereiche. Dementsprechend ist es ein Teil der vorliegenden Arbeit die diversen Begrifflichkeiten näher zu beleuchten und darzustellen. In dem folgenden Unterkapitel wird nunmehr das Konstrukt Persönlichkeit und u. a. dessen Teilbereiche, das Temperament und der Charakter, ausführlich beleuchtet.

2.1.1 *Der Begriff Persönlichkeit*

Mit der Frage, was die Persönlichkeit eines Menschen ausmacht, woraus sie besteht und wie sie sich beschreiben lässt, beschäftigten sich bereits Philosophen der Antike (vgl. Backhaus, 2004). Es kann festgehalten werden, dass Menschen zweifelsohne einige Gemeinsamkeiten aufweisen, wobei die Persönlichkeit eines jeden Menschen dennoch individuell ist und sich folglich von den meisten anderen Menschen unterscheidet. Daher hat jeder Mensch einen gewissen Stil, mit welchem er versucht, in der von ihm umgebenden Umwelt zu bestehen. Infolgedessen nimmt jedes Individuum seine Umgebung unterschiedlich wahr, denkt anders, fühlt und reagiert unterschiedlich als andere Menschen dies tun. Diese einzigartige Anordnung von Verhaltensmustern, Denkweisen und Gefühlen, sowie die Einstellungen und Wertideale, sprich die Eigenarten eines jeden Menschen, welche er im Laufe seines Lebens verinnerlicht hat, werden als *Persönlichkeit* beschrieben. Dementsprechend befähigt die Persönlichkeit einen Menschen, als individuelles Lebewesen, als Teil in einer Gesellschaft integriert zu sein und in dieser zu existieren (vgl. Oldham & Skodol, 1998). Sie ist der kennzeichnende Ausdruck dafür, wie ein Mensch mit der Umwelt und deren sozialen Anforderungen und Erwartungen umgeht, sich in ihr bewegt, sich anderen Menschen gegenüber verhält und mit diesen interagiert (vgl. Fiedler, 1998). Folglich verleiht die Persönlichkeit eines Menschen diesem vor allem Individualität und ermöglicht eine Abgrenzung von anderen Personen (vgl. Streeck, 2007).

Die kennzeichnenden Erlebens- und Verhaltensweisen eines jeden Menschen werden meist von frühkindlichen Erfahrungen bestimmt, welche durch wichtige Bezugspersonen maßgeblich geprägt und beeinflusst werden (vgl. König, 2004). Eugen Bleuler, schw. Psychiater ging davon aus, dass sich die Persönlichkeit vor allem aus der Interaktion der gemachten Erfahrungen aber auch aus genetischen Dispositionen eines Men-

schen entwickelt (vgl. 1983). Bleuler formulierte demgemäß treffend: „Aus der Einmaligkeit der vererbten Entwicklungsbereitschaften und der Einmaligkeit der Lebenserfahrung formt sich die einmalige Individualität jedes Menschen“ (1983, S. 4). Dabei sind es die frühkindlichen Erfahrungen und Erlebnisse von Integration oder Isolation, von Geborgenheit oder Unsicherheit, Vertrauen oder Misstrauen, sowie Liebe oder Abneigung, welche die Persönlichkeit eines Menschen dauerhaft prägen können. Diese dauerhafte Prägung kann – nach Bleuler – insbesondere dann gegeben sein, wenn Menschen bestimmten, vor allem kontinuierlichen Erfahrungen und Erlebnissen ausgesetzt waren, wobei er einmalige Erlebnisse, auch wenn diese als dramatisch einzustufen waren, als weniger bedeutend bewertete. Aufgrund von Erfahrungen ist die Persönlichkeit nie ausgereift und entwickelt sich im Leben stetig weiter. Die, im Laufe des Lebens, gemachten Erfahrungen werden dabei maßgeblich von früheren Erlebnissen mitbestimmt (vgl. Bleuler, 1983).

Im Bereich der Persönlichkeitsthematik finden sich weitere Begrifflichkeiten, welche eng mit dieser in Verbindung stehen. Es sind vor allem das Temperament und der Charakter zu erwähnen. An dieser Stelle sei vermerkt, dass in der Alltagssprache die Begriffe Charakter und Persönlichkeit häufig synonym verwendet werden. Dem ungeachtet werden von einigen Fachautoren weit reichende Unterschiede in beiden Begrifflichkeiten gesehen, nicht zuletzt weil sich aus der Psychoanalyse heraus der Begriff der „Charakterneurose“ entwickelt hat (vgl. König, 2004). Beide Begriffe, das Temperament sowie der Charakter, werden meist als Teilbereiche der Persönlichkeit beschrieben und differenziert betrachtet. Beim *Temperament* wird davon ausgegangen, dass es sich um „[...] angeborene biologische und genetische Dispositionen [...]“ (Oldham & Skodol, 1998, S. 203) eines jeden Menschen handelt. Folglich wurde der Begriff Temperament für die bereits, von der Geburt an bestehenden Verhaltensweisen eines Menschen verwendet. Dementsprechend können schon bei Kindern bestimmte Temperamenteigenschaften beobachtet werden, welche relativ stabil eingeschätzt werden (vgl. Stone, 1999).

Im Gegensatz zum Temperament wird davon ausgegangen, dass der Begriff *Charakter* alle im Laufe eines Lebens erworbenen Eigenschaften einer Person enthält, welche maßgeblich von der jeweiligen sozialen Umwelt, in der eine Person heranwächst, beeinflusst werden (vgl. Oldham & Skodol, 1998). Hierbei sind es vor allem die Eltern,

welche maßgeblich an der Sozialisation des Kindes beteiligt sind und dieses folglich prägen (vgl. Stone, 1999). Somit reflektieren Charaktereigenschaften „[...] die unterschiedlichen frühen Lebenserfahrungen und das eigene Lebensverständnis unter dem Einfluß unserer Intuition, die sich in den Erfahrungen mit den Eltern und mit anderen wichtigen Beziehungspersonen gebildet hat“ (Stone, 1999, S. 71). Dennoch werden beide Bereiche, der Charakter sowie das Temperament einer Person gleichermaßen von ihrer umgebenden Umwelt gebildet und beeinflusst. Demzufolge können sich auch bestimmte Temperamenteigenschaften eines Menschen durch dessen Umfeld ändern. Wie bereits erwähnt, kann davon ausgegangen werden, dass die Persönlichkeit eines Menschen im Laufe des Lebens veränderungs- und vor allem entwicklungsfähig ist. Diese Beweglichkeit ist insbesondere dann notwendig, um sich an neue Gegebenheiten und sich verändernde Lebensumstände anzupassen (vgl. Oldham & Skodol, 1998).

Im Zusammenhang mit den diversen Aspekten des Persönlichkeitsbegriffes sind auch die Versuche für die Erfassung und die Beschreibung der Persönlichkeit in ihrer Ganzheit zu beleuchten. Diese Versuche, sich der Persönlichkeit von Menschen anzunähern, können dabei auf unterschiedliche Art und Weise erfolgen. Zum einen durch den *ideographischen Ansatz*, welcher versucht die Einmaligkeit einer Person zu erfassen. Zum anderen durch den *nomothetischen Ansatz*, welcher „[...] versucht über fakto-renanalytisch ermittelte Dimensionen allgemeingültige Beschreibungsmerkmale (Konstrukte) zu gewinnen“ (Weismantel, 2009, S. 7). An dieser Stelle ist der nomothetische Ansatz zentral, da sich aus diesem u. a. das weit verbreitete *Big Five-Persönlichkeitsmodell* entwickelt hat. Dieses ist ein *dimensionales Modell*, bei welchem die Ausprägung von unterschiedlichen Eigenschaften einer Person erfasst wird. Hingegen wird bei *kategorialen Modellen* zwischen einem Vorhandensein und Nichtvorhandensein von Persönlichkeitsattributen unterschieden, wie dies u. a. bei den aktuellen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV der Fall ist (vgl. Weismantel, 2009).

Zur Veranschaulichung des dimensionalen Ansatzes wird nachfolgend das Big Five-Persönlichkeitsmodell kurz vorgestellt.

Das Fünf-Faktoren-Modell (FFM) ist das derzeit am besten empirisch belegte und meist verbreitete dimensionale Modell für die Darstellung „[...] von normaler und abnormaler Persönlichkeitskonfiguration im Rahmen der Persönlichkeitsstörungen, wie sie im DSM-IV beschrieben sind“ (Barnow, 2008, S. 53). Allport und Odbert legten

bereits 1936 eine umfangreiche Liste von Eigenschaftswörtern¹ an, welche Aspekte der Persönlichkeit beschreiben sollten. Daraufhin wurde diese Liste 1947 von Eysenck auf die Dimensionen Extraversion, Neurotizismus und Psychotizismus reduziert. Diesen Dimensionen fügten die Forschergruppe um Costa und McCrae 1980 die Faktoren, Offenheit für Erfahrungen, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit hinzu. Worauf sich später die zentralen Dimensionen *Neurotizismus*, *Extraversion*, *Offenheit für Erfahrungen*, *Gewissenhaftigkeit* und *Verträglichkeit* als die fünf Faktoren für die Beschreibung der Persönlichkeit herausgestellt haben (vgl. Backhaus, 2004). Das Zentrale dieses Modells ist folglich, dass auf diese, angenommenen fünf grundlegenden, Persönlichkeitsdimensionen die Persönlichkeit eines Menschen zurückgeführt werden soll (vgl. Weismantel, 2009). Bei den sog. „Big Five“ wird davon ausgegangen, dass sie überdauernde Eigenschaften darstellen, welche das Verhalten eines Menschen in bestimmten Situationen maßgeblich beeinflussen (vgl. Backhaus, 2004). Die beschriebenen fünf Persönlichkeitsfaktoren konnten durch weitere diverse Erhebungsverfahren immer wieder empirisch repliziert werden. Daher gilt dieses dimensionale Modell als reliabel, konstruktvalid und, für die menschliche Persönlichkeit, als ausreichend beschreibend (vgl. Weismantel, 2009).

Abschließend kann aber auch kritisch darauf aufmerksam gemacht werden, dass durch das Fünf-Faktoren-Modell einige Bereiche, welche insbesondere für Persönlichkeitsstörungen relevant sind, nicht erfasst werden. Beispielhaft können traditionelle moralische Wertevorstellungen, persönliche Selbstbestimmung und andere Selbstaktualisierungsaspekte von Menschen genannt werden (vgl. Barnow, 2008).

In dem folgenden Teilabschnitt soll nunmehr ein kurzer Einblick in den Bereich der Persönlichkeitseigenschaften gegeben werden, um den späteren Zusammenhang zu Persönlichkeitsstörungen darstellen zu können.

¹ Sog. Lexikalischer Ansatz

2.1.2 *Persönlichkeitseigenschaften*

Wie bereits erwähnt, besteht die Persönlichkeit eines Menschen aus einer individuellen Kombination von kennzeichnenden und einzigartigen Eigenschaften. Diese Eigenschaften unterscheiden sich von Mensch zu Mensch, insbesondere aufgrund der verschiedenen und individuellen Ausprägungen (vgl. Backhaus, 2004).

Bastine bezeichnet Persönlichkeitseigenschaften als „[...] *zeitlich relativ stabile und relativ kontextunabhängige persönliche Merkmale* [Hervorhebung v. Verf.] [...]“ (1998, S. 179) einer Person. Diese individuellen Persönlichkeitseigenschaften eines Menschen, zeichnen diesen in diversen Situationen im Leben, vom Kindesalter bis ins Erwachsenenalter aus. Wenn an dieser Stelle die Beständigkeit und die Situationsunabhängigkeit von Persönlichkeitseigenschaften als relativ beschrieben werden, soll dies insbesondere auf die Variabilität und die Anpassungsfähigkeit einer Person hindeuten (vgl. Bastine, 1998).

Dementsprechend kann davon ausgegangen werden, dass die Persönlichkeit die Einheit der individuell vorhandenen Eigenschaften eines jeden Menschen darstellt (vgl. Kap. 2.1.1).

Persönlichkeitseigenschaften können sich aber auch in ein bestimmtes Extrem verändern, sodass die betreffende Person vielmehr im Leben beeinträchtigt wird, statt sich durch diese Eigenschaften individuell auszuzeichnen. Ebenso wird davon ausgegangen, dass bestimmte Persönlichkeitseigenschaften über eine besondere Disposition verfügen, eine psychische Störung zu begünstigen (vgl. Bastine, 1998).

Folglich wird diese Thematik sodann diffizil, wenn zu entscheiden ist, ob es sich lediglich um eine spezifische Persönlichkeitseigenart bzw. eine Persönlichkeitsstruktur eines Menschen handelt, oder ob es nahe liegt, bei diesem eine Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren. Es rückt folglich die Problematik der Abgrenzung zwischen dem, was als normal und dem, was als anormal erachtet wird, in den Fokus der Betrachtungen. Diese Thematik wird im vierten Kapitel der vorliegenden Arbeit näher ausgeführt.

Im Anschluss wird nunmehr ausführlich das Konstrukt der Persönlichkeitsstörung beleuchtet, wobei insbesondere auf historische Aspekte, der in Zusammenhang stehenden Begrifflichkeiten, aber auch auf die Phänomene Ich-Syntonie und Ich-Dystonie näher eingegangen wird.

2.2 *Das Konstrukt der Persönlichkeitsstörung*

In den vorangegangenen Abschnitten wurde bereits angedeutet, dass sich die Persönlichkeit eines Menschen in ein bestimmtes Extrem verändern und als „abweichend“ oder „gestört“ betrachtet werden kann. Dieses Konstrukt der Persönlichkeitsstörung ist ein äußerst komplexes Gebilde und wird daher im Folgenden ausführlich dargestellt.

Aufgrund der genannten Komplexität fand im Laufe der 90er Jahre das Konstrukt der Persönlichkeitsstörung eine erneute Beachtung und führte zu einem enormen Zuwachs an literarischen Werken (vgl. Bastine, 1998).

Wie bereits erwähnt, ist die Persönlichkeit eines Menschen im Laufe des Lebens veränderungs- und fortwährend entwicklungsfähig, sodass es einem Menschen möglich ist, sich an neue Umstände anzupassen, wenn dies erforderlich scheint (vgl. Kap. 2.1). Ist es einer Person jedoch nicht möglich, sich an neue und verändernde Begebenheiten im Laufe des Lebens anzupassen, kann es für diese Person zunehmend eine Schwierigkeit bedeuten, sich in ihrer Umwelt zu bewegen, sich in dieser zurechtzufinden, Probleme zu lösen und Aufgaben des alltäglichen Lebens zu bewältigen. Demzufolge wird davon ausgegangen, dass die Persönlichkeiten dieser Menschen rigide und festgefahren sind und sich aus diesen, eher hinderlichen Persönlichkeitseigenschaften, Persönlichkeitsstörungen manifestieren können. Folglich kann eine Persönlichkeitsstörung eine o. g. Weiterentwicklung der Persönlichkeit eines Menschen maßgeblich hemmen und beeinträchtigen (vgl. Oldham & Skodol, 1998).

Bastine beschreibt *Persönlichkeitsstörungen* als „[...] extreme Ausprägungen von Persönlichkeitseigenarten“ (1998, S. 179). Mit diesen auffälligen Persönlichkeitseigenarten gehen insbesondere Abweichungen gesellschaftlicher Regeln und Erwartungen, aber auch ein Leiden der betreffenden Person selbst, oder anderer Personen einher, sodass die Betroffenen in gesellschaftliche Problemlagen geraten können (vgl. Bastine, 1998).

Eine weitere Definition von Persönlichkeitsstörungen lässt sich u. a. in dem Klassifikationssystem der ICD-10 finden, welche wie folgt darlegt wird:

Persönlichkeitsstörungen [...] sind tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Sie verkörpern gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche des Verhaltens und der psychologischen Funktionen. Häufig gehen sie mit einem unterschiedlichen Ausmaß persönlichen Leidens und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher. (Dilling & Freyberger, 2001, S. 215)

Demnach werden Persönlichkeitszüge insbesondere dann als pathologisch betrachtet und dürfen auch nur dann als Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden, wenn sie nach den heutigen Klassifikationssystemen bestimmte Merkmale aufweisen bzw. diagnostische Kriterien erfüllen. Auf diese Diagnosekriterien wird im folgenden Unterkapitel nochmals eingegangen.

Wann eine Persönlichkeitseigenschaft bzw. eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur als Persönlichkeitsstörung deklariert werden kann, wird zumeist von dem Ausprägungsgrad einer Persönlichkeitseigenschaft abhängig gemacht. Bewegen sich folglich bestimmte Persönlichkeitseigenschaften in ein besonderes Extrem können sie, wie es Bastine beschreibt, eine Persönlichkeitsstörung ausbilden und sich auf verschiedene Bereiche des Lebens belastend auswirken (vgl. Oldham & Skodol, 1998).

Oldham und Skodol haben die Auswirkungen der beschriebenen Merkmale wie folgt zusammengefasst: Eine Persönlichkeitsstörung kann sich demnach immer auch auf das *Selbst*, auf das *Arbeitsleben*, auf *zwischenmenschliche Beziehungen*, auf den *Emotionsbereich* und auf die *Wahrnehmung der Realität* eines Menschen auswirken. Zuletzt kann eine Persönlichkeitsstörung auch auf die *Impuls- bzw. Selbstkontrolle* eines Menschen Folgen haben (vgl. 1998).

Die Einschränkungen, welche Personen mit einer Persönlichkeitsstörung widerfahren können, zeichnen sich im Speziellen dadurch aus, dass sie über weniger Handlungsmöglichkeiten verfügen, um Beziehungen zu anderen aufzubauen und diese konstruktiv zu beeinflussen. Sie können Gefühle schlechter ausdrücken und sind weniger in

der Lage, konflikthafte Situationen zu bewältigen. Des Weiteren sind sie dazu geneigt, schwierige Situationen aufrechtzuerhalten und zu verstärken, indem sie in ihren gewohnheitsmäßigen Denk- und Verhaltensweisen verharren. Darüber hinaus kann diese, nach Bastine bezeichnete, „strukturelle Instabilität, dazu führen, dass sich die betreffenden Personen in belastenden Situationen widerstandslos fühlen und sich dementsprechend verhalten (vgl. Bastine, 1998).

Aufgrund dieser massiven Belastungen in zwischenmenschlichen Beziehungen „[...] werden Persönlichkeitsstörungen auch als *Beziehungs-* oder *Interaktionsstörungen* [Hervorhebung v. Verf.] bezeichnet“ (Bastine, 1998, S. 180). Diese Interaktionsstörungen werden jedoch noch häufig als Störung der Persönlichkeit betrachtet und dementsprechend diagnostiziert. Folglich werden die Störungen nicht den Interaktionen, sondern lediglich der betreffenden Person zugeschrieben. Dies beschrieb Fiedler als sog. „*Person-Perspektivierung eines interaktionellen Problems*“ (vgl. Fiedler, 1998). Demnach ist Krankheit keine Eigenschaft, oder auch nicht das Produkt eines seelischen Prozesses von einer Person, sondern entsteht vielmehr aus Interaktion und Kommunikation mit anderen Menschen (vgl. Streeck, 1998). Auf die Problematik der „Person-Perspektivierung“ bei Persönlichkeitsstörungen wird im vierten Kapitel der vorliegenden Arbeit noch einmal Bezug genommen.

Aufgrund des beschriebenen Verständnisses von Persönlichkeitsstörungen, als Beziehungs- oder Interaktionsstörungen, wurde bereits der Anspruch erhoben, den noch stigmatisierenden Begriff Persönlichkeitsstörung, durch die Kategorie „*komplexe Störungen des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens*“, in den Klassifikationssystemen auszutauschen. Diese mehrmals erhobene Forderung findet jedoch noch keine allgemeine Anerkennung, da sie u. a. als zu weitgehend erachtet wird (vgl. Fiedler, 1998).

Auf die erwähnte Forderung einer Begriffsänderung der Persönlichkeitsstörungen wird im Laufe der Arbeit noch einmal eingegangen, da sie ein zentrales Moment der thematisierten Problematik darstellt.

Anschließend wird nunmehr das Konstrukt der Persönlichkeitsstörung im Zusammenhang mit den modernen Klassifikationssystemen beleuchtet.

2.2.1 Aktuelle Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen

Die aktuellen Klassifikationsmanuale enthalten verschiedene Typologien und Kriterien von Persönlichkeitsstörungen, wobei diese in der ICD-10 und im DSM-IV nicht vollständig übereinstimmen (vgl. Bronisch, 2003). Daher werden die einzelnen Klassifikationsmerkmale und Diagnosekriterien bezüglich der Persönlichkeitsstörungen nachfolgend separat beleuchtet.

2.2.1.1 Klassifikation nach ICD-10

Die *International Classification of Diseases ICD-10* führt die Klassifikation psychischer Störungen in zehn separaten Rubriken, im Kapitel V auf. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen werden dabei mit dem Code F6 versehen (vgl. Fiedler, 1998).

Die zehnte Version der ICD versteht unter spezifischen Persönlichkeitsstörungen im Weiteren, schwere Störungen der charakterlichen Verfassung und des Verhaltens eines Menschen. Diese Störungen sind dabei auf keine Hirnschädigung bzw. auf keine neurologische Krankheit, oder auf andere psychiatrische Störungen zurückzuführen. Persönlichkeitsstörungen erfassen diverse Bereiche der Persönlichkeit und gehen zumeist mit sozialen Beeinträchtigungen einher, welche nicht selten zu einem erheblichen persönlichen Leidensdruck des Betroffenen führen können. Eine Persönlichkeitsstörung tritt vorwiegend in der Kindheit oder auch in der Adoleszenzphase eines Menschen auf, wobei diese zumeist bis in das Erwachsenenalter weiter besteht (vgl. Dilling & Freyberger, 2001).

In der ICD-10 gibt es, ebenso wie für andere psychische Erkrankungen, für die Persönlichkeitsstörungen bestimmte diagnostische sog. „generelle“ Kriterien (mit „G“ gekennzeichnet). Diese sind nachfolgend, entsprechend der ICD-10 aufgeführt:

- G1. Die charakteristischen und dauerhaften inneren Erfahrungs- und Verhaltensmuster der Betroffenen weichen insgesamt deutlich von kulturell erwarteten und akzeptierten Vorgaben („Normen“) ab. Diese Abweichung äußert sich in mehr als einem der folgenden Bereiche:

1. Kognition (d.h. Wahrnehmung und Interpretation von Dingen, Menschen und Ereignissen; Einstellungen und Vorstellungen von sich und anderen);
 2. Affektivität (Variationsbreite, Intensität und Angemessenheit der emotionalen Ansprechbarkeit und Reaktion);
 3. Impulskontrolle und Bedürfnisbefriedigung;
 4. Die Art des Umgangs mit anderen Menschen und die Handhabung zwischenmenschlicher Beziehungen.
- G2. Die Abweichung ist so ausgeprägt, dass das daraus resultierende Verhalten in vielen persönlichen und sozialen Situationen unflexibel, unangepasst oder auch auf andere Weise unzweckmäßig ist (nicht begrenzt auf einen speziellen auslösenden Stimulus oder eine bestimmte Situation).
- G3. Persönlicher Leidensdruck, nachteiliger Einfluss auf die soziale Umwelt oder beides sind dem unter G2. beschriebenen Verhalten zuzuschreiben.
- G4. Nachweis, dass die Abweichung stabil, von langer Dauer ist und im späten Kindesalter oder der Adoleszenz begonnen hat.
- G5. Die Abweichung kann nicht durch das Vorliegen oder die Folge einer anderen psychischen Störung des Erwachsenenalters erklärt werden. Es können aber episodische oder chronische Zustandsbilder der Kapitel F0-F5 und F7 neben dieser Störung existieren oder sie überlagern.
- G6. Eine organische Erkrankung, Verletzung oder deutliche Funktionsstörung des Gehirns müssen als mögliche Ursache für die Abweichung ausgeschlossen werden (falls eine solche Verursachung nachweisbar ist, soll die Kategorie F07 verwendet werden). (Dilling & Freyberger, 2001, S. 218f)

Für die Untermauerung einer Diagnose sollten diese genannten, „generellen“ Kriterien auf möglichst genügend Informationsquellen zurückgehen. Dementsprechend sollten mehrere Interviews mit der betreffenden Person geführt werden. Darüber hinaus sollten Fremdanamnesen und Fremdb Berichte von Freunden und Angehörigen des Betroffenen vorliegen (vgl. Dilling & Freyberger, 2001).

Die dargestellten Diagnosekriterien konnten einen Einblick in die Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen der ICD-10 vermitteln. Anschließend folgen nunmehr die Besonderheiten der DSM-IV-Klassifikation.

2.2.1.2 Klassifikation nach DSM-IV

Das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV*, ist ein multiaxiales System. In diesem erfolgt aufgrund der fünf Achsen eine multiaxiale Beurteilung. Achse I beinhaltet klinische Störungen und Syndrome, auf Achse II werden Persönlichkeitsstörungen gemeinsam mit geistigen Behinderungen beurteilt, Achse III beinhaltet körperliche Störungen und Zustände, auf Achse IV sind psychosoziale und kontextuelle Belastungsfaktoren aufgezeigt und zuletzt beschreibt Achse V die globale Beurteilung des Funktionsniveaus einer Person (vgl. Fiedler, 1998).

Die auf Achse II aufgeführten Persönlichkeitsstörungen werden im DSM-IV gesondert klassifiziert, um diese von anderen psychischen Störungen abzugrenzen. Sie werden in drei Hauptgruppen, sog. Cluster unterteilt. *Cluster A* „sonderbar und exzentrisch“ umfasst die paranoide, die schizoide und die schizotypische Persönlichkeitsstörung. Mit der genannten Einteilung wird diesen drei Persönlichkeitsstörungen ein konzeptueller Zusammenhang zu schizophrenen und wahnhaften Störungen zugewiesen. *Cluster B* „dramatisch, emotional, launisch“ enthält die histrionische, narzißtische, antisoziale und die Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Cluster C* „ängstlich und furchtsam“ beinhaltet die selbstunsichere, die dependente und die zwanghafte Persönlichkeitsstörung (vgl. Fiedler, 1998; Barnow, 2008).

Ebenso wie die ICD-10 führt auch das DSM-IV allgemeine diagnostische Kriterien einer Persönlichkeitsstörung auf, welche nachfolgend dargestellt sind:

- A. Ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Dieses Muster manifestiert sich in mindestens 2 der folgenden Bereiche:
1. Kognition (also die Art, sich selbst, andere Menschen und Ereignisse wahrzunehmen und zu interpretieren),
 2. Affektivität (also die Variationsbreite, die Intensität, die Labilität und Angemessenheit emotionaler Reaktionen),
 3. Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen,
 4. Impulskontrolle.
- B. Das überdauernde Muster ist unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen.
- C. Das überdauernde Muster führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- D. Das Muster ist stabil und langdauernd, und sein Beginn ist zumindest bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen.
- E. Das überdauernde Muster läßt sich nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklären.
- F. Das überdauernde Muster geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hirnverletzung) zurück. (American Psychiatric Association [APA], 2003, S. 753f)

Die dargestellten Diagnosekriterien für Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV, sind denen der ICD-10 relativ ähnlich. Trotz allem werden nachfolgend die Besonderheiten

und einige Unterschiede beider Klassifikationsmanuale, in Bezug auf Persönlichkeitsstörungen, betrachtet.

2.2.1.3 Besonderheiten der Klassifikation

Nach den vorangestellten Darstellungen kann festgestellt werden, dass sich die Klassifikation der ICD-10 und des DSM-IV einerseits ähneln und andererseits in einigen Bereichen stark unterscheiden. Ein beträchtlicher Unterschied ist bspw., dass die, im DSM-IV aufgeführte, schizotypische Persönlichkeitsstörung in der ICD-10 als „Schizotype Störung“, im Bereich der schizophrenen und wahnhaften Störungen untergliedert und unter F21 zu kodieren ist. Des Weiteren führt die ICD-10 alle psychischen Störungen in zehn separaten Rubriken auf, währenddessen Persönlichkeitsstörungen im DSM-IV, auf Achse II gesondert aufzufinden sind (vgl. Fiedler, 1998).

In beiden Klassifikationssystemen wird die Kategorie der Persönlichkeitsstörungen rein deskriptiv beschrieben, sodass sie keine Rückschlüsse auf Entstehungsursachen gestatten. Daher wird an dieser Stelle eine überblicksartige Ausführung zu den Ätiologiemodellen von Persönlichkeitsstörungen dargeboten, da eine umfangreiche Darstellung den Rahmen der vorliegenden Arbeit übersteigen würde. Für die schizoide Persönlichkeitsstörung werden dagegen ausgewählte Ätiologieüberlegungen im dritten Kapitel ausführlich beschrieben.

Für die Entstehungsursachen von Persönlichkeitsstörungen lassen sich diverse theoretische Annahmen beschreiben. Hierzu können u. a. *biologische* Theorien, welche Persönlichkeitsstörungen auf maßgeblich genetische Faktoren zurückführen, genannt werden. Des Weiteren gibt es die *kognitiv-behaviorale* Theorie, welche der Annahme ist, dass dysfunktionale kognitive Schemata zu devianten Verhaltensmustern und folglich zu zwischenmenschlichen Schwierigkeiten führen können. Hingegen gehen verschiedene, insbesondere jüngste, *psychoanalytische* Ätiologievorstellungen davon aus, dass Persönlichkeitsstörungen sich aus dem Hintergrund ungünstiger Bindungserfahrungen und aus einer nur ungenügenden Fähigkeit, eigene und fremde psychische Zustände zu reflektieren, entstehen können. Abschließend seien noch *interpersonelle* Erklärungsversuche genannt. Diese gehen wiederum davon aus, dass sich eine Persönlichkeitsstörung weniger auf die individuelle Entwicklung eines Menschen zurückführen lässt, sondern

dass diese vielmehr Ausdruck zwischenmenschlicher Beziehungen ist (vgl. Wöller, 2006).

In der aktuellen Fachliteratur gelten bei der Entstehung von Persönlichkeitsstörungen vielfältige Einflüsse als bedeutsam. Daher kann von einem multifaktoriellen Ursachegefüge ausgegangen werden. Folglich wirken biologische, psychologische und soziale Faktoren zusammen (vgl. Doering, Sachse, Habermeyer, Rudolf, Herpertz & Renneberg, 2008).

Wie sich gezeigt hat, ist das Konstrukt der Persönlichkeitsstörung äußerst umfassend und vielfältig. Vielfältig insbesondere deswegen, weil noch kein einheitliches Verständnis von Persönlichkeitsstörungen vorzuliegen scheint und es z. T. als umstritten gilt. Eine weitere, äußerst erhebliche Problematik der Persönlichkeitsstörungen ist die, dass bei einer solchen Diagnose keine spezifische Symptomatik als gestört und deviant betrachtet wird, sondern stets die Person in ihrer Ganzheit. Gerade dadurch können Betroffene insbesondere gesellschaftlichen Stigmatisierungen ausgesetzt sein. Diese gesellschaftlichen Ausgrenzungen, von Personen mit einer Persönlichkeitsstörung, sind nicht zuletzt auf die früher verwendeten Begrifflichkeiten Psychopathie und Soziopathie zurückzuführen (vgl. Bastine, 1998).

Mit diesen Begrifflichkeiten wird sich in dem folgenden Teilabschnitt, im Zusammenhang mit der historischen Betrachtung des Konstruktes der Persönlichkeitsstörung, eingehend auseinandergesetzt.

2.2.2 *Historische Betrachtung*

Der folgende Abschnitt wird nunmehr einen Einblick darüber geben, wie sich das Konstrukt der Persönlichkeitsstörung entwickelt und im Laufe der Jahrhunderte verändert hat. Es wird insbesondere auf wissenschaftliche Untersuchungen, auf prägende Autoren und vor allem auf die Änderung des Begriffes Psychopathie – in den der Persönlichkeitsstörung – eingegangen.

In Deutschland war der Begriff der *Psychopathie* zunächst, vor allem in der Psychiatrie, als Kennzeichnung für die Gesamtheit psychischer Störungen üblich. Dieser Begriff entfaltete sich kurze Zeit darauf als psychiatrischer Oberbegriff für Persönlichkeitsstörungen. Diese Begriffsverwendung ging insbesondere mit Koch einher, welcher in

seiner dreibändigen Monographie „Psychopathische Minderwertigkeiten“ in den Jahren 1891 bis 1893 in Deutschland erstmalig versuchte, Persönlichkeitsstörungen zu systematisieren. Jedoch führte diese Kennzeichnung in der darauf folgenden Zeit zu einer Negativkonnotation dieser Störungskategorie und beinhaltete folglich eine stigmatisierende Komponente (vgl. Fiedler, 1998).

Daraufhin folgten diverse andere Untersuchungen in dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen. Der Psychiater Ernst Kretschmer kam 1921, nach seinen Untersuchungen an schizophrenen und manisch-depressiven Patienten zu der Annahme, dass es insbesondere „[...] Zusammenhänge zwischen *Konstitution, Temperament* und *Körperbau*“ [Hervorhebung v. Verf.] (Fiedler, 1998, S. 17) gäbe. Er unterschied zunächst drei Körpertypen, wobei sich zwei als haltbar erwiesen. Den sog. „*leptosomen*“ Körperbau, welcher einem schizothymen Temperament und einer schizoiden Erkrankung entspräche, sowie der sog. „*pyknische*“ Körperbau, welcher einem zyklithymen Temperament entsprechen sollte und eine zyklische Erkrankung entwickeln könne. Diese beeinflussten die Systematisierung von Persönlichkeitsstörungen in der Psychiatrie erheblich. Der dritte sog. „*athletische*“ Körperbau mit einem viskösen Temperament, welcher sich in epileptiformen Erkrankungen äußern könne, wurde als Temperamentenausprägung nicht aufrechterhalten (vgl. Fiedler, 1998). Kretschmer teilte den zwei erstgenannten Temperamenten bestimmte Eigenschaftsworte zu, welche für das jeweilige Temperament als kennzeichnend betrachtet wurden. Danach beschrieb er Personen mit einem zyklithym-zyklischen Gemüt als „gesellig“, „gutherzig“ und „gemütlich“ aber auch als „still“ und „schwermütig“. Dementsprechend ging er davon aus, dass Personen in problematischen Lebenssituationen zu depressiven Erleben neigen, wobei dieser Zustand zwischen fröhlich und niedergeschlagen schwanken könne (vgl. Fiedler, 1998).

Bei Personen mit einem schizothym-schizoiden Charakter ging Kretschmer davon aus, dass sie ungesellig und sozial abgesondert sind. Sie seien „zurückhaltend“, „ernsthaft“ und „humorlos“, können aber auch „feinfühlig“ und „gutmütig“ sein. Demzufolge können sie in kritischen Lebensphasen entweder zwischen den Polen „reizbar und stumpf“ oder „empfindsam und kühl“ schwankend variieren (vgl. Fiedler, 1998).

Um Persönlichkeitsstörungen umfassend systematisieren und beschreiben zu können wurden im Laufe der Zeit eine Reihe weiterer Einteilungskonzepte und Erklärungsansätze postuliert. Die heute gängigen Klassifikationsmanuale wurden insbesondere von

dem Konzept des Psychiaters Kurt Schneider beeinflusst. Er unterschied 1923 in seiner Monographie „Die psychopathischen Persönlichkeiten“, zehn unterschiedliche Typen: die „Hyperthymen“, die „Depressiven“, die „Selbstunsicheren“, die „Fanatischen“, die „Geltungsbedürftigen“, die „Stimmungslabilen“, die „Explosiblen“, die „Gemütlosen“, die „Willenlosen“ und die „Asthenischen“. Er beleuchtete insbesondere auch die Aspekte der Ich-Syntonie und der Ich-Dystonie, die sich ebenfalls in den aktuellen Klassifikationssystemen finden lassen. Für Schneider war es vor allem wichtig eine orientierende Einteilung von bestimmten Persönlichkeitseigenschaften zu beschreiben, welche jedoch nicht als diagnostisches Instrument Verwendung finden sollte. Nach seinen Vorstellungen sollte sie lediglich als Orientierungshilfe für eine eventuelle Zuordnung fungieren, bzw. den Blick für eine mögliche Kombination von Persönlichkeitsmerkmalen schärfen (vgl. Fiedler, 1998).

Kurt Schneider versuchte in dieser Monographie eine neutrale Haltung, bezüglich Persönlichkeitsstörungen, einzunehmen und strebte insbesondere einen deskriptiven Ansatz ohne soziologische Wertungen an (vgl. Paulitsch, 2004). „Er definiert als abnorme Persönlichkeiten solche Menschen, die aufgrund ihrer Persönlichkeitseigenschaften von einer uns vorschwebenden, aber nicht näher bestimmbar Norm abweichen“ (Saß, Jünemann & Herpertz, 2003, S. 2). Nach dieser Definition können folglich auch besonders künstlerisch begabte oder außergewöhnlich intelligente Menschen als andersartig betrachtet werden. Daher ist das Merkmal der Anomalie für Schneider keineswegs hinreichend um eine psychische Störung zu diagnostizieren. Für ihn steht das Leiden der betreffenden Person bzw. das, aus dem Verhalten der betreffenden Person, resultierende Leiden anderer Menschen im Vordergrund (vgl. Saß et al., 2003).

Bei der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ergibt sich jedoch vor allem für die betreffenden Personen die gravierende Problematik der Stigmatisierung. Dies ist, wie bereits beschrieben, insbesondere auch auf die frühere Störungsbezeichnung Psychopathie zurückzuführen. Für eine Person mit einer Persönlichkeitsstörung wurde das damals gängige Vokabular des *Psychopathen* gebraucht. Diese Bezeichnungen enthalten vermeintlich pathologische Störungen des Erlebens einer Person innerhalb von Beziehungen und deren Verhalten in sozialen Kontexten. Diese Störungen können sich zum einen besonders in einem subjektiv empfundenen Leiden der betreffenden Person ausdrücken, welche in jeglichen Anforderungen des Lebens zu versagen scheint. Zum anderen kann

diese Störung aber auch in Form von dissozialen Verhalten, sprich in Norm- und Regelüberschreitungen zum Ausdruck kommen. Für diese ausgeprägten Formen des dissozialen Verhaltens finden sich vor allem noch in der Psychiatrie, die Begriffe *Soziopathie* für die Benennung der Störung und *Soziopath* für die Person mit jener Störung (vgl. Fiedler, 1998).

Ein Grund dafür, warum der Begriff Psychopathie eine derart negative Konnotation beinhaltet ist nicht zuletzt in den Überlegungen der Schuldfähigkeit zu finden. Folglich war ein primäres Anliegen der Psychiatrie, zwischen Personen, die unter krankhaften Psychopathien leiden und zwischen Personen, die beabsichtigt Kriminalität und mit Vorsatz ein Verbrechen verüben, zu unterscheiden. Infolgedessen können diverse Beschreibungen von Psychopathien gehäuft schlechte Eigenschaften, unterschiedlichste Aspekte von menschlichem Fehlverhalten und dissoziale Neigungen beinhalten (vgl. Fiedler, 1998). Folglich unterlagen und unterliegen Persönlichkeitsstörungen in einer Gesellschaft bestimmten Bewertungen, welche zumeist eine negative Konnotation und Stigmatisierungen mit sich bringen können (vgl. Saß et al., 2003).

Im Laufe der Antipsychiatriebewegung, in den sechziger und siebziger Jahren wurde aufgrund der o. g. Problematik der Stigmatisierung, welche insbesondere mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung einherging, massive Kritik an der Psychiatrieklassifikation geäußert. Dies führte insbesondere dazu, dass nicht nur der Begriff Psychopathie, sondern auch dessen Konzept abgelehnt wurde. Diesbezüglich wurde vor allem heftig kritisiert, dass bei der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht lediglich vereinzelte Verhaltensweisen, sowie einzelne Gefühle und Gedanken als gestört betrachtet werden, sondern die Person stets in ihrer Gesamtheit als pathologisch gestörtes Wesen angesehen wird (vgl. Fiedler, 1998).

Angesichts der Stigmatisierungsproblematik und der Vieldeutigkeit dieser Begriffe wurden die Konzeptionen Psychopathie und Soziopathie mit der Einführung der neuen Ausgaben der Klassifikationssysteme ICD-10 und des damaligen DSM-III, abgeschafft und durch den Begriff Persönlichkeitsstörung abgelöst. Dieser gilt seitdem als Oberbegriff für Anomalien in der Persönlichkeitsentwicklung. Des Weiteren wurden die Begriffe Psychose, Neurose und Hysterie aus den Klassifikationsmanualen entfernt, da diese eine Ätiologievorstellung der Störungen enthielten (vgl. Bronisch, 2003; Fiedler, 1998).

Mit der Einführung des Begriffes Persönlichkeitsstörung kann dennoch einer Stigmatisierung oder Etikettierung der betreffenden Personen nicht maßgeblich entgegen gewirkt werden. Wöller beschreibt u. a. folgerichtig, dass auch diese Bezeichnung mittlerweile eine „[...] sozial abwertende und stigmatisierende Konnotation [Hervorhebung v. Verf.] [...]“ (2006, S. 64) enthält, sodass auch diese Begriffsbestimmung und die beinhaltete Konstruktion überdacht werden sollte. Er beschreibt weiter: „Wir dürfen nie vergessen, dass wir von spezifischen Formen des Erlebens oder des Handelns sprechen und nicht von Erkrankungen oder Charakteranomalien. Gerade das Bewusstsein eines fließenden Überganges zwischen Persönlichkeitsstilen und Persönlichkeitsstörungen sollte uns vor herablassenden Pathologisierungen bewahren“ (Wöller, 2006, S. 64).

Trotz dieser Auffassung sind Annahmen, dass sich Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung lediglich anzustrengen brauchen, um ihr Verhalten zu ändern, in der heutigen Gesellschaft durchaus verbreitet. Ebenso weisen bestimmte Persönlichkeitsstörungen in den Klassifikationssystemen eine deutliche Bezugnahme zu schweren Krankheitsbildern auf. Wie zuvor beschrieben, wird bspw. der schizoiden Persönlichkeitsstörung im DSM-IV, ein besonderer Bezug zu schizophrenen und wahnhaften Störungen zugeschrieben. Diese Bezugnahme kann wiederum weitere Stigmatisierungen auslösen (vgl. König, 2004).

Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bringt ohne Zweifel eine Reihe von Veränderungen im Leben der betreffenden Person und ihrer sozialen Kontakte mit sich. Demnach ist diese Diagnose erst dann zu rechtfertigen und zu stellen, wenn sich die Beziehungsstörungen in einem beträchtlichem Maße, in beruflichen oder privaten Bereichen, erschweren sowie extremisieren und die betreffende Person unter ihren Persönlichkeitseigenarten leidet (vgl. Fiedler, 1998).

Paulitsch fügt in diesem Zusammenhang an, dass anfänglich eher von sog. „zyklischen“ psychischen Störungen, wie bspw. depressive Störungen oder Angststörungen, ausgegangen werden sollte, da diese Störungsbilder aufgrund ihres Behandlungskonzeptes meist günstigere Prognosen und somit diagnostischen Vorrang gegenüber Persönlichkeitsstörungen haben. Er geht weiter davon aus, dass diese Störungskategorie nicht zufällig in Kapitel F6 der ICD-10 zu verorten ist. „Es soll zum Ausdruck gebracht werden, dass fast alle anderen Störungen primär in Betracht gezogen werden sollen, um die Symptomatik evtl. besser erklären zu können“ (Paulitsch, 2004, S. 194).

Der folgende Teilabschnitt befasst sich nunmehr mit dem Phänomen der Ich-Syntonie, welches als Merkmal bei Persönlichkeitsstörungen beobachtet werden kann.

2.2.3 *Ich-Syntonie bei Persönlichkeitsstörungen*

Dieses Unterkapitel beschäftigt sich nunmehr mit dem Charakteristikum der Ich-Syntonie bei Persönlichkeitsstörungen. In diesem Zusammenhang wird parallel die Ich-Dystonie beschrieben.

Ein *ich-syntones Erleben* bedeutet, dass die betreffende Person ihre Verhaltensweisen eher in seltenen Fällen als störend, deviant oder als grenzüberschreitend wahrnimmt. Sie betrachtet ihr Verhalten vielmehr als besondere Eigenart ihrer Person selbst. Infolgedessen geht die betreffende Person häufig davon aus, dass die Schwierigkeiten und deren Ursachen bei anderen Mitmenschen zu suchen sind (vgl. Bastine, 1998). Des Weiteren leidet die besagte Person zumeist auch nicht unter ihren Verhaltens- und Erlebensweisen, da diese eben als zu sich zugehörig und nicht als fremd betrachtet werden. Folglich kann Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung, durchaus eine Störungseinsicht fehlen. Es leidet scheinbar nicht die Person selbst, sondern vielmehr ihr soziales Umfeld (vgl. Fiedler, 1998).

Die Frage nach der Festlegung einer, lediglich ausgeprägten, Persönlichkeitseigenart oder der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung hängt jedoch von der Beurteilung außen stehender Personen ab, sodass der Betroffene kaum einen Einfluss auf die Beurteilung hat (vgl. Fiedler, 1998).

Bei anderen psychischen Störungen, hierzu gehören u. a. affektive Störungen und Angststörungen, folglich alle Achse I-Störungen des DSM-IV, wird davon ausgegangen, dass die betreffende Person hingegen deutlich unter ihren Erlebens- und Verhaltensweisen bzw. an den klinischen Symptomen leidet. Diese werden folglich nicht zur Person zugehörig, sondern als fremd und störend empfunden. Jenes Phänomen wird als *Ich-Dystonie* beschrieben. Personen mit diesen psychischen Erkrankungen werden infolgedessen ein ausgeprägtes Störungsbewusstsein und folglich auch eine höhere Motivation, ihr Verhalten zu ändern und somit ihren Leidensdruck zu reduzieren, nachgesagt (vgl. Fiedler, 1998). Jedoch ist auch hier schwer eine Abgrenzung vorzunehmen, „[...]

da die *Übergänge zwischen einer auffälligen Persönlichkeit und einer klinischen Symptomatik* [Hervorhebung v. Verf.] fließend sind“ (Bastine, 1998, S. 181).

Das Bestehen einer Ich-Syntonie bedeutet folglich nicht, dass die betreffende Person niemals zu einer Einsicht in ihr Verhalten gelangt. Im Gegenteil, die Person kann sich ihrer Schwierigkeiten bewusst werden, indem sie über die Probleme, in den verschiedenen Bereichen ihres Lebens, nachdenkt bzw. zum Nachdenken angeregt wird. Dies ist zwangsläufig dann der Fall, wenn es zu vermehrten Belastungen in persönlichen Beziehungen, vor allem mit dem Partner, aber auch im Berufsleben kommt. Je stärker die betreffende Person unter diesen, von ihr erlebten, belastenden Umständen leidet, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie ihr Verhalten reflektiert und somit eine eventuelle Einsicht in ihren Anteil der Beziehungsschwierigkeiten gewinnt. Bis eine Person jedoch erkennt, dass bestimmte Schwierigkeiten in ihren Beziehungen mit anderen Menschen bestehen und sie ein Leiden aus ihrem Verhalten und Erleben bemerkt, sind diese Beziehungsschwierigkeiten, welche aus bestimmten kontextunabhängigen und zeitstabilen abweichenden Verhaltensweisen resultieren, zumeist nur aus Fremdbeobachtungen von anderen Personen zu erkennen. Folglich betrachtet die betreffende Person diese Verhaltensweisen als zugehörige Eigenschaften, hingegen sie von einer Außenperspektive bereits als gestört und deviant beurteilt werden können (vgl. Fiedler, 1998).

Personen mit einer fehlenden Störungseinsicht, wie dies bei Persönlichkeitsstörungen der Fall sein kann, bemerken ihre Probleme meist erst im Umgang mit anderen Menschen, wenn Mitmenschen, wie Partner, Familie oder Freunde und Kollegen, Kritik über das Verhalten äußern und auf die Problematik aufmerksam machen. Solche Formen der Rückmeldung anderer Mitmenschen stoßen jedoch nicht immer gleich auf Resonanz der betreffenden Person. Demzufolge wird Kritik nicht leichtgläubig akzeptiert und es besteht folglich keine Einsicht das – von anderen, als problematisch eingestufte – Verhalten zu ändern. Eine Ablehnung von kritischen Äußerungen über bestimmte Verhaltensweisen der betreffenden Person ist vor allem dann wahrscheinlich, wenn angemerkt wird, dass es sich um kontextunabhängige Verhaltensweisen der Person handelt (vgl. Fiedler, 1998; Bastine, 1998).

Eine betreffende Person wird meist nur dann die Kritik einer Verhaltensweise akzeptieren, wenn sie die Möglichkeit in Betracht zieht, dass ihr Verhalten tatsächlich als störend gelten kann und es somit erforderlich macht, dieses zu ändern. „Ist das Interak-

tionsmuster *nicht* auf die Ebene der *Ich-Dystonie* [Hervorhebung v. Verf.] transferierbar, liegt die Schlußfolgerung der ich-syntonen Persönlichkeitsstörung nahe – mit vielfältigen Implikationen für die Betroffenen (die von ihrer Uneinsichtigkeit bis zur möglichen Irreversibilität der Persönlichkeitsstörungen reichen können)“ (Fiedler, 1998, S. 9).

Auch wenn die Ich-Syntonie bei Persönlichkeitsstörungen ein markantes Merkmal zu sein scheint, kann dennoch davon ausgegangen werden, dass die Betroffenen z. T. an ihrem Verhalten leiden und es sich somit auch um eine ich-dystone Störung handeln kann (vgl. König, 2004). Demzufolge sollte das Merkmal der Ich-Syntonie für Persönlichkeitsstörungen nicht als unmittelbar und allgemein gültig betrachtet werden. Wie beschrieben ist es möglich, dass Personen nicht nur an Symptomen, sondern auch an ihren eigenen Persönlichkeitseigenschaften leiden können. Des Weiteren bestehen bei den unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen ebenso unterschiedliche Einsichtsfähigkeiten, sodass nicht per se von einem allgemeinen Merkmal der Persönlichkeitsstörungen ausgegangen werden kann. Diese Thematik wirft u. a. die Frage auf, ob eine Separation von Achse II-Störungen und Achse I-Störungen im DSM-IV überhaupt tragbar sei, wobei dies sicher in den folgenden Ausgaben der Klassifikationssysteme ein zu bearbeitendes Thema darstellen wird (vgl. Barnow, 2008).

Abschließend kann davon ausgegangen werden, dass bei Persönlichkeitsstörungen – ebenso wie bei Achse-I-Störungen – „[...] das Ausmaß an Einsichtsfähigkeit bzw. Wahrnehmung der Symptome als ich-dyston von der Art der jeweiligen Störung abhängig ist, wobei eine globale Aussage zur besseren Einsichtsfähigkeit von Patienten mit Achse I-Störungen versus Persönlichkeitsstörungen generell nicht aufrechtzuerhalten ist“ (Barnow, 2008, S. 25).

Der folgende Abschnitt befasst sich nunmehr ausführlich mit der Thematik der schizoiden Persönlichkeit. Es werden u. a. historische Hintergründe, die schizoide Persönlichkeitsstörung im Kontext der aktuellen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV, sowie Überlegungen zur Pathogenese betrachtet. Der Abschluss dieses Kapitels wird eine kritische Reflexion dieser Störungskategorie darstellen.

3 Die schizoide Persönlichkeit

Dieses Kapitel behandelt nunmehr den ersten Teil des thematischen Schwerpunkts der vorliegenden Arbeit. Es handelt sich um die schizoide Persönlichkeit, welche bei einer extremen Ausprägung, als schizoide Persönlichkeitsstörung definiert wird. Das Konzept der schizoiden Persönlichkeitsstörung gilt dabei als eine der verworrensten Diagnosen in den Klassifikationssystemen und konnte auch nach ca. 100 Jahren nicht definitiv und endgültig als diagnostische Kategorie festgelegt werden (vgl. Merod, 2005). Darüber hinaus stellt sich, vor allem im Zusammenhang mit den modernen Klassifikationssystemen die Frage, ob der Begriff und die Konzeption der schizoiden Persönlichkeitsstörung fachlich zu rechtfertigen und tragbar seien. Bevor sich jedoch mit dieser Fragestellung befasst wird, erfolgt zunächst eine historische Betrachtung des Störungsbildes der schizoiden Persönlichkeitsstörung.

3.1 Historische Hintergründe

Oftmals erscheint es unklar bis zu welchem Zeitpunkt die Geschichte des Konzeptes der schizoiden Persönlichkeitsstörung zurückverfolgt werden sollte. Einige Autoren betrachten bereits Bleulers Konzeption der latenten Schizophrenie (1911), die insbesondere bei Angehörigen schizophrener Patienten gefunden wurde, als ersten Vorreiter der schizoiden Persönlichkeitsstörung. Bleuler fokussierte mit dieser Bezeichnung jedoch keinesfalls Persönlichkeitsstörungen im engeren Sinne, sondern vielmehr Frühstadien der Schizophrenie, ohne stark ausgeprägte Symptome. Daher geht die eigentliche Bezeichnung „*schizoid*“, historisch betrachtet, auf Kretschmer zurück (vgl. Merod, 2005).

An dieser Stelle werden dennoch Bleulers Arbeiten, zur anfänglichen Erforschung der Schizophrenie im Zusammenhang mit der Schizoidie, für ein besseres Verständnis der Thematik vorgestellt.

Bleuler und Kollegen gingen davon aus, dass eine schizophrene Erkrankung hereditär verursacht werden konnte. In diesem Kontext rückten Persönlichkeitsauffälligkeiten naher Verwandter von schizophrenen Patienten in den Vordergrund des Forschungsinter-

resses. In diesem Zusammenhang wurde die Beobachtung diskutiert, dass eine Reihe der nichtpsychotisch erkrankten Familienmitglieder, von Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung, einige Auffälligkeiten in ihrem Verhalten zeigten, wobei diese bei Verwandten von Patienten ohne eine Schizophrenie selten oder überhaupt nicht festgestellt werden konnte. Zu diesen Verhaltensauffälligkeiten zählten insbesondere „[...] die Neigung zur sozialen Isolation und ein exzentrischer Kommunikationsstil“ (Fiedler, 1998, S. 167).

Diese Interaktionsbesonderheiten konnten ebenso bei Patienten mit einer, sich zum Teil, gebesserten schizophrenen Erkrankung beobachtet werden. Dementsprechend wurde davon ausgegangen, dass eine Persönlichkeitseigenschaft im Zusammenhang mit Schizophrenie gefunden war, die insbesondere dann auftritt, wenn sich die stark ausgeprägten Symptome der Schizophrenie dezimiert haben bzw. gar nicht mehr vorhanden waren. Die Tatsache, dass jedoch nicht alle Angehörigen gleichermaßen, bzw. z. T. auch gar nicht betroffen zu sein schienen, deutete daraufhin, dass sich das Ausmaß einer schizoiden Persönlichkeitseigenschaft deutlich unterscheiden konnte. Daher nahm Bleuler an, dass die Grenzen zwischen einer schizoiden Persönlichkeit, die sich in einem normalen Bereich befindet, und einer latenten Schizophrenie nicht eindeutig festzulegen sind (vgl. Fiedler, 1998).

Aufgrund der zuvor beschriebenen Arbeiten mit den Angehörigen schizophrener Patienten, kam Bleuler zu der Annahme, dass es einen Übergang zwischen der schizoiden Struktur und latenten Verlaufsformen der Schizophrenie, mit den kennzeichnenden Störungen im Denken und sozialen Dysfunktionen, gäbe. Diese Annahme, eines fließenden Überganges von bestimmten Charaktereigenheiten und psychotischen Erkrankungen, lässt sich ebenfalls in Kretschmers Vorstellungen eines *Kontinuums*, von einem sog. „schizothymen Temperament“, welches psychologisch normal fassbare Akzentuierungen beinhalte, über den „schizoiden Typus“, welcher bereits als psychopathologische Störung gelten kann, bis hin „zur schizophrenen Psychose“, im Jahre 1921 finden (vgl. Herpertz & Wenning, 2003; Merod, 2005).

Dieser erste kontinuumstheoretische Übergang, dessen Erörterung und dessen Verwendung, von einer noch als normal bezeichneten Schizotypie, einer grenzwertigen Schizoidie und der eindeutig pathologisch gestörten Schizophrenie, standen zu Beginn des letzten Jahrhunderts im Vordergrund des psychiatrischen Denkens. Dennoch gab es

zu der gleichen Zeit, bezüglich der Auffassung Kretschmers, ein deutliches Entgegenwirken von Kurt Schneider. Schneider beharrte darauf, dass zwischen einer Schizophrenie, als krankhafter Verlauf, und einer schizoiden Persönlichkeitsauffälligkeit, strikt getrennt werden solle. Aufgrund dieses gegenteiligen Standpunktes, nahm Schneider, Kretschmers Position einer schizoiden Psychopathie nicht in seine asystematische Einteilung gestörter Persönlichkeiten auf. Dennoch wies Schneiders Typologie, welche einen großen Einfluss auf die modernen Klassifikationssysteme hatte, im Jahre 1934, an dem Beispiel des „matten (verschrobenen) Fanatikers“, einige typische Charakteristika des Schizoids im Sinne Kretschmers und des heutigen Schizotypen auf, sodass sich das schizoide Persönlichkeitskonstrukt nicht vollständig beseitigen ließ (vgl. Merod, 2005).

Kretschmer beschreibt als wesentliche Merkmale der schizoiden Persönlichkeiten „[...] ihre Neigung zu sozialer Isolation und zu einem autistischen In-Sich-Hineinleben“ (Fiedler, 1998, S. 167). Für Kretschmer waren dabei hochempfindliche, reizbare Attribute, sowie eine besonders auffallende Kühle und eine gleichmütige Art, anderen Menschen gegenüber, zentral. „Es wird das Bild von Personen entworfen, die sich bis in das Interaktionsverhalten hinein äußerst zwiespältig darstellen: zurückgezogen, kühl, schroff und ablehnend auf der einen Seite, empfindsam, leicht verletzbar, launisch und sprunghaft auf der anderen“ (Fiedler, 1998, S. 167).

Diese zwiespältigen, gegensätzlichen Pole der „*Hyperästhesie*“ und der „*Anästhesie*“ waren für Kretschmer zwei kennzeichnende Eigenarten der Schizoidie. Die Kombination dieser beiden Pole wurde als sog. „*psychästhetische Proportion*“ bezeichnet. Kretschmer wies darauf hin, dass beide Qualitäten i. d. R. gemeinsam vorliegen. Demnach seien die Extreme der Überempfindlichkeit und der Affektkühle, genau genommen theoretische Konstruktionen. Dementsprechend ging Kretschmer davon aus, dass Überempfindlichkeit und Kälte in einem Wechselverhältnis stehen (vgl. Merod, 2005).

Im Verlauf der sog. „High-Risk-Studien“ zur Schizophrenie, in den siebziger Jahren, entwickelte sich der Begriff *Schizophrenie-Spektrum*. Dieses sog. Schizophrenie-Spektrum sollte auf der einen Seite, Übergänge von einer voll ausgebildeten andauernden Schizophrenie kennzeichnen, wobei in der Mitte die sog. Borderline-Schizophrenie einzuordnen sei. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass der „[...] Begriff ‚Borderline‘ im Zusammenhang mit der frühen Erforschung der familiär-genetischen Verursachung der Schizophrenie zur Kennzeichnung der unsicheren Übergänge zwischen

Persönlichkeitsauffälligkeit und manifester Schizophrenie benutzt wurde [...]“ (Fiedler, 1998, S. 168). Dieser Borderline-Schizophrenie wurden Eigenschaften, wie bspw. fremdartige Denkgewohnheiten zugeschrieben. Auf der anderen Seite des o. g. Schizophrenie-Spektrums wurde die schizoide Persönlichkeitsstörung angenommen, wobei diese dann zu klassifizieren war, wenn von einem geringen Ausprägungsgrad der Eigenschaften einer Borderline-Schizophrenie ausgegangen wurde (vgl. Fiedler, 1998).

Trotz zahlreicher Studien zu dem Zusammenhang von schizophrenen Erkrankungen und Schizoidie konnten, die insbesondere anästhetischen Eigenarten der schizoiden Persönlichkeit wie sie Kretschmer beschrieb, bis heute keine sichere Verbindung zur Schizophrenie aufweisen. Die hyperästhetischen Eigenarten hingegen sollen „[...] sehr wohl eine prädiktive Validität als Risikomarker für Schizophrenie [...]“ (Fiedler, 1998, S. 168) besitzen. Darunter zählen insbesondere launenhaftes Verhalten, geringere ausgeprägte Denk- und Kommunikationsstörungen sowie eine hohe Sensibilität gegenüber Kritik (vgl. Fiedler, 1998).

Einige Zeit später wurde vorgeschlagen, die Persönlichkeitsmerkmale der Spektrum-Schizophrenie von einer Schizoidie abzukoppeln, wobei der Begriff „*schizotypikal*“, für die bis dahin bezeichnete „Borderline-Schizophrenie“, eingesetzt wurde. Daraufhin sollte die schizoide Persönlichkeitsstörung für Persönlichkeitsdevianzen verwendet werden, wobei der Fokus auf den anästhetischen Merkmalen liegt (vgl. Fiedler, 1998).

Aufgrund dieser Begriffsabkopplung wurde der Begriff „Schizoidie“, in seinem ursprünglichen Gebrauch, mit der Einführung des DSM-III in die schizoide und die schizotypische Persönlichkeitsstörung untergliedert. Es beschreibt jedoch nur noch die schizotypische Persönlichkeitsstörung, Persönlichkeitsmerkmale des Schizophrenie-Spektrums. Die schizoide Persönlichkeitsstörung wird in den aktuellen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV anderweitig operationalisiert, worauf in dem folgenden Abschnitt ausführlich eingegangen wird (vgl. Herpertz & Wenning, 2003).

Zusammengefasst bedeutet dies: „Historische Konzeptionalisierungen der Schizoidie als typische prämorbidie Persönlichkeitseigenschaften oder Ausdünnungsformen schizophrener Erkrankungen finden sich heute im Konzept der schizotypischen Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV, nicht aber der schizoiden Persönlichkeitsstörung wieder“ (Herpertz & Wenning, 2003, S. 66).

Der folgende Abschnitt befasst sich nunmehr mit den kennzeichnenden Merkmalen einer schizoiden Persönlichkeitsstruktur und geht nachfolgend auf die diagnostischen Kriterien der Klassifikationsmanuale ICD-10 und DSM-IV der schizoiden Persönlichkeitsstörung ein.

3.2 Beschreibung und Klassifikation der schizoiden Persönlichkeit

Dieser Abschnitt der vorliegenden Arbeit wird nunmehr einen spezifischen Einblick in die Beschreibungen der Konzeption von schizoiden Persönlichkeiten geben. Es wird versucht, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede einer ausgeprägten schizoiden Persönlichkeitsstruktur und einer schizoiden Persönlichkeitsstörung herauszuarbeiten bzw. zu verdeutlichen. Zu Beginn erfolgt eine nicht-pathologische Betrachtungsweise der schizoiden Persönlichkeitsstruktur.

3.2.1 Die schizoide Persönlichkeitsstruktur

Die schizoide Persönlichkeitsstruktur bzw. dieser Persönlichkeitsstil eines Menschen wird auch als der sog. „ungesellige Stil“ bezeichnet, wobei die Personen, die ein solches Verhalten zeigen, nicht selten als „Einzelgänger“ und „Eigenbrödler“ betitelt werden (vgl. Merod, 2005).

An dieser Stelle erfolgt zunächst ein Zitat, welches die schizoide Persönlichkeitsstruktur in einer nicht-pathologischen Form beschreibt bzw. Formulierungen verwendet, die wenig an eine Persönlichkeitsstörung erinnern lassen, obwohl diese nachfolgend beschriebenen Merkmale ebenso als diagnostische Kriterien für die schizoide Persönlichkeitsstörung herangezogen werden.

Ungesellige Menschen brauchen niemanden. Die verrückte Menge lässt sie kalt, sie haben nicht den Drang, zu beeindrucken und zu gefallen, und sie sind bemerkenswert frei von den Gefühlen und Verwicklungen, die so viele andere Menschen ab-

lenken. Was sie an Gefühl und Intimität vielleicht verlieren, gewinnen sie an Klarheit. Ungesellige Menschen sehen die Fakten unserer Existenz, für die uns unsere Leidenschaften so oft blind machen.

Sie haben ein geringes Bedürfnis nach Gesellschaft und fühlen sich allein am wohlsten; die Liebe zum Alleinsein ist ein Hauptmerkmal von einzelgängerischen Menschen. Sie erledigen Arbeiten gerne allein und gründlich, haben große Freude an Abstraktionen und Fantasien. Sie sind selbständig und brauchen keine Interaktion mit anderen, um ihre Erfahrungen zu genießen oder im Leben voranzukommen. Sie lassen sich selten aus der Ruhe bringen oder aus der Reserve locken, sind aber zögerlich und zurückhaltend. Weiterhin sind sie ausgeglichen, ruhig, leidenschaftslos, unsentimental und unerschütterlich. Sie werden nicht von sexuellen Bedürfnissen getrieben; Sex macht ihnen Spaß, aber sie leiden nicht unter seiner Abwesenheit. Lob und Kritik beeinflusst sie nicht und sie können ihr eigenes Verhalten selbstbewusst akzeptieren. (Merod, 2005, S. 319)

Diese ausführliche Beschreibung einer schizoiden Persönlichkeitsstruktur kann unheimlich eine Reihe attraktive und z. T. erstrebenswerte Eigenschaften für einen Menschen beinhalten. Welche, in einer Gesellschaft lebende, Person möchte nicht von anderen Menschen unabhängig, selbstbewusst, eigenständig und zwanglos ihr Leben gestalten?!

Bleuler ging bereits im Jahre 1911 davon aus, dass Menschen, die die Möglichkeit haben, schizoide Personen näher kennen zu lernen, erkennen können wie bewegt und reichhaltig deren Innenleben sein kann. Bleuler beschrieb weiter, dass die fördernden Züge einer schizoiden Struktur Charakterfestigkeit, Unbeugsamkeit, Eigenständigkeit, sowie Originalität und schöpferische Kreativität sind (vgl. Bleuler, 1983).

Demzufolge beinhaltet eine schizoide Persönlichkeitsstruktur nicht zwangsläufig pathologische Kennzeichen. Bleuler ging ebenso im Jahre 1922 davon aus, dass die Bezeichnung „schizoid“ eine Form psychischen Seins ausdrückt, die bei jedem Menschen, mehr oder weniger ausgeprägt, aber dennoch vorhanden sei (vgl. Bleuler, 1922).

Diese Persönlichkeitsstruktur hat aber dennoch bestimmte Eigenschaften, die es der Person erschweren können, sich so unbeschwert und bedenkenlos durchs Leben zu bewegen. Diese charakteristischen Merkmale werden nachfolgend ausführlich beschrieben.

In der Regel werden Personen mit einer schizoiden Persönlichkeit von anderen Menschen, zwar als selbstbewusst und unabhängig, vor allem aber auch als gleichgültig und am Gegenüber desinteressiert erlebt. Dies resultiert nicht zuletzt aus dem spezifischen, häufig unempathischen und meist auch schroffen, verbalen Kommunikationsstil der schizoiden Person. Aber auch das nonverbale Kommunikationsverhalten wirkt verschlossen, abweisend und distanziert. Das Ausdrucksverhalten von Menschen mit einer schizoiden Persönlichkeitsstruktur lässt dabei auch keine emotionale Stimmung oder jegliche Bezogenheit auf den Gegenüber erkennen. Weitere, weniger erstrebenswerte und, für andere Menschen, unsympathische Merkmale schizoider Personen sind bspw., dass sie sozial isoliert leben und scheinbar kein Interesse an anderen Menschen haben. Folglich kann der Eindruck entstehen, dass sie das Zusammensein mit anderen Menschen als fremd oder langweilig empfinden. Sie sind meist der Auffassung, dass sie lieber für sich allein sind und keine anderen Menschen brauchen. Partnerschaftliche Beziehungen bleiben, wenn sie überhaupt eingegangen werden, distanziert und beruhen auf Regeln und Ritualen, die den Grad der Nähe bestimmen. Es scheint, als seien sie gegenüber emotionalen Gegebenheiten aus der Umwelt unberührbar, welche bei anderen Menschen Gefühle der Freude, Angst, Trauer oder Wut auslösen (vgl. Herpertz & Wenning, 2003).

Dementsprechend beschrieb auch Bleuler das rücksichtslose, egoistische und ungesellige Verhalten, als eher schädliche Züge der schizoiden Struktur (vgl. 1983).

Ohne, eine solche Persönlichkeitsstruktur bereits in eine pathologische Störungskategorie verweisen zu wollen, oder bereits als Störung der Persönlichkeit zu deklarieren, stellt sich trotz alledem die Frage, warum einige Personen von anderen Menschen derart isoliert leben und dies vermeintlich auch wollen. Es sei allerdings gesagt, dass nicht alle schizoiden Personen generell den emotionalen Kontakt meiden und sich vor diesem zurückziehen. Was sie maßgeblich vermeiden wollen, seien die Verletzungen, welche sie zwangsläufig mit einem emotionalen Kontakt zu anderen Menschen in Verbindung

bringen (vgl. Wöller, 2006). Zu dieser Thematik wird sich später, im Zusammenhang mit den Ätiologieüberlegungen, ausführlich geäußert.

Aus diesem Sachverhalt ergibt sich nach Guntrip das sog. „*schizoide Dilemma*“, welches er 1968 beschrieb. Dieses besagt, dass sich schizoide Menschen zwar nach sozialen Kontakten mit anderen Menschen sehnen, sie die damit verbundene Nähe jedoch zu sehr ängstigt (vgl. Wöller, 2006). Wolfgang Wöller (u. a. Psychoanalytiker) drückt dies in folgenden Worten aus:

Zu viel Nähe birgt die Gefahr, vom Objekt verschlungen zu werden und die Identität zu verlieren. Die Durchlässigkeit ihrer Selbstgrenzen lässt zwischenmenschliche Kontakte zu einer stetigen Bedrohung für die Kohärenz des Selbst werden, so dass der Rückzug von sozialen Beziehungen als der einzige Ausweg erscheint. (2006, S. 261)

Schizoide Personen stehen folglich zwischen zwei Extremen. Einerseits verspüren sie einen Liebeswunsch, bei dem jedoch befürchtet wird, dass sie intensive Abhängigkeits- und Verschmelzungswünsche bei dem anderen auslösen würden, was wiederum den Verlust der Identität der schizoiden Person bedeuten könnte. Auf der anderen Seite befinden sich die Betroffenen in einer Isolation und empfinden Einsamkeitsgefühle, die für die Person kaum zu ertragen sind. Folglich versuchen sich schizoide Personen einerseits vor ihren Liebeswünschen und andererseits vor der Isolation zu schützen. Dementsprechend suchen sie einen Ersatz für Beziehungen, welcher sich zumeist in einem ausgeprägten Einfallsreichtum aber auch in Suizidphantasien äußern kann (vgl. Wöller, 2006).

Diese letzteren in dem Abschnitt beschriebenen Merkmale stellen nunmehr einen fließenden Übergang zu den diagnostischen Kriterien einer schizoiden Persönlichkeitsstörung dar. Diese Diagnosekriterien, der aktuellen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV einer schizoiden Persönlichkeitsstörung, werden in den folgenden Teilabschnitten ausführlich beschrieben.

3.2.2 Die schizoide Persönlichkeitsstörung

Die diagnostische Kategorie der schizoiden Persönlichkeitsstörung beschreibt Menschen, die insbesondere reservierte, kühle, ruppige und einzelgängerische Verhaltensweisen aufzeigen und eine geringe emotionale Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit besitzen (vgl. Herpertz & Wenning, 2003).

Durch die, bereits zuvor beschriebene, Abkopplung der schizoiden Persönlichkeitsstörung von den Persönlichkeitsmerkmalen der Spektrum-Schizophrenie, ist diese nunmehr durch anästhetische Merkmale gekennzeichnet (vgl. Kap. 3.1). Menschen, die folglich zurückgezogen leben, sich anderen Menschen gegenüber kühl, ablehnend und gleichgültig verhalten (vgl. Fiedler, 1998).

Für die schizoide Persönlichkeitsstörung sind dementsprechend zwei Merkmale besonders charakteristisch. Einerseits der *Mangel* an zwischenmenschlichen Beziehungen und andererseits die *vermeintliche Gleichgültigkeit* gegenüber diesem Mangel. Folglich scheint es so, als ob Personen mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung, soziale Kontakte als lästig und überflüssig und Beziehungen als unangenehm und nicht erwünscht empfinden. Dementsprechend können diese Personen meist introvertiert, isoliert und verbindungslos erscheinen. Gegenüber positiver oder negativer Kritik von anderen scheinen sie kaum zu reagieren und lassen eine Affektkühle gegenüber ihren Mitmenschen erkennen, sodass sie weder negative noch positive emotionale Reaktionen zeigen. Ebenso scheinen sie gegenüber sozialen Regeln und Normen gleichgültig zu sein. Folglich sind sie in zwischenmenschlichen Beziehungen in einem hohen Maße eingeschränkt (vgl. Merod, 2005; Fiedler, 1998).

Die schizoide Persönlichkeitsstörung zählt zu den eher selten diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen, sodass diese Diagnose in der Praxis kaum gestellt wird. Die Prävalenzraten schwanken zwischen 0,48 % und 0,9 %, im Vergleich zu der Gesamtprävalenz der Persönlichkeitsstörungen von ca. 10,3 %. Die Betroffenen befinden sich dabei kaum in stationären Einrichtungen. Es wird dennoch davon ausgegangen, dass die Zahl der Betroffenen in der Bevölkerung weitaus höher liegt (vgl. Merod, 2005; Fiedler, 1998; Andresen, Naber, Moritz, Klein & Lambert, 2001).

Zur Konkretisierung der bisher beschriebenen Merkmale der schizoiden Persönlichkeitsstörung folgen nunmehr die deskriptiven diagnostischen Kriterien der aktuellen

Klassifikationssysteme. Es werden insbesondere die, für die schizoide Persönlichkeitsstörung, relevanten Ausschlusskriterien bzw. die Differentialdiagnosen beleuchtet. Zunächst werden Diagnosekriterien der ICD-10 aufgeführt und betrachtet.

3.2.2.1 Diagnostische Kriterien nach ICD-10

Die ICD-10 beschreibt die schizoide Persönlichkeitsstörung ebenfalls, wie die anderen Persönlichkeitsstörungen, als tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, welche sich insbesondere in rigiden Reaktionen, in diversen persönlichen und sozialen Lebenssituationen eines Individuums zeigen können (vgl. Dilling & Freyberger, 2001).

In der ICD-10 ist die schizoide Persönlichkeitsstörung mit dem Code F60.1 versehen. Dieses Störungsbild ist insbesondere durch eine Vermeidung von affektiven, sozialen und anderen Kontakten bzw. Beziehungen, mit dem Hang zur übermäßigen Phantasie, sowie einzelgängerischen Verhalten und durch eine introvertierte Haltung gekennzeichnet. Des Weiteren besteht bei den Betroffenen nur eine geringe Fähigkeit ihren Gefühlen Ausdruck zu verleihen und Freude zu empfinden (vgl. Dilling & Freyberger, 2001).

Der Begriff „schizoid“ sollte dennoch als eher problematisch bzw. fraglich betrachtet werden, da er „so ähnlich wie schizophren“ bedeutet und somit eine Verbindung zu schizophrenen Störungen vorgibt. Diese Verwandtschaft ist jedoch ausschließlich bei der schizotypen Störung gegeben und daher in der ICD-10, unter dem Kapitel F2 – schizophrene Störungen – eingeordnet. Folglich sollte „die Bezeichnung ‚schizoid‘ [...] nur für Persönlichkeitsmerkmale verwendet werden, die distanzierte, introvertierte und emotional eingeschränkte Verhaltensweisen beschreiben und darf *nicht* [Hervorhebung v. Verf.] mit ‚schizophren‘ verwechselt werden“ (Paulitsch, 2004, S. 199).

Bevor nunmehr eine schizoide Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden kann, sind entsprechende, nachfolgend beschriebene Störungsbilder auszuschließen.

Das *Asperger-Syndrom* als leichtere Form, mit der Codierung F84.5, gilt als die schwierigste Differentialdiagnose zur schizoiden Persönlichkeitsstörung, da sich diese ebenso durch eine dauerhafte Beeinträchtigung der sozialen Interaktion ausdrücken kann (vgl. Herpertz & Wenning, 2003; Dilling & Freyberger, 2001). Es wird zu den tief greifenden Entwicklungsstörungen gezählt, wobei es sich um eine ausgeprägte Kontakt- und Kommunikationsstörung handelt. Diese wird spätestens im Vorschulalter manifest

(vgl. Remschmidt, 2000). An dieser Stelle ist anzumerken, dass zwar die Diagnose einer schizoiden Persönlichkeitsstörung das Asperger-Syndrom ausschließt, das Asperger-Syndrom wiederum eine schizoide Störung des Kindesalters (F84.5) einschließt, sodass lt. ICD-10 die schizoide Störung des Kindesalters, mit gleicher Codierung als dazugehöriger Begriff zum Asperger-Syndrom gezählt wird. Diese undeutlichen Beschreibungen bringen jedoch Missverständnisse mit sich und fordern folglich weitere Auseinandersetzungen (vgl. Remschmidt, 2000).

Des Weiteren ist eine schizoide Persönlichkeitsstörung von dem Störungsbild der *Schizophrenie* mit der Codierung F20.x, von *wahnhaften Störungen* mit der Codennummer F22.0 und von der *schizotypen Störung*, welche in der ICD-10 durch F21 codiert wird, abzugrenzen. Durch die, bei der schizoiden Persönlichkeitsstörung, fehlenden Symptome der Schizophrenie, wie Wahnbildung und Halluzinationen, ist die Unterscheidung dieser beiden Störungsbilder, vergleichsweise zu der schizotypen Störung, bei der sich auch Störungen der Kommunikation finden lassen, einfach. Des Weiteren müssen diverse andere Persönlichkeitsstörungen differenzialdiagnostisch in Betracht gezogen werden (vgl. Herpertz & Wenning, 2003; Dilling & Freyberger, 2001; Paulitsch, 2004). Diese werden im anschließenden Kapitel 3.2.2.2 der Diagnosekriterien des DSM-IV ausführlich vorgestellt.

Nach der differentialdiagnostischen Begutachtung kann eine Diagnose einer schizoiden Persönlichkeitsstörung in Betracht gezogen werden. Dafür sind ebenfalls obligatorische Diagnosekriterien zu beachten, welche nachfolgend, entsprechend der ICD-10 dargestellt sind:

- A. Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F60) müssen erfüllt sein. [vgl. Kap. 2.2.1.1]
- B. Mindestens vier der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen müssen vorliegen:
 1. wenn überhaupt, dann bereiten nur wenige Tätigkeiten Freude;
 2. emotionale Kühle, Distanziertheit oder abgeflachter Affekt;

3. reduzierte Fähigkeit, warme, zärtliche Gefühle für andere oder Ärger auszudrücken;
4. erscheint gleichgültig gegenüber Lob oder Kritik von anderen;
5. wenig Interesse an sexuellen Erfahrungen mit einem anderen Menschen (unter Berücksichtigung des Alters);
6. fast immer Bevorzugung von Aktivitäten, die alleine durchzuführen sind;
7. übermäßige Inanspruchnahme durch Phantasien und Introvertiertheit;
8. hat keine oder wünscht keine engen Freunde oder vertrauensvollen Beziehungen (oder höchstens eine);
9. deutlich mangelhaftes Gespür für geltende soziale Normen und Konventionen; wenn sie nicht befolgt werden, geschieht das unabsichtlich. (Dilling & Freyberger, 2001, S. 221)

Wie bereits gesagt wurde, gilt die Bezeichnung „schizoid“ als eher problematisch. Dies trifft insbesondere auch darauf zu, dass sie eine stigmatisierende Komponente beinhaltet und weder für den Betroffenen, noch für den Therapeuten hilfreich erscheint, da für dieses Störungsbild noch keine spezifische Behandlungsmaßnahme existiert (vgl. Paulitsch, 2004).

Des Weiteren sollte beachtet werden, dass nicht alle Menschen, die es bevorzugen alleine zu leben, als schizoid persönlichkeitsgestört zu betrachten und zu bezeichnen sind. Von einer Persönlichkeitsstörung sollte nur dann gesprochen werden, wenn durch das Verhalten und das Erleben der Personen, drastische Beeinträchtigungen in deren sozialen und beruflichen Bereichen entstehen (vgl. Paulitsch, 2004).

Anschließend folgen nunmehr die Diagnosekriterien der schizoiden Persönlichkeitsstörung des DSM-IV.

3.2.2.2 Diagnostische Kriterien nach DSM-IV

Die schizoide Persönlichkeitsstörung ist im DSM IV unter den Cluster A-Persönlichkeitsstörungen – „sonderbar und exzentrisch“ – subsumiert und erhält die Codierung 301.20. Im Wesentlichen ist die schizoide Persönlichkeitsstörung durch ein tief greifendes Muster der Zurückhaltung gegenüber sozialen Kontakten sowie intimen Beziehungen geprägt. Betreffende Personen sind nur eingeschränkt in der Lage, ihre Gefühle in zwischenmenschlichen Beziehungen auszudrücken. Dieses Persönlichkeitsmuster zeigt sich bereits im frühen Erwachsenenalter und kommt in diversen Lebenslagen zum Vorschein (vgl. APA, 2003).

Das DSM-IV beschreibt ebenfalls diagnostische Kriterien, welche im Folgenden aufgeführt sind.

- A. Ein tiefgreifendes Muster, das durch Distanziertheit in sozialen Beziehungen und eine eingeschränkte Bandbreite des Gefühlsausdrucks im zwischenmenschlichen Bereich gekennzeichnet ist. Die Störung beginnt im frühen Erwachsenenalter und tritt in den verschiedensten Situationen auf. Mindestens 4 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:
1. hat weder den Wunsch nach engen Beziehungen noch Freude daran, einschließlich der Tatsache, Teil einer Familie zu sein,
 2. wählt fast immer einzelgängerische Unternehmungen,
 3. hat, wenn überhaupt, wenig Interesse an sexuellen Erfahrungen mit einem anderen Menschen,
 4. wenn überhaupt, dann bereiten nur wenige Tätigkeiten Freude,
 5. hat keine engen Freunde oder Vertraute, außer Verwandten ersten Grades,
 6. erscheint gleichgültig gegenüber Lob und Kritik von Seiten anderer,
 7. zeigt emotionale Kälte, Distanziertheit oder eingeschränkte Affektivität.

- B. Tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Schizophrenie, einer Affektiven Störung mit Psychotischen Merkmalen, einer anderen Psychotischen Störung oder einer Tiefgreifenden Entwicklungsstörung auf und geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück.
(APA, 2003, S. 762)

Über die diagnostischen Kriterien hinaus, beschreibt das DSM-IV weitere Aspekte der schizoiden Persönlichkeitsstörung. Dazu gehören u. a. besondere kulturelle, Alters- und Geschlechtsmerkmale. An dieser Stelle sei angemerkt, dass insbesondere die kulturellen Aspekte bei der Diagnosevergabe eine zentrale Rolle spielen und besonders beachtet werden sollten. Des Weiteren beschreibt das DSM-IV mögliche zugehörige Merkmale des schizoiden Störungsbildes. Es wird bspw. angeführt, dass die betreffenden Personen auf Stress durchaus kurze psychotische Episoden entwickeln können, welche von Minuten bis hin zu Stunden andauern können. „In einigen Fällen kann die Schizoide Persönlichkeitsstörung als der prämorbid Vorläufer einer Wahnhaften Störung oder einer Schizophrenie auftreten. Personen mit dieser Störung können manchmal eine Major Depression entwickeln“ (APA, 2003, S. 760).

Die Anzeichen, dass die betreffende Person bspw. nur wenig Freunde oder kein sexuelles Bedürfnis nach anderen verspürt, kühl und unnahbar wirkt, sind lediglich Hinweise auf eine vorliegende schizoide Persönlichkeitsstörung, sie können aber auch auf andere Störungen zutreffen, sodass die Diagnose genauestens gesichert werden muss (vgl. Merod, 2005). Bevor daher eine schizoide Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden kann ist es, wie auch in der ICD-10 vonnöten andere, in Frage kommende Störungen auszuschließen. Dies kann sich insbesondere bei anderen Persönlichkeitsstörungen als schwierig erweisen, da sie bestimmte Merkmale mit der schizoiden Persönlichkeitsstörung gemeinsam haben können. Folglich ist es von Bedeutung die Störungen anhand ihrer kennzeichnenden Merkmale, in denen sie sich unterscheiden, zu differenzieren (vgl. APA, 2003). In diesem Abschnitt werden hauptsächlich die differentialdiagnostisch relevanten Persönlichkeitsstörungen aufgeführt, da die anderen auszuschließenden Störungen bereits bei den diagnostischen Kriterien der ICD-10 beleuchtet wurden und mit dieser annähernd identisch sind (vgl. Kap. 3.2.2.1).

Die Persönlichkeitsstörungen, die laut DSM-IV in jedem Fall von der schizoiden abzugrenzen sind, sind die schizotypische (Code: 301.22), die paranoide (Code: 301.00), die vermeidend-selbstunsichere (Code: 301.82) und die zwanghafte Persönlichkeitsstörung (Code: 301.4). Sie sind ebenfalls durch die Merkmale soziale Isolation und eingeeengte Affektivität gekennzeichnet (vgl. APA, 2003). Die abgrenzenden Merkmale bzw. die motivationalen Hintergründe der einzelnen Persönlichkeitsstörungen sind nachfolgend aufgeführt.

Die schizoide Persönlichkeitsstörung kann insbesondere [...] von der *Schizotypischen Persönlichkeitsstörung* anhand der fehlenden kognitiven Einschränkungen und Wahrnehmungsverzerrungen und von der *Paranoiden Persönlichkeitsstörung* anhand des fehlenden Mißtrauens und der fehlenden paranoiden Ideen unterschieden werden. Die soziale Isolation bei der Schizoiden Persönlichkeitsstörung unterscheidet sich von derjenigen bei der *Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung*, die zurückgeht auf die Angst, verlegen zu werden oder als unzulänglich zu gelten und auf die übertriebene Erwartung, zurückgewiesen zu werden. [...]. Auch Personen mit einer *Zwanghaften Persönlichkeitsstörung* [Hervorhebung v. Verf.] können soziales Rückzugsverhalten zeigen, das auf einer Hingabe an die Arbeit oder einem Unbehagen gegenüber Gefühlen beruht, grundsätzlich besitzen sie jedoch die Fähigkeit zur Intimität. (APA, 2003, S. 762)

Grundsätzlich gilt, ebenso wie in der ICD-10, dass zwar sog. „Einzelgänger“ als schizoid betrachtet, jedoch nicht generell als solche diagnostiziert werden können. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ist nur dann gerechtfertigt, wenn die betreffende Person unflexible und unangepasste Persönlichkeitszüge aufweist, welche funktionelle Beeinträchtigungen und einen subjektiven Leidensdruck verursachen (vgl. APA, 2003).

Dennoch kann es durchaus den Anschein haben, dass schizoide Menschen nicht sehr stark unter den genannten Merkmalen leiden und sich daher kaum in therapeutische

Behandlung begeben. Trotz alledem können Personen mit (mäßig ausgeprägten) schizoiden Zügen, ihr Leben häufig als sinnlos empfinden und fühlen eine innere Leere. Ebenso leiden sie „[...] unter ihrer mangelnden Erlebnisfähigkeit in partnerschaftlichen Beziehungen und ihrer Unfähigkeit, Nähe herzustellen und zu genießen“ (Herpertz & Wenning, 2003, S. 67). „Erst schmerzhaft oder ängstigende Veränderungen in ihren Lebensumständen (z.B. der Verlust der einzigen nahe stehenden Person) oder komorbide Achse-I-Störungen wie Depressionen oder soziale Phobien bringen sie in psychotherapeutische Behandlung“ (Herpertz & Wenning, 2003, S. 68).

Die, in den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV, dargestellten Beschreibungen der schizoiden Persönlichkeitsstörung konnten einige Kennzeichen dieses Störungsbildes aufzeigen. Dennoch ist nicht geklärt wie und warum sich eine schizoide Persönlichkeitsstörung entwickeln kann. Auf diese Fragestellungen geht der folgende Abschnitt ein. Es werden insbesondere verhaltens- und lerntheoretische, systemisch-konstruktivistische, sowie psychoanalytische und bindungstheoretische Ätiologiemodelle beleuchtet.

3.3 Ätiologische Überlegungen der schizoiden Persönlichkeitsstörung

Dieser Abschnitt der vorliegenden Arbeit befasst sich nunmehr mit den pathogenetischen Auffassungen einer schizoiden Persönlichkeitsstörung. An dieser Stelle sei bereits erwähnt, dass es nur sehr wenige empirische Studien zu den Entstehungsursachen und der Aufrechterhaltung des Störungskonzeptes gibt und demzufolge keine eindeutigen Ätiologiemodelle für eine schizoide Persönlichkeitsstörung vorliegen (vgl. Herpertz & Wenning, 2003; Merod, 2005). Daher können in dieser Arbeit lediglich theoretische Überlegungen herangezogen und beleuchtet werden.

Dieses Kapitel vermittelt einen Einblick in systemisch-konstruktivistische, sowie psychodynamische und bindungstheoretische Annahmen, für die Entstehung einer schizoiden Persönlichkeitsstörung. Es werden sich insbesondere die Unterschiede der verschiedenen Vorstellungen herauskristallisieren.

Zu Beginn folgen verhaltens- und lerntheoretische Ätiologieüberlegungen.

3.3.1 Verhaltens- und lerntheoretische Überlegungen

Die in diesem Teilabschnitt dargestellten verhaltens- und lerntheoretischen Ätiologievorstellungen der schizoiden Persönlichkeitsstörung beziehen sich zu Beginn auf die Auffassungen von u. a. Rudi Merod. Abschließend werden insbesondere die Beschreibungen von Rainer Sachse beleuchtet, welcher u. a. Aspekte des klientenzentrierten Ansatzes in seine Darstellungen einbezieht.

Die Überlegungen der Verhaltens- und Lerntheorien akzentuieren insbesondere ein eventuelles *Kompetenzdefizit*, im Umgang mit zwischenmenschlichen, sowie insbesondere gefühlvollen und intimen Beziehungen, welches vornehmlich aus Lerndefiziten resultiert. Es wird davon ausgegangen, dass dieser Mangel an Kompetenz weniger die Angst vor intimen Beziehungen ist, sondern vielmehr das Resultat elterlicher Überbehütung. Demnach nehmen Vertreter des verhaltens- und lerntheoretischen Ansatzes an, dass Kinder, welche durch die Erziehungspersonen übermäßig behütet und vor zwischenmenschlichen Auseinandersetzungen geschont wurden, in ihrem weiteren Leben versuchen, Stress- und Konfliktsituationen mit anderen Menschen prinzipiell zu vermeiden (vgl. Merod, 2005; Fiedler, 1998). Dementsprechend könnte „auch eine früh gelernte Neigung zur Vermeidung interpersoneller Konflikte [...] langfristig dazu führen, dass differenzierte Interaktionserfahrungen nicht gemacht und entsprechend keine differenzierten Kompetenzen im Umgang mit gefühlsmäßig negativen wie positiven zwischenmenschlichen Beziehungen erworben werden“ (Merod, 2005, S. 318). Folglich ist es schizoiden Personen, aufgrund des Mangels an Erfahrungen mit interpersonellen Situationen, weniger bzw. nicht möglich befriedigende Beziehungen herzustellen und aufrechtzuerhalten (vgl. Herpertz & Wenning, 2003).

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die schroffen und distanzierten Verhaltensweisen schizoider Persönlichkeiten eventuell zu Kritik bis hin zu Ablehnung bei anderen Personen führen können, oder was sich als weitaus problematischer darstellt, dass sich die wenigen Bezugspersonen von den Betroffenen distanzieren. Beide Eventualitäten können dazu führen, dass kognitive Schemata verstärkt werden, sowie nötige Lernmöglichkeiten ausbleiben und erschweren es somit, dass sich die betreffenden Personen selbst aus der Isolierung befreien können (vgl. Merod, 2005; Fiedler, 1998).

An dieser Stelle wird nunmehr noch eine etwas divergierende Sichtweise von dem Verhaltenstherapeuten und klientenzentrierten Psychotherapeuten Rainer Sachse vorgestellt, welcher die schizoide Persönlichkeitsstörung und die betreffenden Personen aus einem anderen Blickwinkel betrachtet.

Rainer Sachse beschreibt die schizoide Persönlichkeitsstörung als eine *Distanzstörung*, bei der die betreffenden Personen bereits durch ihr nonverbales Verhalten, ihre Interaktionspartner auf Abstand halten (vgl. 2004). Besondere Kennzeichen von Personen mit Distanzstörungen sind bspw., dass nur schwer oder auch gar keine Beziehungen eingegangen werden und das die Annahme besteht, dass Beziehungen bedeutungslos seien (vgl. Sachse, 2004).

Sachse geht nicht von einer o. g. Überbehütung, sondern vielmehr davon aus, dass Personen mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung, im Laufe ihres Lebens, insbesondere in der Kindheit, die Erfahrung von emotionaler Verwahrlosung gemacht haben. Dementsprechend wäre es denkbar, dass sie keinen Körperkontakt, keine Zärtlichkeiten, kaum Lob oder Anerkennung und nicht genügend emotionale Zuwendung erfahren haben. Entsprechend der genannten Umstände scheint es kaum verwunderlich, dass Personen mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung nach diesen Erfahrungen, Bedürfnisse nach Anerkennung von Mitmenschen, für andere Menschen wichtig zu sein, Verlässlichkeit und das Bedürfnis nach solidarischen Beziehungen, vollständig aus ihrem Bewusstsein gestrichen haben, sodass den Betroffenen diese Art von Bedürfnissen nicht zugänglich ist. Dennoch kann fälschlicherweise nicht einfach davon ausgegangen und behauptet werden, dass die betreffenden Personen, über keine derartigen Gefühle und Bedürfnisse verfügen. Damit spricht Sachse ein grundlegendes Moment an, nämlich dass der versperrte Zugang zu den Bedürfnissen, nicht gleichzeitig kein Vorhandensein von v. a. Beziehungsbedürfnissen, wie es jedoch in den Klassifikationssystemen beschrieben wird, bedeutet. Im Gegenteil, die betreffenden Personen können in der Tat Motive im Hinblick auf Beziehungen aufweisen. Im Therapieprozess wird, auch wenn dies eine Weile dauern kann, nicht selten deutlich, dass sich die Betroffenen lediglich etwas vormachen und durchaus einen Zugang zu ihren, bisher unbekanntem, Bedürfnissen finden können. Folglich kann es sein, dass die Betroffenen, aufgrund des beschriebenen versperrten Zugangs, gegenüber anderen eine Fassade aufbauen, die als Selbstschutz fungieren soll (vgl. Sachse, 2004).

Sachse geht ebenfalls von zentralen kognitiven Schemata bei Personen mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung aus. Hierzu gehören einerseits die *Beziehungsschemata*. Personen mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung denken über Beziehungen nicht selten, dass diese nicht verlässlich, aber anstrengend und nutzlos sind und man sich folglich auf niemanden verlassen kann. Daraufhin können die betreffenden Personen weitere Annahmen ableiten. Bspw. können sie zu der Auffassung gelangen, dass sie allein am besten klar kommen und sich sowieso nur auf sich selbst verlassen können. Dies bezeichnet Rainer Sachse als „*Flucht in die Autonomie*“. Er geht davon aus, dass die Personen mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung überhaupt kein wirkliches Bedürfnis nach Autonomie haben und sie weder anstreben, noch schätzen. „Sie wählen die Autonomie vielmehr deshalb, weil ihnen nichts anderes übrig bleibt: Beziehungen sind eher aversiv, in Beziehungen kann man sich auf Partner nicht verlassen; Beziehungen sind kalt und unerfreulich; man bekommt eh keine Hilfe und Unterstützung“ (Sachse, 2004, S. 103). Folglich sehen die betreffenden Personen keine andere Möglichkeit, als sich im Leben auf niemanden, als auf sich selbst zu verlassen und auch nur sich selbst zu vertrauen. Sie haben das Gefühl autonom sein zu müssen denn „[...] jede Alternative ist eindeutig unangenehm, unsicherer, unberechenbarer“ (Sachse, 2004, S. 103).

Sachse erwähnt noch eine weitere Vorgehensweise von Personen mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung. Die „*Saure-Trauben-Strategie*“, welche das Dilemma zwischen Unnützigsein und Wunsch nach Beziehungen versucht aufzulösen, indem sich die betreffenden Personen ein Image aufbauen. Dementsprechend versuchen sie sich, um insbesondere die Ambivalenz zwischen dem Gefühl der Isolation und dem eigentlichen Wunsch nach Beziehungen besser ertragen zu können, zu sagen, dass sie keine Beziehungen brauchen und wollen, besser alleine zurecht kommen und lieber allein bleiben. Sachse spricht an dieser Stelle vom „*Clint-Eastwood-Syndrom*“ (vgl. Sachse, 2004).

Ein weiteres der zentralen kognitiven Schemata ist das *Selbst-Schemata*. Es kann davon ausgegangen werden, dass Personen mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung unsicher und selbstzweiflerisch sind, was höchstwahrscheinlich aus ihrer Biographie heraus zu erklären ist, wobei die Personen durch die elterliche Erziehung nicht unbedingt abgewertet, aber sicherlich kaum aufgewertet wurden. Daraus können sich u. a. folgende Selbst-Schemata bilden: „Ich weiß nicht, was ich für andere wert bin [...] wie

ich mit anderen umgehen soll“ (Sachse, 2004, S. 104). Folglich vermeiden diese Personen soziale Interaktionen mit anderen Menschen, weil sie einerseits nicht über das Maß an sozialer Kompetenz verfügen, auf andere zuzugehen und andererseits Angst vor den Reaktionen der anderen Menschen haben (vgl. Sachse, 2004).

Die Besonderheit dieses Störungsbildes ist auch die Tatsache, dass die Emotionalität der Betroffenen beträchtlich herabgesetzt und faktisch nahezu bei Null zu liegen scheint. Sie lassen nichts mehr an sich heran, alles wird zweitrangig, sie verspüren keine Freude, keinen Ärger, aus Schutz vor eventuellen Verletzungen (vgl. Sachse, 2004).

Demzufolge scheint ein wesentliches Element, für Personen mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung, die Verdeutlichung ihrer noch verborgenen, nicht unmittelbar bewussten, Beziehungsmotive zu sein. Sie „[...] benötigen eine Repräsentation von dem, was ihnen wirklich wichtig ist; ohne dieses Wissen erlangen sie auch keine Änderungsmotivation“ (Sachse, 2004, S. 107). Diese beschriebene Erläuterung der Beziehungswünsche, muss jedoch in jedem Fall mit Vorsicht geschehen. Aber auch dann ist es möglich, dass die Verdeutlichung der Beziehungsmotive erhebliche innere Konflikte hervorrufen und verstärken kann. „Je deutlicher den Personen wird, dass sie Nähe wollen, desto schmerzlicher wird ihnen bewusst, wie stark sie sich bei der Erreichung selbst im Weg stehen“ (Sachse, 2004, S. 108).

Die, in diesem Abschnitt beschriebenen, Vorstellungen über die Entstehung einer schizoiden Persönlichkeitsstörung, konnten einen Einblick in verhaltens- und lerntheoretische Erklärungsansätze ermöglichen. In dem folgenden Abschnitt wird sich nunmehr mit den systemisch-konstruktivistischen Ätiologieüberlegungen einer schizoiden Persönlichkeitsstörung auseinandergesetzt, wobei andere Aspekte fokussiert werden.

3.3.2 *Systemisch-konstruktivistische Überlegungen*

In diesem Abschnitt wird sich nunmehr mit den systemtheoretischen und konstruktivistischen Vorstellungen der Entstehung einer schizoiden Persönlichkeitsstörung auseinandergesetzt. Für ein besseres Verständnis der Thematik werden zuvor zentrale Aspekte der Systemtheorie geschildert.

Es ist einleitend zu sagen, dass sich die systemische Denkweise und systemische Therapien insbesondere durch ein zentrales Charakteristikum auszeichnen und sich von

anderen Theorien in bedeutender Weise unterscheiden. Diese Besonderheit liegt darin, dass hauptsächlich das soziale System, was für jedes Individuum existentiell bedeutsam ist und dieses umgibt, im Mittelpunkt aller Betrachtungen steht (vgl. Stierlin, 1999). Ein *System* ist „ein Satz von Elementen und Objekten zusammen mit den Beziehungen zwischen diesen Objekten und deren Merkmalen“ (Schweitzer & Weber, 1997, S. 197). Der Begriff *systemisch* bezeichnet dabei, die Kommunikation zwischen den Systemmitgliedern und die Anstöße, welche von diesen Kommunikationen ausgehen. Es ist folglich eine „[...] Betrachtungsweise, die das Verhalten von Elementen nicht aus ihrem endogenen ‚So-Sein‘, sondern aus ihren Beziehungen zu anderen Elementen zu erklären versucht“ (Schweitzer & Weber, 1997, S. 197). Dementsprechend existieren Systeme nicht in dem Sinne, sondern sind nach diesen Auffassungen durch einen Beobachter beschriebene Realitätsbereiche. Hierbei wird ein Verhalten fortwährend in einen Kontext, gewissermaßen in einen „Beobachtungsrahmen für situative Zusammenhänge“ gestellt (vgl. Schweitzer & Weber, 1997).

Diese Denkweise bringt es mit sich, dass es demzufolge auch krankmachende Systeme geben kann, welche auf ein Individuum einwirken. Solche sog. „*Problemsysteme*“ können u. a. Familien sein (vgl. Stierlin, 1999).

In der systemischen Sichtweise werden die betreffende Person, ihre Störungen und ihre sozialen Systeme als „*miteinander korrespondierendes, interdependentes System*“ betrachtet. Des Weiteren sind Vertreter der Annahme, dass psychische und soziale Prozesse keine einfachen Ursache-Wirkungs-Relationen, sondern vielmehr durch vielfältige Rückkopplungen miteinander verbunden sind (vgl. Ruf, 2005; Brandenburg, 1999). In diesem Zusammenhang wird von dem Konzept der sog. *Zirkularität* gesprochen. Demzufolge ist jedes Verhalten eines Systemmitglieds zugleich Ursache und Wirkung für das Verhalten der anderen Mitglieder (vgl. Schweitzer & Weber, 1997).

Ein zentrales Moment der systemischen Theorie ist, dass in Systeme kein Eingriff durch die Umwelt erfolgen kann. Diese kann die Systeme lediglich von außen irritieren oder deformieren, wobei das System diese äußeren Anregungen nach seinen internen Regeln verarbeiten kann. Dementsprechend reagiert auch die Psyche auf äußere Anregungen nach ihren eigenen Regeln. Damit übereinstimmend, sind Systemiker der folgenden Annahme: „Psychotherapie kann die Psyche eines Menschen genauso wenig direkt beeinflussen wie pädagogische Maßnahmen; sie kann die Psyche aber irritieren

oder anregen, sodass sie darauf nach ihren eigenen Regeln mit einer Veränderung reagiert“ (Ruf, 2005, S. 20).

Wie zuvor beschrieben wird davon ausgegangen, dass soziale Systeme aus einem Austausch von Kommunikationen zwischen den Systemmitgliedern bestehen. Dieser zirkuläre Austausch führt dabei zu einem beständigen Auftreten von bestimmten Kommunikationsabläufen. In diesen kann ein Beobachter bestimmte „Muster“ erkennen. Diese Muster können wiederum als Regeln formuliert werden (vgl. Schweitzer & Weber, 1997). Für die Systemtheorie ist es daher wesentlich, was über die Sprache oder das Verhalten von Menschen in die Kommunikation eingebracht und ausgedrückt wird. Die Kommunikation besteht aus drei unterschiedlichen Selektionen: „Selektion einer *Information*, Selektion der *Mitteilung* dieser Information und selektives *Verstehen oder Mißverstehen* [Hervorhebung v. Verf.] dieser Mitteilung und ihrer Information“ (Luhmann 1995, zitiert nach Ruf, 2005, S. 23).

Des Weiteren ist anzumerken, dass die systemische Denkweise von einer Konstruktion der Wirklichkeit ausgeht. Infolgedessen entwickelt jeder Mensch eigene Vorstellungen von der Welt. Daraus folgt auch, dass die angenommene Realität eines jeden Menschen unmöglich voll erfasst werden kann. Dies beinhaltet die Annahme, dass die Vorstellungen, die sich Menschen von der Realität machen, systemintern vom psychischen System, in der Verbindung mit dem Nervensystem und dem sozialen System geschaffen werden und daher nur mit anderen Vorstellungen, die ebenso systemintern geschaffen wurden, jedoch folglich nie mit der Realität selbst, verglichen werden können. Diese Auffassung wird als *radikaler Konstruktivismus* beschrieben. Dementsprechend stellt sich bei Systemikern die Frage, ob es die Realität überhaupt geben kann (vgl. Ruf, 2005).

In diesem Zusammenhang ist, neben dem bereits beschriebenen Konstruktivismus, die *Theorie des sozialen Konstruktivismus* zu erwähnen. Diese geht davon aus, dass auch soziale Phänomene konstruiert werden. Hierbei wird das gemeinsame Aushandeln von Realitätssichten im Dia- oder Multilog betont. Dementsprechend sind die Individualität und das Selbst von Menschen lediglich Konstruktionen durch Interaktionen mit anderen. Folglich formen Menschen durch das *Erzählen ihrer Geschichten* ihre Identität, ordnen somit ihr Dasein und versuchen dadurch mit der Komplexität des Lebens umzugehen (vgl. Ruf, 2005; Schweitzer & Weber, 1997).

Wenn demnach die Realität ein Konstrukt menschlicher Vorstellungen ist, so können – nach dieser Annahme – auch Krankheiten Konstruktionen sein. Sie setzen eine Unterscheidung von gesund und krank voraus, wobei diese Entscheidung, ob gesund oder krank, ein Beobachter trifft „[...] der damit die Einheit *Krankheit* [Hervorhebung v. Verf.] konstruiert“ (Ruf, 2005, S. 26). Eine Krankheit setzt dabei *Symptome* voraus, welche wiederum beobachtbar sind. Die Symptome sind hierbei Elemente geschlossener Systeme, wobei sie in dem jeweiligen System, zum einen als „Folge einer systeminternen Veränderung“, oder zum anderen „infolge einer Irritation“ durch die Umwelt entstehen können. Die Symptome werden aber immer von den Regeln des jeweiligen Systems bestimmt. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass in der systemischen Denkrichtung, Symptome nicht negativ bewertet und auch nicht als Defizite betrachtet werden. Vielmehr sind sie Ausdruck von Schutz und Anpassungsleistungen an sich verändernde, z. T. belastende Lebenssituationen. Dieses Verständnis führt zu einer entlastenden „Entpathologisierung“ der betreffenden Person (vgl. Ruf, 2005; Brandenburg, 1999).

Ruf hebt in diesem Zusammenhang ein zentrales Moment hervor: „Diese Frage der Beeinflussbarkeit oder der Zuordnung zu einer Krankheit kann von einem außenstehenden Beobachter *prinzipiell* [Hervorhebung v. Verf.] nicht entschieden werden, da die Psyche des Betroffenen nur diesem selbst zugänglich ist“ (Ruf, 2005, S. 27).

Wird demgemäß angenommen, dass insbesondere psychische Störungen Konstruktionen unserer sozialen Welt sind, könnte plausibel argumentiert werden, dass die betreffenden Personen nicht etwa wegen einer, von außen festgelegten Krankheit oder Anomalie ihrer selbst, sondern wegen zwischenmenschlichen Beziehungsproblemen, Hilfe aufsuchen bzw. ihnen zur professionellen Hilfe geraten wird. Infolgedessen hat der Kontext, in dem sich eine Person befindet, an dem sie sich orientiert und mit dem sie interagiert, einen erheblichen Einfluss auf ein Individuum (vgl. Streeck, 1999).

In der Psychiatrie und in der Psychotherapie ist heutzutage aber dennoch die Annahme vorherrschend, die Person in ihrer Ganzheit als gestört zu betrachten und ihren sozialen Kontext zumeist außer Acht zu lassen. Folglich wird auch dem aktuellen kommunikativen und interaktiven Kontext, in denen sich der Betroffene aber auch der Therapeut oder das Personal der Einrichtung befinden, keine Beachtung geschenkt (vgl. Streeck, 1999). Diese Tatsache macht sich auch in den Diagnosemanualen ICD-10 und

DSM-IV bemerkbar. Auf diesen Punkt wird in der vorliegenden Arbeit im vierten Kapitel noch einmal Bezug genommen.

Nachdem zuvor ein prägnanter Einblick in die Auffassungen des systemischen Denkens gegeben wurde, befassen sich die folgenden Absätze nunmehr mit der systemisch-konstruktivistischen Vorstellung einer Entstehung von Persönlichkeitsstörungen, wobei diese auf die schizoide Persönlichkeitsstörung übertragen wird.

Das Konstrukt der Persönlichkeitsstörung wird ebenfalls nach den zuvor geschilderten Auffassungen betrachtet. Dementsprechend wird davon ausgegangen, dass Persönlichkeitsstörungen sowohl eine intra- wie auch eine interpersonelle Seite haben, die es zu beachten gilt. „So gesehen sind Persönlichkeitsstörungen keine seelischen Störungen der individuellen Persönlichkeit alleine, sondern auch Störungen des Sozialen. Es geht nicht nur um Beeinträchtigungen der *innerseelischen* Welt, sondern auch der Welt *zwischen* [Hervorhebung v. Verf.] Personen“ (Streeck, 1999, S. 53). Demzufolge kann nicht davon ausgegangen werden, dass die betreffende Person ein in sich geschlossenes und individuell gestörtes System ist. Insofern ist eine Persönlichkeitsstörung auch nicht lediglich in der betreffenden Person zu lokalisieren. Dennoch gehen gerade medizinische Modelle von dem Konzept einer „gestörten Person“ aus (vgl. Streeck, 1999; Brandenburg, 1999).

In diesem Kontext ist der bekannte Vertreter der systemischen Denkweise *Bateson* zu nennen, welcher herausgestellt hat, dass Eigenschaften einer Person und somit auch die Persönlichkeit eines Menschen nicht außerhalb von einer sozialen Beziehung existieren kann. „Genauso kann eine Person nur in bezug [sic!] auf die Art ihres persönlichen Engagements in sozialen Beziehungen als [bspw.] narzißtisch oder schizoid bezeichnet werden“ (Brandenburg, 1999, S. 77). Des Weiteren postulierte Bateson zwei wesentliche Strukturen in Beziehungen. Er ging dabei von einer *symmetrischen* und einer *komplementären* Struktur aus. „Wenn eine Beziehung symmetrisch ist, agieren beide Seiten, beide Partner dieser Beziehungen in ein und demselben Verhaltensmuster [...]. Sofern eine Beziehung komplementär ist, spielt jede der beiden Seiten eine unterschiedliche, eine entgegengesetzte Rolle [...]“ (Brandenburg, 1999, S. 77). Im Unterschied zu dem Tendieren in eines der beiden Extreme, gilt eine Beziehung als gesund, wenn sich die genannten Strukturen stets in Bewegung befinden und die Beziehung

folglich nicht rigide ist, sondern sich fortwährend selbstständig korrigieren kann (vgl. Brandenburg, 1999).

Die Rigidität der Beziehungen und das Festhalten an den meist komplementären Beziehungssystemen, in denen immer wieder dieselben starren Positionen eingenommen und folglich dem Gegenüber auch unbewusst zugeteilt werden, ist jedoch gerade ein charakteristisches Merkmal von Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung. „Wie in einem Teufelskreis entgegen ihren eigenen Interessen gefangen, inszenieren sie unaufhörlich Beziehungssysteme, in denen die anderen, die Beziehungspartner wie von Zauberhand in die komplementäre Rolle verwunschen werden“ (Brandenburg, 1999, S. 77). In der systemischen Sichtweise wird in diesem Zusammenhang, ebenso wie in der psychoanalytischen, von unbewussten Abwehrmechanismen ausgegangen, auf welche diese Inszenierungen beruhen (vgl. Brandenburg, 1999).

Die zentrale Frage nach einer entsprechenden Ätiologie, von Persönlichkeitsstörungen und allgemein psychischen Störungen, kann nach der konstruktivistischen und systemtheoretischen Vorstellung generell nicht beantwortet werden, da sie zum einen „[...] allenfalls von einem Beobachter konstruiert [...]“ (Ruf, 2005, S. 59) wird und zum anderen, das Problem in der Gegenwart gelöst werden soll, wobei die Vergangenheit, in welcher das Problem entstand, nicht mehr zu verändern ist (vgl. Ruf, 2005).

Dennoch hat auch die systemische Denkrichtung eine Vorstellung über die Entwicklung einer schizoiden Persönlichkeitsstörung, welche im Folgenden dargelegt wird.

Vertreter der systemischen Perspektive gehen davon aus, dass die betreffenden Personen mit der *Wirklichkeitskonstruktion* leben, dass sie nur mit ihren eigenen, richtigen Sichtweisen in den jeweilig betroffenen Bereichen leben können, da ihnen eine andere gegenteilige Ansicht zu gefährlich erscheint. Es werden dabei typische Denkweisen nicht überprüft, wobei sie sich letztendlich selbst bestätigen. In der Fachterminologie wird dieses Phänomen als sog. „*selbst erfüllende Prophezeiung*“ bezeichnet. Menschen mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung entwickeln dementsprechend die Annahme, dass andere Menschen gefährlich und verletzend seien. Woraus sie wiederum ableiten, dass es besser sei, andere auf Distanz zu halten und ihnen kein Vertrauen entgegen zu bringen. Wenn sich infolge veränderter Lebensumstände trotz allem an diesen rigiden Sicht- und Verhaltensweisen festgehalten wird, können sich nahezu zwangsläufig Probleme im zwischenmenschlichen Miteinander ergeben (vgl. Ruf, 2005). Diese Wirklich-

keitskonstruktionen, über sich selbst und die Welt, gehen auf frühe Erfahrungen von Bindung und Sicherheit der Eltern zurück. Das Verhalten wird im Erwachsenenalter von diesen Beziehungserfahrungen – gebildet durch Konstruktionen von Vorstellungen über andere Menschen – bestimmt (vgl. Ruf, 2005).

Die Wirklichkeitskonstruktionen können zum Leben eines Menschen passen, oder wiederum unpassend sein, weil sich eventuell die Lebensbedingungen drastisch geändert haben können. Folglich können sich Wirklichkeitskonstruktionen auch hinderlich und störend auf das Leben eines Menschen auswirken. Wenn sich aber dennoch, in bestimmten Lebensbereichen, an diese Konstruktionen gehalten wird, können sich Widersprüche aus diesen ergeben und somit „*intrapsychische Ambivalenzen*“ bei dem Betroffenen entstehen lassen, welche oftmals nicht ertragen werden. „Subjektives Ziel ist dann die Reduktion von Ambivalenzen in diesen Bereichen mithilfe einer besonderen Organisation dieser Ambivalenz“ (Ruf, 2005, S. 42). Wenn sich bei einer Person mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung, die bisher nur Distanz kennt, eine intime und gefühlvolle Beziehung anbahnt, so kann die gewohnte Lebensweise gefährdet werden und Angst vor dem Unbekannten entstehen. „Der *Gewinn* dieses Musters ist eine gewisse Ambivalenzfreiheit. Der *Preis* [Hervorhebung v. Verf.] ist eine Reduktion der Denk- und Verhaltensoptionen und mit der Zeit oft eine krisenhafte Zuspitzung der Situation in Beziehungen“ (Ruf, 2005, S. 45). Nach systemischer Auffassung können die resultierenden Widersprüche des Lebens dann meist nur in Form einer psychischen Krankheit ertragen werden (vgl. Ruf, 2005).

Durch die o. g. auf Erfahrung beruhenden Wirklichkeitskonstruktionen nehmen Systemiker an, dass Menschen mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung, aufgrund von einer übermäßigen Verwöhnung in der Kindheit, eine Grundhaltung einnahmen zwischenmenschliche Belastungserfahrungen und Konflikte zu umgehen, sodass sie folglich keine sozialen Kompetenzen im Umgang mit Beziehungen zu anderen Menschen erwerben konnten (vgl. Ruf, 2005).

Wie bereits beschrieben, kennen und akzeptieren die betreffenden Personen lediglich ihre eigenen Sichtweisen und suchen sich dementsprechend Partner, „[...] die den jeweils anderen Pol der vorherrschenden Ambivalenz übernehmen und ihre Sichtweisen bestätigen. Daraus resultieren zirkuläre Prozesse, die die eigene Wirklichkeitskonstruk-

tion im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung stützen und aufrechterhalten“ (Ruf, 2005, S. 263).

Dementsprechend schaffen sich Menschen mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung, aufgrund der fehlenden sozialen Kompetenzen, durch ihr kühles und abweisendes Verhalten Distanz, wobei sie damit wiederum Kritik und Abstand der Umgebung provozieren, sodass es der betreffenden Person nicht möglich sein wird, ihre sozialen Kompetenzen zu verbessern (vgl. Ruf, 2005).

Der anschließende Abschnitt befasst sich nunmehr mit psychoanalytischen und bindungstheoretischen Annahmen über die Entstehung einer schizoiden Persönlichkeitsstörung und beleuchtet weitere Aspekte.

3.3.3 *Psychoanalytische und bindungstheoretische Überlegungen*

Zu Beginn dieses Abschnittes sei vermerkt, dass es zahlreiche psychoanalytische Modellvorstellungen zur Entstehung einer Persönlichkeitsstörung gibt. Die psychoanalytische Tradition spricht dabei zumeist von „Charakterpathologien“, anstelle des Begriffes Persönlichkeitsstörungen (vgl. Wöller, 2006).

Um den Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht zu überschreiten, wird sich daher insbesondere mit objektanalytischen und bindungstheoretischen Überlegungen auseinandergesetzt. Diese werden in Bezug auf die schizoide Persönlichkeitsstörung dargestellt.

Im Allgemeinen können Persönlichkeitsstörungen aus der psychoanalytischen Perspektive als grundlegende Verhaltens-, Erlebens- und Beziehungsstörungen verstanden werden. Danach liegen ihre Ursachen in tief verwurzelten Aspekten der Persönlichkeit. Psychodynamische Konzepte verstehen Persönlichkeitsstörungen – allgemein formuliert – als strukturelle Störungen. Strukturelle Störungen beinhalten dabei nur eine unzureichende Verfügbarkeit über Ich-Funktionen, die das Selbsterleben und das Beziehungsverhalten regulieren. Diese mangelnd ausgebildeten Ich-Funktionen resultieren aufgrund von frühen Eltern-Kind-Erfahrungen. Stehen demnach dem Kind keine ausreichend beruhigenden und fürsorglichen Bezugspersonen zur Seite, kann es folglich nicht zur Internalisierung dieser Beziehungsmuster und zur Ausbildung dieser inneren Objekte kommen (vgl. Dammann & Buchheim, 2003; Wöller, 2006; Golombek, SoSe 2009).

Des Weiteren weisen diese strukturellen Störungen eine gewisse typologische Stabilität auf, welche durch das jeweils dominante Gefüge bestimmter dynamischer Objekt-Beziehungs-Themen erklärt werden und dabei das typische Bild einer Persönlichkeitsstörung prägen. Die „*Identitätsproblematik*“ und die „*Beziehungsschwierigkeiten*“ können für alle Persönlichkeitsstörungen gleichermaßen als zentrale Aspekte aufgefasst werden (vgl. Dammann & Buchheim, 2003).

Dies bedeutet zum einen, dass die Struktur betreffenden Merkmale, wie bspw. der Reifegrad der Abwehrmechanismen oder das Vorhandensein eines integrierten Selbstkonzepts aller Persönlichkeitsstörungen ähnlich sind, wodurch sie von „normalen“ Persönlichkeiten unterschieden werden können. Andererseits unterscheiden sie sich dennoch durch ihr entscheidendes Konfliktmuster und ihr entsprechendes Erscheinungsbild von anderen Menschen, bzw. von Menschen mit anderen Persönlichkeitsstörungen (vgl. Dammann & Buchheim, 2003).

Nach den einleitenden Worten der psychoanalytischen Überlegungen von Persönlichkeitsstörungen im Allgemeinen, wird nunmehr im Speziellen die Objektbeziehungstheorie beschrieben und in Bezug auf die schizoide Persönlichkeitsstörung dargestellt.

Die *Objektbeziehungstheorie* hat sich maßgeblich durch die Autoren, Ronald D. Fairbairn, Otto F. Kernberg u. a., der sog. britischen Objektpsychologie entwickelt. In dieser Theorie wurde die Beziehung zu den wichtigen Bezugspersonen erstmals unabhängig von der Triebtheorie betrachtet und besagte, dass Menschen wesentlich an befriedigenden Beziehungen zu anderen Menschen und nicht an der Befriedigung ihrer triebhaften Wünsche interessiert seien. Dementsprechend wurde das Interesse an anderen Menschen als primäres und angeborenes Motiv betrachtet (vgl. Wöller, 2006; Bastine, 1998). Ein viel zitierter Satz von Fairbairn lautete dazu: „libido is object seeking, not pleasure seeking“ (Bastine, 1998, S. 320). „Fairbairn war der erste, der die *Entwicklung des Selbst aus Objektbeziehungen* [Hervorhebung v. Verf.] zurückführte“ (Dammann & Buchheim, 2003, S. 28). Es konnte gezeigt werden, „[...] wie aus realen äußeren Beziehungserfahrungen verinnerlichte Objektbeziehungen im Sinne innerseelischer Strukturen entstehen, die in ihrer Gesamtheit die »Welt der Repräsentanzen« [Hervorhebung v. Verf.] bilden“ (Wöller, 2006, S. 66). Nach dieser Auffassung sind schwere Charakterpathologien „[...] durch eine Welt archaisch-destruktiver verinnerlichter Objektbeziehungen“ (Wöller, 2006, S. 66) kennzeichnet.

Zusammenfassend beschreibt Wöller, dass diese inneren Objekte bzw. Objektbeziehungen „[...] das Ergebnis einer Verinnerlichung der frühen negativen Beziehungserfahrungen [...]“ (2006, S. 66) sind.

Aufgrund dieser Theorie der Objektbeziehungen basiert, das fast einheitliche Verständnis, dass klinische Störungen aufgrund von traumatischen oder gestörten internalisierten Beziehungserfahrungen entstehen (vgl. Dammann & Buchheim, 2003).

Aus der psychoanalytischen Betrachtungsweise ist die Entwicklung einer schizoiden Persönlichkeitsstörung, mit der charakteristischen Abwehr gegen zwischenmenschlich nahe und intime Beziehungen daher auf eine Störung in der frühen Mutter-Kind-Beziehung zurückzuführen. Die Beziehung sei dabei von emotional mangelhaften Erfahrungen geprägt worden (vgl. Herpertz & Wenning, 2003). Aufgrund dieser Erlebnisse können sich Störungen in der Herausbildung des Urvertrauens und folglich ein grundlegendes Misstrauen in zwischenmenschliche Beziehungen entwickeln. Das Urvertrauen entwickelt sich vornehmlich im ersten Lebensjahr. Dementsprechend wird aus der psychoanalytischen Sichtweise von einer *frühen Bindungsstörung* gesprochen (vgl. Golombek, SoSe 2009; Fiedler, 1998).

Auf die genannten mangelhaften Erfahrungen von Intimität, sowie emotionaler und körperlicher, insbesondere mütterlicher Zuneigung „[...] reagieren schizoide Menschen defensiv mit Beziehungsvermeidung sowie mit der Unfähigkeit, Gefühle adäquat wahrzunehmen und zu kommunizieren“ (Herpertz & Wenning, 2003, S. 66). Des Weiteren gehen Vertreter der psychoanalytischen Sichtweise davon aus, dass schizoide Strukturen durch diesen Rückzug vor realen Beziehungen versuchen, sich vor der Ablehnung anderer Menschen zu schützen. Nach den Auffassungen des objektanalytischen Ansatzes kann eine gesunde Selbstentwicklung jedoch nur in Beziehungen und durch eine emotionale Wechselwirkung entstehen (vgl. Herpertz & Wenning, 2003).

Nach diesen Annahmen der Entstehungsgeschichte einer schizoiden Persönlichkeitsstörung gehen Vertreter der psychoanalytischen Sichtweise insbesondere davon aus, dass Menschen mit schizoiden Strukturen grundsätzlich das Bedürfnis verspüren, sich anderen Personen sozial nah zu fühlen und sich hinzugeben aber trotz allem Angst vor dieser Nähe und Hingabe erleben. Dieses angstbesetzte Erleben wird wiederum durch Autarkiestreben kompensiert und verleugnet. Der psychodynamische Hintergrund ist hierbei die „*Angst vor dem Objektverlust*“ (vgl. Golombek, SoSe 2009).

Im Sinne der psychoanalytischen Konzeptbildung der Persönlichkeitsstörungen sei in jedem Fall darauf hingewiesen, dass sich auch bei „normalen“ Persönlichkeiten, schizoide, hysterische, etc. Anteile finden lassen. Von einer Persönlichkeitsstörung sollte jedoch erst gesprochen werden, wenn die gesamte Persönlichkeit von einer bestimmten pathologischen Konstellation dominiert, unausgeglichen und rigide wird und sich, in bspw. den Lebensbereichen Arbeit, Freund- und Partnerschaften, Sexualleben und Selbstwert manifestiert (vgl. Dammann & Buchheim, 2003).

In dem Zusammenhang mit den Betrachtungen der Psychoanalyse in Bezug auf die Entstehung einer schizoiden Persönlichkeitsstörung ist auch die *Bindungstheorie* von dem britischen Psychoanalytiker John Bowlby anzuführen. Diese ist aus der klassischen psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie hervorgegangen und berücksichtigt sowohl evolutionistische, ethologische und kognitionspsychologische Erkenntnisse (vgl. Bowlby, 2008).

Bindung kann wie folgt beschrieben werden:

Bindung [Hervorhebung v. Verf.] ist die Neigung, vertraute emotionale Verbindungen mit bestimmten Personen einzugehen und ein gefühlsmäßiges Band zu entwickeln, das über Raum und Zeit hinweg relativ lange erhalten bleibt. In der Bindung kommt das Bedürfnis zum Ausdruck, die Nähe zum anderen oder dessen Erreichbarkeit zu erhalten. (Bastine, 1998, S. 408)

Das sog. „*inner working model*“ enthält dabei die, über die Umwelt, die Bindungspersonen und über sich selbst, „[...] verinnerlichte sozio-emotionalen Erfahrungen, die sich ein Kind aus den Regelmäßigkeiten bildet, die sich wiederholen [...]“ (Bastine, 1998, S. 408). Dadurch können die frühen Bindungserfahrungen verinnerlicht werden, wobei diese die spätere Art der Beziehung zu nahe stehenden Personen, im Leben eines Menschen beeinflussen (vgl. Bastine, 1998).

In der Bindungstheorie wird davon ausgegangen, dass das elterliche Verhalten die Persönlichkeitsentwicklung und entsprechende Bindungsmuster eines Kindes in einem beachtlichen Maße prägen können (vgl. Bowlby, 2008).

Für die Überprüfung dieser These, führte Mary Ainsworth in den achtziger Jahren in den USA und in Deutschland zahlreiche Studien durch. Die Ergebnisse unterschieden, drei derzeitig, relativ sichere Bindungsmuster. Die „*sichere*“, die „*unsicher-ambivalente*“ und die „*unsicher-vermeidende*“ Bindung (vgl. Bowlby, 2008). Später wurde eine weitere Dimension zu den bereits bestehenden Bindungstypen beschrieben. Der sog. „*desorganisierte, desorientierte*“ Bindungsstil umfasste dabei Verhaltensauffälligkeiten, die sich nicht eindeutig zu den bisher beschriebenen Bindungstypen einordnen ließen. Kinder mit diesem Bindungsstil zeigten in Anwesenheit ihrer Mütter absonderliche und bizarre Verhaltensweisen, welche insbesondere bei Kindern mit Missbrauchserfahrungen beobachtet wurden (vgl. Rauh, 2002). Die Darstellung des vierten Bindungsstils sei an dieser Stelle abgeschlossen, da eine ausführliche Auseinandersetzung für den Verlauf der vorliegenden Arbeit nicht relevant ist.

Im Gegensatz zu Kindern mit einer „*unsicher-ambivalenten*“ und einer „*unsicher-vermeidenden*“ Bindung, können Kinder mit einer „*sicheren*“ Bindung die Gewissheit empfinden, dass ihre Eltern sie emotional unterstützen und ihnen Rückhalt geben. Hingegen verspüren Kinder mit „*unsicher-ambivalenter*“ Bindung eine Ungewissheit, ob und wenn ja, wann sie sich auf ihre Eltern verlassen können. Daraus können sich wiederum Trennungängste entwickeln. Kinder mit einer „*unsicher-vermeidenden*“ Bindung haben wiederum erfahren, dass sie sich in keiner Weise auf ihre Eltern verlassen können, sodass sie stets Ablehnung erwarten. Daher verzichten sie auf Hilfe und Zuneigung anderer und streben nach Autonomie. Das spätere Verhalten im Kindergarten stellte sich eher als emotional isoliert und feindselig, aber zugleich als geltungsbedürftig dar. Des Weiteren treten Kinder mit einem „*unsicher-vermeidenden*“ Bindungsmuster ihren Eltern eher distanziert entgegen, geben nur eine kurze Begrüßung, sprechen über keine wichtigen Anliegen und spielen bzw. bleiben lieber für sich (vgl. Bowlby, 2008). Diese Verhaltensweisen erinnern sehr stark an Menschen mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung, sodass davon ausgegangen werden kann, dass die betreffenden Personen einen „*unsicher-vermeidenden*“ Bindungsstil entwickelt haben (vgl. Wöller, 2006).

Der starke Einfluss des elterlichen Verhaltens, kann durch die Entstehung derartiger Störungen verdeutlicht werden und rückt dabei die Bedeutung des sozialen Umfeldes in den Vordergrund. So konnte auch durch mehrere Studien gezeigt werden, dass das indi-

viduelle Bindungsmuster des Kindes nicht durch das angeborene Temperament so beständig ist, sondern durch die zunehmende Internalisierung (vgl. Bowlby, 2008).

Über die elterliche Kommunikation und die individuellen Verhaltensweisen entwickelt das Kind im ersten Lebensjahr „[...] spezifische innere Bilder von Mutter und Vater sowie aus den entsprechenden Interaktionen abgeleitete komplementäre Selbstbilder, die sich offenbar zu dominanten kognitiven Strukturen vernetzen und über die realen täglichen Interaktionen mit den Eltern das spezielle Bindungsmuster formen“ (Bowlby, 2008, S. 105).

Zusammenfassend beschrieb Bowlby Folgendes:

Die inneren *Selbstmodelle* [Hervorhebung v. Verf.] des Kindes reflektieren also die aus seinem eigenen Handeln und dem sprachlichen Austausch hervorgegangenen, von Vater und Mutter unterschiedlich wahrgenommenen Bilder, die sowohl das Eltern- und Selbsterleben als auch die eigenen und fremden Verhaltenserwartungen des Kindes sowie seine in Tagträumen zum Ausdruck kommenden Ängste und Sehnsüchte prägen. (Bowlby, 2008, S. 105f)

Abschließend stellt sich noch die Frage, inwieweit diese Bindungsmuster als beständig betrachtet werden können. Nach der Argumentation von Bowlby, beeinflusst die erste kindliche Bindung alle weiteren, persönlich nahen Beziehungen im Leben eines Menschen. Demzufolge beruht auch die gesamte weitere Entwicklung eines Menschen auf diesen frühen Bindungskonstellationen. Aktuelle Annahmen von Bindungsforschern betrachten diese Konzeption jedoch als eher schicksalhaften Entwicklungsgang, sodass dieser widersprochen wird. Sie gehen vielmehr davon aus, dass „[...] Kontinuität oder Diskontinuität der Bindungsorganisation abhängig sein sollen von zwischenzeitlichen Ereignissen – Stabilität ist nur dann zu erwarten, wenn die Interaktionserfahrungen mit den Bezugspersonen bis zum Jugendalter konstant bleiben“ (Bastine, 1998, S. 414).

Dementsprechend können entwickelte Bindungsmuster der Kinder veränderungsfähig sein, sofern eine elterliche Verhaltensänderung vorausgegangen ist (vgl. Bowlby, 2008).

Der folgende Abschnitt wird nunmehr die dargestellten Ätiologievorstellungen der schizoiden Persönlichkeitsstörung zusammenfassen und beinhaltet abschließend eine kurze Darstellung möglicher Interventionsmethoden.

3.4 Resümee vorangestellter Ätiologiemodelle

Die beschriebenen Ätiologieüberlegungen des verhaltens- und lerntheoretischen Ansatzes, der systemisch-konstruktivistischen Sichtweise, sowie der psychoanalytischen und der bindungstheoretischen Modelle, weisen einerseits einige Gemeinsamkeiten aber dennoch gravierende Unterschiede auf. Bezug nehmend auf den Abschnitt der Ätiologieüberlegungen werden an dieser Stelle noch einmal die zentralen Momente der einzelnen Ansätze dargestellt und miteinander in Beziehung gesetzt.

In den Verhaltens- und lerntheoretischen Ätiologiebeschreibungen lassen sich bereits Unterschiede in den Darstellungen von Rudi Merod und Rainer Sachse feststellen. Im Gegensatz zu Merod, beschreibt Sachse die Entstehung einer schizoiden Persönlichkeitsstörung aufgrund einer, in der Kindheit erfahrenen, emotionalen Verwahrlosung und nicht aufgrund eines Lerndefizits durch jahrelange Verwöhnung und Überbehütung. Das zentrale Moment bei Sachse ist dabei, dass Menschen mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung, zwar zu ihren sozialen Bedürfnissen zunächst keinen Zugang finden, sie aber dennoch über diese verfügen und sich diesen, in einem Therapieprozess durchaus bewusst werden können. Damit macht er insbesondere auf die Problematik der Beschreibung in den modernen Klassifikationssystemen aufmerksam, welche von einem Nichtvorhandensein dieser Beziehungsbedürfnisse ausgehen. Dementsprechend ist er der Ansicht, dass schizoide Personen letztlich gar kein Bedürfnis nach Autonomie erleben, sondern ihnen nichts anderes übrig bleibt, da sie Angst vor Beziehungen verspüren, sich vor Verletzungen fürchten und demnach versuchen sich zu schützen (vgl. Kap. 3.3.1).

Im Gegensatz zu den verhaltens- und lerntheoretischen Aussagen, betrachten systemisch-konstruktivistische Sichtweisen Krankheit im Allgemeinen von einer völlig konträren Position. Sie gehen maßgeblich davon aus, dass Menschen ihre eigene Realität konstruieren und dementsprechend auch Krankheit konstruiert wird (vgl. Kap. 3.3.2).

Demzufolge ist nicht die psychische Welt der betreffenden Person allein, sondern insbesondere die Welt zwischen den Personen beeinträchtigt. Folglich wird nicht der Betroffene an sich, als ein in sich gestörtes System betrachtet (vgl. Kap. 3.3.2).

In Bezug auf Persönlichkeitsstörungen gehen Systemiker davon aus, dass die Rigidität und ein Festhalten, an den o. g. meist komplementären Beziehungssystemen, in welchen stets starre Positionen eingenommen werden, ein charakteristisches Merkmal von Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung ist (vgl. Kap. 3.3.2).

Trotz der generellen Annahme, dass es aus konstruktivistischer und systemtheoretischer Sicht keine entsprechende Ätiologie von psychischen Störungen geben kann, weil diese lediglich von einem Beobachter konstruiert wird, besteht dennoch eine Vorstellung über die Entwicklung einer schizoiden Persönlichkeitsstörung. Dabei leben Betroffene mit ihren Wirklichkeitskonstruktion, wobei typische Denkweisen nicht überprüft werden. Systemiker gehen, ebenfalls wie die anfänglich geschilderten verhaltens- und lerntheoretischen Vorstellungen davon aus, dass Menschen mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung, aufgrund von einer übermäßigen Verwöhnung in der Kindheit diese, für schizoide Strukturen charakteristische, Grundhaltung einnahmen und keine sozialen Kompetenzen im Umgang mit anderen Menschen erwerben konnten. Durch die, typisch komplementären, Beziehungsgestaltungen resultieren zirkuläre Prozesse, welche die Wirklichkeitskonstruktionen aufrechterhalten (vgl. Kap. 3.3.2).

Die psychoanalytischen bzw. objektanalytischen und bindungstheoretischen Auffassungen betrachten die betreffende Person insbesondere vor dem Hintergrund ihrer frühkindlichen Erfahrungen. Vertreter gehen davon aus, dass eine schizoide Persönlichkeitsstörung auf eine Störung der frühen Mutter-Kind-Beziehung zurückzuführen sei, welche von mangelhaften emotionalen Erfahrungen geprägt wäre. Folglich entwickelte sich kein Urvertrauen, sondern ein Misstrauen in zwischenmenschliche Beziehungen, sodass die Betroffenen mit Beziehungsvermeidung reagieren und sich somit vor Ablehnung anderer Menschen versuchen zu schützen (vgl. Kap. 3.3.3).

Vertreter der psychoanalytischen Sichtweise gehen ebenfalls wie Rainer Sachse davon aus, dass die betreffenden Personen sehr wohl das Bedürfnis nach Nähe zu anderen Menschen verspüren, jedoch Angst vor dieser haben und somit das angstbesetzte Erleben durch Autarkiestreben kompensieren und verleugnen, was bereits Guntrip mit dem „schizoiden Dilemma“ beschrieb (vgl. Kap. 3.3.3).

In der Bindungstheorie wird ebenso davon ausgegangen, dass das elterliche Verhalten die Persönlichkeitsentwicklung und entsprechende Bindungsmuster eines Kindes beeinflussen. Für die Bestätigung dieser These wurden drei Bindungsmuster, das „sichere“, das „unsicher-ambivalente“ und das „unsicher-vermeidende“, unterschieden. Infolgedessen konnte der immense Einfluss elterlichen Verhaltens auf die Persönlichkeitsentwicklung, aber auch auf die Entwicklung psychischer Störungen verdeutlicht werden (vgl. Kap. 3.3.3).

Wie bereits beschrieben suchen die betreffenden Personen mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung eher selten, bzw. aufgrund anderer meist komorbider Achse-I-Störungen, therapeutische Hilfe auf (vgl. Kap 3.2.2.2). Trotz diesem Umstand konnten, mithilfe von 563 Patienten mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung, Ergebnisse einer Studie in Australien und Neuseeland des Quality Assurance Project im Jahre 1990 zeigen, dass die psychoanalytische Langzeitbehandlung bei den betreffenden Personen aussichtsreiche Erfolge mit ersten Hinweisen zur Wirksamkeit aufwies. Diese Ergebnisse müssen jedoch noch in weiteren Studien verifiziert werden. Zusammenfassend ist zu sagen, dass allgemein noch keine randomisierten kontrollierten Studien zur Psychotherapie und zur pharmakologischen Therapie der schizoiden Persönlichkeitsstörung vorliegen, was nicht zuletzt durch die genannte geringe Prävalenzrate dieser Persönlichkeitsstörung begründet wird (vgl. Herpertz, 2008).

Des Weiteren scheinen *interaktionell-psychodynamische Gruppen*, zur Verbesserung der Beziehungsfähigkeit, für die Therapie von schizoiden Persönlichkeiten einen hohen Stellenwert zu besitzen. Im Rahmen dieser Gruppen können sich die betreffenden Personen versuchen zu öffnen, lernen Feedback anzunehmen, sowie zwischenmenschliche Kompetenzen und Konfliktlösungsstrategien üben (vgl. Herpertz & Wenning, 2003). Zur Verdeutlichung der vereinzelt Gedanken der Betroffenen bietet sich auch eine kognitiv-behaviorale Methode an. Nach dieser können *Protokolle über dysfunktionale Gedanken* zu einer Selbsteinsicht der betreffenden Person führen und ihnen auf diese Weise verdeutlicht werden (vgl. Herpertz & Wenning, 2003).

Die beiden letzten Abschnitte konnten einen Einblick in einige Ätiologievorstellungen der schizoiden Persönlichkeitsstörung geben und die unterschiedlichen Ansätze veranschaulichen. Aufgrund der Tatsache, dass derzeit noch kein einheitliches Ätiologiemodell und keine randomisierten kontrollierten Studien zur Psychotherapie der schi-

zoiden Persönlichkeitsstörung vorliegen, bedarf dies weiterer Auseinandersetzungen (vgl. Kap. 3.3).

Der nachfolgende Abschnitt befasst sich nunmehr mit der Lebensgestaltung schizoider Persönlichkeiten und bietet eine Zusammenfassung dieser umfangreichen Thematik.

3.5 Schizoide Persönlichkeiten und Lebensgestaltung – Eine Zusammenfassung

Im Folgenden wird sich mit schizoiden Persönlichkeiten und deren Lebensgestaltung auseinandergesetzt. Es werden insbesondere die Liebesbeziehungen, das Arbeitsverhalten und Merkmale im Therapieprozess beleuchtet. Diese Zusammenfassung stellt die Verbindung für die anschließende kritische Auseinandersetzung der Thematik dar.

Ein zentrales Anliegen aller Menschen ist das Streben nach individueller Einmaligkeit und sich gerade durch diese einzigartige Individualität von anderen zu unterscheiden. Gleichzeitig besteht aber auch, da der Mensch ein soziales Wesen ist, das entgegengesetzte Bestreben nach Dazugehörigkeit zu Gruppen und Kontakt zu anderen Menschen. Eine schizoide Person versucht jedoch gerade diese Seite, von Verbundenheit und Hingabe zu anderen Menschen, zu vermeiden und auszuweichen (vgl. Riemann, 2006).

Riemann beschreibt in seinem Buch „*Grundformen der Angst*“, äußerst beeindruckend die schizoiden Persönlichkeiten. Als zentrales Problem stellt er die „Angst vor der Hingabe“ in den Mittelpunkt seiner Betrachtungen (vgl. Riemann, 2006).

Ein schizoider Mensch strebt in diesem Sinne, wie bereits festgestellt, nach Unabhängigkeit und Autarkie, er will auf niemanden angewiesen sein, niemanden brauchen und keiner Person verpflichtet sein. Folglich begegnet die schizoide Person Mitmenschen mit Distanz und lässt sie nicht zu nahe kommen. Wenn andere diesen Abstand überschreiten kann dies als Bedrohung und Gefährdung verstanden werden. Daher vermeidet sie insbesondere persönlich nahe Kontakte und Intimität. Wenn eine andere Person dem schizoiden Menschen doch zu nahe kommt, reagiert er umso heftiger mit grundloser Aggression oder Feindseligkeit, wendet sich ab und verletzt somit andere Menschen. Das Resultat dieses Verhaltens beschreibt Riemann mit folgenden Worten:

„Das Vermeiden jeder vertrauten Nähe aus Angst vor dem Du, vor sich öffnender Hingabe, lässt den schizoiden Menschen mehr und mehr isoliert und einsam werden“ (Riemann, 2006, S. 23).

Durch diese genannte Vermeidung sozialer und insbesondere persönlich-intimer Kontakte, driftet die betreffende Person jedoch weiter von ihrer sozialen Umwelt ab, kann folglich keine Erfahrungen im Umgang mit anderen Menschen machen und fühlt sich daher auch im Kontakt mit anderen unsicher (vgl. Riemann, 2006).

Die schizoide Person wird insbesondere durch das Emotionale im Leben verunsichert. Daher streben Menschen mit dieser Struktur „[...] die von Gefühlen abgelöste »reine« Erkenntnis an, die ihnen Resultate zu liefern verspricht, auf die sie sich verlassen können“ (Riemann, 2006, S. 25). Im Gegensatz zu dieser angestrebten Rationalität bleibt das Gefühlsleben außer Acht, weil sie dafür auf einen anderen Menschen – *ein DU* – angewiesen sind. Demzufolge scheinen sie, intellektuell betrachtet überdurchschnittlich, in Gefühlssachen jedoch unterentwickelt und verkümmert (vgl. Riemann, 2006).

Nach diesen Schilderungen zufolge, sind auch die *Liebesbeziehungen* schizoider Menschen gekennzeichnet. Folglich beinhaltet das Lieben und Geliebtwerden für die Betroffenen eine Gefahr des „Sich-ausgeliefert-Seins“ und der Abhängigkeit. Dementsprechend ist die Unabhängigkeit eines Menschen umso mehr gefährdet, desto weiter sich dem Gegenüber geöffnet wird. Die Problematik wird jedoch meist dann bewusst, je mehr sich ein Mensch in einer Beziehung selbst bewahren will. Daher steht vor allem eine Person mit einer ausgeprägten schizoiden Struktur vor dem Konflikt, eine Lösung zwischen dem *Bedürfnis nach* und der *Angst vor* mitmenschlicher Nähe zu finden. Diesen Konflikt löst die schizoide Person scheinbar, indem sie lediglich unverbindliche, oft rein sexuelle Beziehungen eingeht. Dadurch kann Sexualität von ihren Emotionen abgespalten werden. Wenn dennoch partnerschaftliche Beziehungen eingegangen werden so sind auch diese, seitens der schizoiden Person, eher emotionslos, sodass die Partner leicht ausgetauscht werden können bzw. lediglich als „Sexualobjekt“ betrachtet werden (vgl. Riemann, 2006). Demnach erscheint es nachvollziehbar, dass sich Personen mit einer schizoiden Struktur eher Partner suchen, die so sind wie sie selbst, bzw. ihnen sehr ähnlich sind. Sie wünschen den Kontakt mit einem Menschen, der sie wortlos versteht, der annähernd ähnlich denkt und fühlt. Auf diese Weise kann sich eine scheinbare

„Symbiose“ eingeredet werden. Demzufolge scheint sich eine Verbindung weniger schwierig zu gestalten, da der schizoide Mensch keinen Identitätsverlust zu befürchten hat und auch nicht seine Grenzen verteidigen muss. Die genannten Gemeinsamkeiten der beiden Partner beschreibt König als Voraussetzung, um einer schizoiden Struktur überhaupt näher zu kommen. Dennoch reicht diese Ähnlichkeit nicht aus, um eine Beziehung dauerhaft aufrechtzuerhalten (vgl. 2004; 1999).

Mit dieser beschriebenen Gestaltung der Beziehungen, schützt sich die schizoide Person vor der Gefahr des Liebens und vor dem Offenbaren ihrer Unbeholfenheit in Gefühlssachen (vgl. Riemann, 2006).

Diese Schilderungen machen die Angst vor Bindung und Abhängigkeit, des schizoiden Menschen deutlich. Die einzige Person, die der schizoide Mensch Vertrauen entgegenbringen kann, ist sich selbst (vgl. Riemann, 2006).

In einer Partnerschaft leidet die schizoide Person insbesondere an Ambivalenzgefühlen zwischen Liebe und Hass gegenüber dem Partner. Zudem können sie immense Zweifel an der Liebe des Partners dazu bringen, dass sie diesen stets neuen Bewährungsproben aussetzen, in denen der Partner die Liebe beweisen und die Zweifel beheben soll. Gleichzeitig wird die Zuneigung des Partners jedoch abgewertet, analysiert und angezweifelt. Aus diesem Verhalten und durch Zynismus zerstört eine schizoide Person nicht selten die liebevollen Empfindungen und die Zuneigungen des Partners. Beendet der Partner die Beziehung wird dies als Triumph betrachtet, ganz in dem Sinne: „Ich wusste es, du hast mich nie geliebt.“ Sie realisieren jedoch meist nicht, dass sie den Partner erst zur Trennung getrieben haben (vgl. Riemann, 2006).

Bei manchen schizoiden Personen kann sich die „unterdrückte Liebesfähigkeit“ und der Wunsch nach Hingabe auch als extreme Eifersucht äußern und somit auf diese Weise durchbrechen. „Er spürt, wie wenig liebenswert er sich verhält, wie wenig liebesfähig er ist, und ahnt, dass er so kaum jemanden halten kann“ (Riemann, 2006, S. 32). Dies kann zu einem Beziehungswahn führen und so die Beziehung zerstören, wobei die schizoiden Personen meist diejenigen sind, die eine Beziehung beenden, um dadurch die „Handelnden“ und nicht die „Erleidenden“ zu sein. Folglich verhält sich die schizoide Person gerade dann als wenig liebenswert, wenn sie eigentlich gerade lieben und geliebt werden möchte. Für sie ist es jedoch weniger schmerzlich, wenn sich der Partner auf-

grund ihres lieblosen Verhaltens abwendet, als würde sie trotz ihrer Bemühungen und Hingabe verlassen werden (vgl. Riemann, 2006).

Infolgedessen der genannten Punkte, geht eine schizoide Person anderen Menschen eher aus dem Weg und gestaltet dementsprechend auch ihr *Arbeitsleben*. Folglich wählt sie Berufe, bei denen lediglich geringe soziale Kontakte erforderlich sind, wobei sie trotz alledem eine produktive und gewissenhafte Arbeit leisten und die Tätigkeit leicht ein achtenswertes Niveau erreichen kann. Des Weiteren führt ein Mensch mit einer schizoiden Struktur Tätigkeiten aus, für die er meist überqualifiziert ist. Er denkt, dass dadurch nicht er vom Arbeitgeber abhängig ist, sondern vielmehr der Arbeitgeber von ihm, da er sich schließlich bereit erklärt eine Arbeit zu verrichten, für die er eine viel zu hohe Qualifikation aufweist und diese dennoch ausführt (vgl. König, 2004; Merod, 2005).

Durch den mitmenschlichen Umgang mit den Kollegen kann der Aufstieg trotz alledem gehemmt werden. Ist die schizoide Person jedoch in der Lage, die Schwierigkeiten im Umgang mit anderen zu erkennen, kann sie diese durch Freundlichkeit, welche jedoch meist nur auf einer verborgenen Geringschätzung basiert, ausgleichen (vgl. König, 1999).

Ebenso wie in ihrer beruflichen Tätigkeit, gehen sie auch in ihrer Freizeit zumeist einzelgängerischen Aktivitäten nach. Sie betrachten sich vielmehr als Beobachter, statt als Teilnehmer des Lebens, wobei sie ihr Leben als ein eher belangloses Geschehen beurteilen. Gehen sie dennoch in Aktion und treten mit anderen Menschen in Kontakt vermeiden sie „small talk“, weil ihnen das Wesentliche und Tiefe wichtiger ist. Dabei brauchen schizoide Menschen eine „gleiche Wellenlänge“ um sich einer anderen Person richtig öffnen zu können (vgl. Merod, 2005; König, 1999).

In Bezug auf den *therapeutischen Prozess* fühlen sich schizoide Personen leicht bedroht und benötigen daher eine lange Zeit, um sich in der Therapie sicher fühlen zu können. Folglich sollte eine Konfrontation mit ihrem Verhalten vorerst vermieden werden, da dies ihre Unsicherheit erhöhen und einen Rückzug verstärken würde. Demzufolge kann es zu Beginn eines Therapieprozesses zu intellektuellen Unterhaltungen kommen, wobei die Vertrauensfindung bei schizoiden Personen einen längeren Zeitraum beansprucht, bis sie offen ihre Verletzbarkeit und ihre Bedürfnisse zeigen können (vgl. Wöller, 2006).

Eine weitere Schwierigkeit in der Therapie ist, dass schizoide Personen akzeptieren müssen, dass der Therapeut nicht immer der gleichen Ansicht ist, wie sie selber. Das heißt, sie müssen erfahren, dass der Therapeut sich in einem großen Maße von ihnen unterscheidet. Daraus ergeben sich aber gerade Entwicklungsprozesse, die das Denken und Fühlen aber auch Handlungsmöglichkeiten von Menschen mit schizoiden Strukturen erweitern und verändern können (vgl. König, 2004).

„Sobald erste Emotionen spürbar werden, werden die Patienten von einer vorsichtigen *affektdifferenzierenden Arbeit* und einer *Stärkung der Selbst-Objekt-Differenzierung* [Hervorhebung v. Verf.] sehr profitieren“ (Wöller, 2006, S. 262).

Es sei dennoch darauf hingewiesen, dass schizoid strukturierte Menschen – auch nach einer gelungenen Therapie – stets einen bestimmten Anteil an Freiheit benötigen, den sie wahrscheinlich auch nie aufgeben können und dies auch nicht gezwungenermaßen sollen, da dieser Anteil durchaus von ihrer Persönlichkeit benötigt werden kann (vgl. König, 2004).

Die beschriebenen Merkmale einer schizoiden Persönlichkeit, sollten eine Vorstellung verschaffen, wie sich verschiedene Lebensbereiche gestalten können und noch einmal die wichtigsten Charakteristika der schizoiden Persönlichkeit zusammenfassen.

Im folgenden Abschnitt wird sich nunmehr mit der Kategorie der schizoiden Persönlichkeitsstörung kritisch auseinandergesetzt. Es wird Bezug auf die vorangegangenen Abschnitte genommen und die anfängliche Frage geklärt, ob diese Störungskategorie konzeptionell betrachtet, fachlich zu rechtfertigen sei und eine entsprechende Anwendung findet, oder eine eventuelle Umgestaltung erfordert.

3.6 Kritische Reflexion der schizoiden Persönlichkeitsstörung

Dieser Abschnitt befasst sich nunmehr mit der kritischen Auseinandersetzung des Konzeptes der schizoiden Persönlichkeitsstörung. In diesem Zusammenhang wird die Frage der begrifflichen und konzeptionellen Rechtfertigung dieser Kategorie diskutiert und hinterfragt.

Einige Autoren nehmen an, dass sich das ursprüngliche Konzept der schizoiden Persönlichkeitsstörung von Kretschmer und Bleuler aus den 20er Jahren des letzten Jahrhunderts, seit den 80er Jahren deutlich gewandelt habe. „Aus einer autistischen sozialen Rückzugstendenz mit einem ambivalenten Spannungsverhältnis zwischen

Rückzugstendenz mit einem ambivalenten Spannungsverhältnis zwischen Überempfindlichkeit (Hyperästhesie) und Abstumpfung (Anästhesie) wurde ein anhedonisch akzentuiertes generelles Desinteresse an Menschen, sozialen Kontakten und mitmenschlicher Kommunikation“ (Merod, 2005, S. 323). Durch diese vermeintliche Veränderung des Störungskonzeptes, würde lt. Andresen et al. jede Rechtfertigung für diesen Begriff fehlen. Dementsprechend sind einige Experten der Auffassung, dass das Konzept bzw. die Bezeichnung schizoide Persönlichkeitsstörung, ebenso wie deren Diagnose, nicht mehr tragbar sei und infolgedessen in die „*anhedonische und sozial indifferente Persönlichkeitsstörung*“ umbenannt werden sollte (vgl. Merod, 2005; Andresen et al., 2001).

Die für die vorliegende Arbeit zentrale Problematik ergibt sich jedoch gerade aus dieser weit verbreiteten Annahme, dass Menschen mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung keinerlei Bedürfnisse nach mitmenschlichen und persönlich nahen Beziehungen verspüren können. Daher ist die Tatsache, dass die vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung eine hohe Ähnlichkeit zur schizoiden Persönlichkeitsstörung aufweist, für die vorliegende Arbeit von großer Bedeutung. Die Gemeinsamkeit beider Störungsbilder kennzeichnet sich durch einen sozialen Rückzug. Im Unterschied zur schizoiden Persönlichkeitsstörung wird jedoch bei Menschen mit einer vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung davon ausgegangen, dass die soziale Isolation weniger gewünscht sei und vielmehr als Schutz vor psychischen Verletzungen fungieren soll. Es bestehen bei den Betroffenen durchaus große Sehnsüchte nach Beziehung und Nähe, welche Menschen mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung jedoch abgesprochen werden. Diese Behauptung, eines generellen Desinteresses an Mitmenschen sowie das Nichtvorhandensein sozialer Bedürfnisse bei Menschen mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung, konnte bisher jedoch in keiner Weise evident bewiesen werden (vgl. Andresen et al., 2001).

Infolgedessen wird dafür plädiert, dass vor die diagnostischen Kriterien, welche eine Indifferenz an zwischenmenschlichen Beziehungen beschreiben und implizieren, Merkmale einer Fremdbeobachtung, wie bspw. „scheint“ oder „zeigt“, vorangestellt und dadurch gekennzeichnet werden. Diese Beschreibungen enthalten danach durchaus eine emotionale Betroffenheit, über die fehlenden sozialen und persönlich nahen Beziehungen, welche Menschen mit einer schizoiden Struktur lediglich gut verbergen können und verweisen damit auf die Innenseite der Betroffenen. Demnach können sich „[...]

durchaus ‚Empfindlichkeiten‘ im Sinne der Kretschmerschen Hyperästhetik des Schizoiden verbergen [...]“ (Andresen et al., 2001, S. 193). Folglich sind diese, noch ausbaufähigen und z. T. längst ausstehenden Angaben einer Außenperspektive, in den Diagnosemanualen und in anderer Fachliteratur, für das schizoide Störungskonzept unerlässlich (vgl. Andresen et al., 2001).

Inwieweit jedoch eine Änderung von der schizoiden in die anhedonische und sozial indifferente Persönlichkeitsstörung vorgenommen wird, ist zu dem jetzigen Zeitpunkt noch nicht abzusehen. Viel wichtiger, als die Bezeichnung dieses Störungsbildes, sind dagegen die gezielten Forschungen im Hinblick auf abgeleitete Therapiemöglichkeiten, die dazu beitragen können, die Lebensqualität der Betroffenen zu steigern. Leider ist der momentane Stand dieser, dass die schizoide Persönlichkeitsstörung nicht im Interessensfeld der Therapieforschung zu stehen scheint und dadurch nur sehr wenige konkrete Therapievorstellungen und Behandlungsmaßnahmen für diese Störungskategorie vorliegen (vgl. Merod, 2005).

Eine weitere Problemstellung, welche sich mit der Kategorie der schizoiden Persönlichkeitsstörung ergibt, ist die Tatsache, dass sie mit der Einführung des DSM-III in einem erheblichen Konflikt zu der schizotypischen Persönlichkeitsstörung steht, was die Arbeit mit beiden Störungskategorien gleichermaßen erschwert (vgl. Merod, 2005). Der Begriff der Schizotypie bzw. „schizotypal organization“ wurde von Rado eingeführt und beschreibt eine Ausdrucksform einer „genetischen Disposition zur Schizophrenie“ (vgl. Andresen et al., 2001). Trotz der Einführung dieses Störungsbildes, kann die schizotypische Persönlichkeitsstörung insbesondere durch Merkmale, wie Verzerrungen der Wahrnehmung und des Denkens, sowie eine seltsame Sprechweise und paranoide Vorstellungen, relativ sicher von einer schizoiden Persönlichkeitsstörung abgegrenzt werden, weil sich diese bei der Letzteren nicht wieder finden. Ebenso kann durch die empirische Befundlage gesichert davon ausgegangen werden, „[...] dass es sich bei der schizotypischen Persönlichkeitsstörung um eine schizophrene Spektrumserkrankung handelt [...]“ (Herpertz, 2003, S. 140), was für die schizoide Persönlichkeitsstörung dagegen nicht zutrifft. Nach diesen Erkenntnissen können schizoide Persönlichkeitsmerkmale auch keine Prognose über eine später eintretende Schizophrenie gestatten. Tritt also der Fall ein, dass zu einer schizophrenen Erkrankung Merkmale einer schizoiden Persönlichkeitsstruktur hinzukommen, so kann der Verlauf der schizophrenen Störung zwar

ungünstig beeinflusst werden, es bedeutet aber nicht zwangsläufig, dass ein Zusammenhang zwischen einer schizoiden Persönlichkeitsstörung und einer Schizophrenie besteht. Fiedler geht vielmehr davon aus, dass „[...] Persönlichkeitsstörungen die Entwicklung und den Verlauf psychischer Störungen ungünstig beeinflussen könnten“ (1998, S. 174).

Trotz der eben genannten Tatsache, dass die schizoide Persönlichkeitsstörung keine Zusammenhänge zu schizophrenen Spektrumserkrankungen aufweist, wird diese dennoch, insbesondere im Klassifikationssystem des DSM-IV, den Störungsbildern des Cluster A „sonderbar und exzentrisch“, welchen ein konzeptueller Zusammenhang zu den schizophrenen und wahnhaften Störungen unterstellt wird, untergeordnet. Dieser Einteilung entgegen jedoch prospektive Studien, welche die bereits beschriebene eindeutige Abgrenzung der schizoiden Persönlichkeitsstörung von schizophrenen Spektrumserkrankungen unterstützen (vgl. Fiedler, 1998; Herpertz & Wenning, 2003). Dementsprechend wird eine „[...] persönlichkeitspezifische Prädisposition zur Schizophrenie nunmehr vor allem in den Bereich der [...] schizotypischen Persönlichkeitsstörung verankert, wenngleich schizoide Persönlichkeitsmerkmale vereinzelt durchaus prämorbid, begleitend oder folgend zur Schizophrenie beobachtet werden“ (Fiedler, 1998, S. 173f).

Die aufgeführten kritischen Darstellungen der Konzeption der schizoiden Persönlichkeitsstörung konnten nochmals die Komplexität dieser Störungskategorie, sowie die vorherrschenden, z. T. nicht gerechtfertigten Annahmen und die damit einhergehende Notwendigkeit weiterer Forschungen verdeutlichen.

Das folgende Kapitel behandelt nunmehr die bereits mehrfach angesprochene Thematik der Abgrenzungsproblematik von einer Persönlichkeitsstruktur und einer Persönlichkeitsstörung, welche sich insbesondere bei der schizoiden Persönlichkeit verdeutlicht. In diesem Zusammenhang wird das Dilemma der Diagnose und deren Auswirkungen beleuchtet. Ebenso wird die Frage thematisiert, was überhaupt als normal und anormal bzw. gestört bezeichnet werden kann und wer diese Entscheidung der Zuordnung zu treffen vermag.

4 Abgrenzungsproblematik: Persönlichkeitsstruktur vs. Persönlichkeitsstörung

Dieses Kapitel behandelt nunmehr den zweiten thematischen Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit. Es wird sich dabei mit der komplexen und viel diskutierten Thematik der Abgrenzung, von einer gewöhnlichen Persönlichkeitseigenschaft bzw. der Persönlichkeitsstruktur eines Menschen und einer Persönlichkeitsstörung, auseinandergesetzt. In diesem Zusammenhang geht es vor allem um die Frage, was als normal und, was als anormal erachtet und dementsprechend als gestört diagnostiziert wird. Es wird sich insbesondere mit der Problematik des Anspruchs auf eine vermeintliche Objektivität, im diagnostischen und therapeutischen Kontext auseinandergesetzt. Aufgrund der Komplexität dieser Thematik wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit lediglich ein Einblick in die Abgrenzungsproblematik von einer Persönlichkeitsstruktur und einer Persönlichkeitsstörung gegeben. Trotz alledem sei darauf hingewiesen, dass die, an dieser Stelle, behandelte Materie einen ebenfalls hohen Stellenwert für diese Arbeit besitzt und daher ausgeführt wird.

Der nachfolgende Abschnitt befasst sich mit den Konstrukten der Normalität und der Devianz als zentrale Aspekte der kurz beschriebenen Abgrenzungsproblematik. Bei den Ausführungen wird weiterhin das Konzept der schizoiden Persönlichkeit bzw. der schizoiden Persönlichkeitsstörung thematisiert, da sich die Abgrenzungsproblematik bei dieser Störungskategorie sehr deutlich herauskristallisiert.

4.1 Normalität und Devianz

Die Einteilung von Gesundheit und Krankheit, von normal und anormal hat in einer Gesellschaft einen hohen Stellenwert und ist für diverse Entscheidungen von immenser Bedeutung. Für die Gesundheitsversorgung, Arbeits- und Erwerbsfähigkeit und im Rechtswesen, um nur einige zu nennen. Dementsprechend werden erhebliche Anforderungen an die Bestimmung, von insbesondere psychischen Erkrankungen, gestellt. Je-

doch kann dieser Störungsbegriff bis heute nicht eindeutig definiert werden, da er nicht nur wissenschaftliche, sondern auch sozial wertende Anteile enthält. Folglich ist die Entscheidung, gesund oder krank, normal oder deviant, von Werten und Normen innerhalb einer Gesellschaft abhängig. Demzufolge kann nicht lediglich eine Unterscheidung zwischen krank und gesund getroffen werden. Die Ansicht, dass „Geisteskrankheit“ kein medizinischer sondern ein sozialer Begriff sei, vertrat bereits Bleuler im Jahre 1919 indem er davon ausging, dass Geisteskrankheiten Abweichungen einer „geistigen Norm“ seien und den Betroffenen sozial unfähig machen (vgl. Bastine, 1998).

Entsprechend dieser Auffassung von psychischen Störungen und speziell im Bereich der Persönlichkeitsstörungen, ist das Kriterium der Normabweichung zentral, sodass Begriffe wie krank oder gestört gegen abweichend, anormal, unerwünscht oder fehlangepasst ersetzt werden, „[...] um die Verschiedenheit gegenüber normalen, d.h. üblicherweise erwarteten Aktivitäten herauszustellen“ (Bastine, 1998, S. 155). An dieser Stelle sei die Theorie des *Etikettierungsansatzes* erwähnt, welche psychische Störungen als das „*Ergebnis von sozialen Interaktions- und Zuschreibungsprozessen*“ betrachtet. „Die Zuschreibung und Benennung („Etikettierung“) als ‚psychisch gestört‘ erscheint hier als das zentrale agens [sic!] bei der Ausbildung und Verfestigung abweichenden [sic!] Verhaltens; dieser Prozeß wird gestützt durch die Stigmatisierung psychisch Kranker“ (Bastine, 1998, S. 156). Danach findet keine Aussage über die Qualität der Störungen statt. In diesem Sinne kann auch besonders künstlerisch begabtes und intelligentes Verhalten als deviant betrachtet werden (vgl. Bastine, 1998).

Die thematisierte Problematik wird nachfolgend u. a. unter den Blickpunkten des Soziologen Heiner Keupp beleuchtet.

Wie bereits angedeutet dienen die Bezeichnungen *Normalität und Abweichung* für die Abgrenzung zwischen einem gesellschaftlich akzeptiertem Erleben und Verhalten. Diese Grenzen lassen sich jedoch i. d. R. meist nur speziell für eine Kultur festlegen, da jede Kultur über ihre eigenen Vorstellungen, bezüglich normalen und abweichenden Verhaltens verfügt. Diese bestimmen, wer in einem sozialen System als zugehörig und als ausgeschlossen gilt, wer geduldet und nicht geduldet wird, wobei die Vorstellungen von normalen und abweichenden Verhalten stets einem Wandel unterliegen. Folglich kann eine zuvor deklarierte Devianz oder Störung durch den Zeitgeist, durch Veränderungen von Normen und moralischen Wertevorstellungen einer Gesellschaft, zu einem

anderen Zeitpunkt als durchaus „normalisiert“ betrachtet werden, sodass dementsprechend auch ein Ausschluss aus den Klassifikationsmanualen erfolgen kann. Als entsprechende Exempel können in diesem Zusammenhang Homosexualität oder Promiskuität, welche früher als pathologische Abweichungen galten, in der Zwischenzeit jedoch in den Normalbereich verschoben worden, hervorgehoben werden (vgl. Keupp, 2007; Bronisch, 2003). Aufgrund dieser Änderungen formulierte Peter Fiedler treffend: „[...] Die Diagnose ‚Persönlichkeitsstörung‘ [erfolgt] fast zwangsläufig in einem Bereich persönlicher und zwischenmenschlicher, wissenschaftlicher und gesellschaftlich-kultureller Streitfragen und Konfliktzonen“ (1998, S. 4).

An dieser Stelle sei beiläufig darauf hingewiesen, dass die Ansichten über insbesondere Persönlichkeitsstörungen nicht nur zwischen den unterschiedlichen Kulturen divergieren können, sondern auch in den verschiedenen Theorieansätzen der Psychologie, Psychiatrie und der Psychotherapie innerhalb einer Kultur (vgl. Fiedler, 1998).

Für die Bestimmung von Normalität und Abweichung werden i. d. R. professionelle Fachkräfte und spezifische Einrichtungen eingesetzt, welche dann eine Grenze zwischen beiden Konstruktionen ziehen und diese kontrollieren sollen. Keupp drückt dies recht provokant aus, indem er sagt, dass Menschen „[...] durch Beratung und Therapie auf den ‚Pfad der Normalität‘ [...]“ (2007, S. 1) gebracht werden sollen. Die Klassifikationssysteme dienen dazu, das „Abweichungsfeld“ zu ordnen, sodass scheinbare Devianzen zuverlässig kategorisiert werden können (vgl. Keupp, 2007).

Dementsprechend stehen nicht mehr Ursache- und Entstehungsmodelle im Blickpunkt der Betrachtungen, sondern wie Keupp es ausdrückt, das „[...] Interventionspotential: Welche therapeutischen, beraterischen oder korrektiven Maßnahmen können oder sollen eingeleitet werden, um den Störungswert eines Verhaltens oder Erlebens so zu verändern, dass sie den normativen Erwartungen innerhalb einer Kultur besser entsprechen“ (2007, S. 2). Die Vorstellung von Normalität und Devianz üben zweifelsohne einen immensen Leidensdruck auf die Personen aus, die eben diesen Vorstellungen und Erwartungen nicht gerecht zu werden scheinen, weil sie diesen gesellschaftlichen Anforderungen offenbar nicht entsprechen können (vgl. Keupp, 2007).

Aufgrund dieser Problematiken plädiert Keupp für die Verabschiedung der beiden Pole Normalität und Abweichung und fordert stattdessen, den Fokus auf die Ressourcen von Menschen zu legen. Solche Ressourcen, die es einem Menschen ermöglichen in

spezifischen Lebenslagen, ihr Leben angemessen zu gestalten und zu führen (vgl. Keupp, 2007). Ob diese Art der Bewerkstellungen, ein Leben zu führen für andere Personen, als abnorm oder gestört angesehen wird, scheint demnach nachrangig zu sein. Nach dieser Auffassung kann davon ausgegangen werden, dass auch das Konstrukt der Persönlichkeitsstörung vielmehr eine Anpassungsleistung an frühere Lebenssituationen darstellt, sodass diese Diagnose nicht ausschließlich defizitär verstanden werden muss (vgl. Barnow, 2008).

In den meisten Gesellschaften ist es jedoch so, dass die Menschen kaum traditionell geltende Normen hinterfragen, eine abweichende Verhaltensweise kaum als Ressource der betreffenden Person – die ihr Leben auf diese Art bewältigt – betrachten und somit Stigmatisierungen aufrechterhalten (vgl. Keupp, 2007).

Für Keupp ist Gesundheit demnach „[...] ein Feld der Herstellung von gesellschaftlich gewünschtem und gefordertem Verhalten und entsprechender Habitusformen. Gesundheit ist in diesem Sinne ein Ort sozialer Kontrolle“ (Keupp, 2007, S. 9). Bei diesem gesellschaftlichen Vorgang der sozialen Kontrolle, sollen Normalitätscharaktere, welche jede Gesellschaftsformation erfordert, hervorgebracht werden. Folglich erfahren Mitglieder einer Gesellschaft – Individuen – aus dieser sozialen Kontrolle Befangenheit und Einschränkung in ihrer persönlichen Entfaltung (vgl. Keupp, 2007). Demnach eignet sich „keine persönliche und gesellschaftliche Sphäre [...] so hervorragend als Präganstalt für erwünschtes und adäquates Verhalten wie der Bereich der Gesundheit“ (Keupp, 2007, S. 11), sodass sie folglich als prinzipielle Voraussetzung für die „Nutzung von Lebensmöglichkeiten“ verstanden werden kann (vgl. Keupp, 2007).

Wenn nun Menschen aus dieser gewünschten Normalität und den verlässlichen Selbstverständlichkeiten herausfallen, ist dies meist Folge einer Krise, welche durch unvorhersehbare und lebensverändernde Ereignisse ausgelöst werden kann, sodass die Alltagsnormalitäten gefährdet sein können. „Es gibt aber auch Krisen der Normalität selber, wenn sich die Grundlagen eines soziokulturellen Systems so verändern, dass bislang tragfähige Schnittmuster der Lebensgestaltung ihre Tauglichkeit verlieren“ (Keupp, 2007, S. 12).

Die, in dieser Arbeit umfassend thematisierte schizoide Persönlichkeit sollte u. a. verdeutlichen, wie diffizil es ist, eine akzentuierte Persönlichkeitseigenart bzw. eine vorliegende Persönlichkeitsstruktur eines Menschen von einer Persönlichkeitsstörung zu

unterscheiden und diese voneinander abzugrenzen. Durch die obige Unterteilung der schizoiden Persönlichkeitsstruktur und der schizoiden Persönlichkeitsstörung wurde kenntlich gemacht, dass die diagnostischen Kriterien einer schizoiden Persönlichkeitsstörung, den Merkmalen einer schizoiden Persönlichkeitsstruktur sehr ähnlich sind und annähernd gleich beschrieben werden. Demnach kann nur sehr schwer gesagt werden, wann eine Person als schizoid persönlichkeitsgestört zu diagnostizieren sei (vgl. Kap. 3.2). Dies deutet den fließenden Übergang zwischen einer Persönlichkeitsstruktur eines Menschen und einer Persönlichkeitsstörung an, wie ihn bereits Wöller (2006) beschrieben hat (vgl. Kap. 2.2.2).

Die thematisierte Abgrenzungsproblematik findet sich auch in den modernen Klassifikationssystemen wieder. Die größten Probleme der aktuellen Klassifikationsmanuale sind, dass trotz der Vereinheitlichung der ICD-10 und des DSM-IV, u. a. normale Persönlichkeitszüge nicht von Persönlichkeitsstörungen abgegrenzt werden können (vgl. Paulitsch, 2004).

In diesem Zusammenhang beschreibt Paulitsch die grundlegende Problematik der Etikettierung in den Klassifikationssystemen. Die ICD-10 und das DSM-IV verwenden insbesondere für Persönlichkeitsstörungen, Wörter wie bspw. „unangepasstes Bestehen auf eigene Rechte“, „Selbstbezogenheit“, „emotionale Kühle“, „dramatische Selbstdarstellung“, „Egozentrik“ oder „herzloses Unbeteiligtsein“. Diese Beschreibungen enthalten Wertungen, „[...] bieten einen großen Interpretationsspielraum, sind schlecht operationalisierbar und lassen bezüglich der Präzision – ein Ziel der deskriptiven Diagnostik nach der ICD-10 – doch zu wünschen übrig. Dadurch besteht auch die Gefahr, dass der Diagnostiker selbst Wertvorstellungen und unreflektierte Gegenübertragungsgefühle einbringt“ (Paulitsch, 2004, S. 195). Aufgrund der genannten Aspekte scheint daher diese Form der Beschreibungen von Persönlichkeitsstörungen kaum tragbar zu sein.

Um nochmals den Bezug zur thematisierten schizoiden Persönlichkeitsstörung herzustellen, äußerte auch Kernberg große Bedenken hinsichtlich der Klassifikation dieser Störungskategorie. Dabei zweifelte er an den Beschreibungen des DSM III und hinterfragte v. a., „[...] ob schizoide Persönlichkeiten wirklich kein Bedürfnis nach sozialen Beziehungen haben und unempfindlich gegen Kritik sind“ (Kernberg, 2000, S. 129). In diesem Zusammenhang konnten intensive klinische Auseinandersetzungen mit schizoiden Persönlichkeiten zeigen, dass die intrapsychische Realität der Betroffenen viel

komplexer ist, als dies zunächst den Anschein hat. Dementsprechend beschreibt Kernberg die Beschreibungen des DSM III (z. T. im DSM-IV übernommen) und die Vernachlässigung psychodynamischer Untersuchungen als „Verarmung“, sodass die gebräuchlichen Beschreibungen für eine schizoide Persönlichkeitsstörung, diesem Störungsbild bzw. den betreffenden Personen nicht gerecht werden können (vgl. Kernberg, 2000).

Nach den dargestellten Ausführungen über Normalität und Devianz bezüglich Persönlichkeitsstörungen ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Entscheidung der Einteilung eines Verhaltens oder einer Eigenschaft – in gesund oder gestört, normal oder anormal – stets von anderen Menschen, folglich von einem außen stehenden Beobachter in einer Machtposition, getroffen wird (vgl. Bastine, 1998). In diesem Zusammenhang stellt sich jedoch die Frage, ob es wirklich die Beobachtungen einer anderen Person gestatten, zu entscheiden wann jemand die vermeintliche Grenze zwischen normal und anormal, zwischen gesund und gestört überschritten hat? Mit dieser Thematik, einer vermeintlichen Objektivität, befasst sich ansatzweise der folgende Abschnitt.

Abschließend sei noch vermerkt, dass es in der heutigen Gesellschaft wohl kaum möglich ist, sich aus der Debatte Normalität und Abweichung zu entziehen. Dennoch plädiert u. a. Keupp dafür, dass es angebracht wäre, sich von der Illusion einer absoluten Differenzierung von Gesundheit und Krankheit bzw. Normalität und Devianz zu verabschieden (vgl. 2007).

4.2 Der Anspruch auf Objektivität

Der letzte Abschnitt dieses Kapitels befasst sich nunmehr mit der vermeintlichen Existenz einer Objektivität bei diagnostischen und psychotherapeutischen Entscheidungen. In diesem Zusammenhang werden insbesondere zentrale Ansichten des Konstruktivismus und der systemischen Sichtweise vertreten und aufgeführt.

Die, im vorangegangenen Abschnitt thematisierte Abgrenzung einer „normalen“ Persönlichkeitsstruktur und einer Persönlichkeitsstörung, sowie die entsprechende Kategorisierung liegt wie beschrieben, bei außen stehenden Experten. In diesem Prozess trifft die Entscheidung, über das Vorhandensein und die Zuordnung in eine bestimmte Kategorie einer psychischen Störung lediglich ein, am diagnostischen Geschehen „unbetei-

ligter Beobachter“. Im Grunde soll dieser die betreffende Person „objektiv“ beobachten, aus diesen Beobachtungen Beschreibungen des wahrgenommenen Verhalten formulieren und daraus eine Diagnose bestimmen, sodass nachfolgend eine therapeutische Intervention abgeleitet werden und erfolgen kann. Aufgrund dieser scheinbar „objektiven Befunde“ soll gegen ein, nach der Ansicht des Betrachters, gestörtes Verhalten interveniert werden. Folglich wird davon ausgegangen, dass die Beschreibungen des Beobachters objektiv sind und demnach auch die Eigenschaften des Beobachters nicht in die Schilderungen des Beobachteten eingehen. Dies bedeutet, dass Abläufe, Regelkreise, Hierarchien, etc., eines Menschen – eines Systems – von dem Beobachter unabhängig seien. Danach könnten die Experten Aussagen darüber treffen, wie ein System „wirklich“ ist, es dementsprechend beeinflussen und verändern. Dieses wissenschaftliche Verständnis wird als sog. *Kybernetik 1. Ordnung* bezeichnet, welche jedoch kritisch betrachtet wird, da diese Auffassung ein „Denken in Begriffen von Kontrolle und Steuerung“ impliziert (vgl. Duss-von Werdt, 2000; Schlippe von & Schweitzer, 2003).

Im Allgemeinen ist die *Kybernetik* die Bezeichnung „[...] für ein wissenschaftliches Programm zur Beschreibung der Regelung und Steuerung komplexer Systeme“ (Schlippe von & Schweitzer, 2003, S. 53). Übertragen auf die Systemtheorie und deren Therapien „[...] wird von Kybernetik gesprochen, wenn es um Steuerung, Regeln, Muster, Abläufe (Sequenzen) des familiären Beziehungs-Systems, seiner Transaktionen, Interaktionen und Kommunikationen geht“ (Duss-von Werdt, 2000, S. 49).

Später wurde von dem Verständnis eines „ontologisierenden Objektivismus“ Abstand genommen. Danach wurde zwischen der o. g. *Kybernetik 1.* und der *Kybernetik 2. Ordnung* unterschieden, was für das wissenschaftliche Denken einen Paradigmenwechsel bedeutete (vgl. Duss-von Werdt, 2000).

Nach der *Kybernetik 2. Ordnung*, auch „Kybernetik der Kybernetik“ genannt, beziehen sich kybernetische Prinzipien nun auf die Kybernetik selbst. Danach sind Subjekt und Objekt – passender ausgedrückt, Beobachter und Beobachtende – ein miteinander verbundenes, wechselabhängiges System. Eine Situation bzw. ein System verändert sich dabei bereits durch die Beobachtung, sodass der Beobachter ein Teil des Systems ist und folglich als Teil des Kontextes „mitkonzeptualisiert“ wird. Demgemäß wird bezweifelt, dass es Systeme gibt, die von einem Experten bspw. einem Therapeuten objektiv zu erkennen sind. Daraus ergibt sich zwangsläufig eine Abgrenzung zu dem

o. g. Verständnis, welches Kontrolle und Hierarchie impliziert (vgl. Duss-von Werdt, 2000; Schlippe von & Schweitzer, 2003).

Trotz dessen, dass der Prozess der Zuschreibung und Begründung von Persönlichkeitsstörungen ein sozialer ist und in Fiedlers Worten jedoch eine „Person-Perspektivierung eines interaktionellen Problems“ stattfindet, wird eine Störung bzw. eine Devianz allein in der Lebensgeschichte und in eventuellen genetischen Dispositionen der betreffenden Person gesucht und demzufolge auch begründet. Diese Annahme scheint für den Diagnostiker und den Interaktionspartner nach Fiedler eine äußerst beruhigende Situation zu sein, wonach eine eventuelle Mitschuld an der Störung selbst, oder an einer gescheiterten Beziehung gar nicht erst aufkommt. Obwohl eine Persönlichkeitsstörung erst durch diesen Prozess der Diagnosevergabe festgelegt wurde. Folglich wird die Möglichkeit, dass die Person dieses Verhalten in einem anderen Umfeld womöglich gar nicht zeigen würde, von den „Experten“ zu keiner Zeit in Betracht gezogen (vgl. Fiedler, 1998).

Den obigen Ausführungen entsprechend wird die Tatsache, dass ein diagnostisches sowie therapeutisches Geschehen ein interaktioneller und kommunikativer Prozess zwischen Psychotherapeut und der betreffenden Person ist, sodass dieses soziale Geschehen nicht nur von einer Person erzeugt und beeinflusst wird, weitestgehend vernachlässigt. Der Diagnostiker wird nicht als Teil der sozialen Situation mitberücksichtigt. Nach Streeck wird die „[...] soziale Dimension des diagnostischen Geschehens [...] unterschlagen“ (1999, S. 57), sodass in diesem Prozess lediglich die betreffende Person, deren psychische und intraindividuelle Persönlichkeitsstruktur im Mittelpunkt weiterer Betrachtungen steht und der Kontext, in dem die Person mit einer anderen Person in Interaktion stand, verloren geht (vgl. Streeck, 1999).

Jedoch kann zweifelsohne allein die Tatsache, dass der u. a. diagnostische Prozess zwischen mindestens zwei Menschen stattfindet, keine Objektivität gewährleisten. Selbst das Vorlegen eines Fragebogens stellt nach den beschriebenen Auffassungen ein kommunikatives Ereignis dar (vgl. Streeck, 1999).

Dementsprechend kann, im Sinne der Kybernetik 2. Ordnung, die Vorstellung eines objektiven, nicht involvierten Beobachters, lediglich als ein Mythos verstanden werden (vgl. Streeck, 1999).

Der Anspruch auf Objektivität wird auch in den modernen Klassifikationsmanualen erhoben. Persönlichkeitsstörungen werden in einer rein deskriptiven Weise dargestellt, um somit eine objektive Haltung hervorzuheben. Dennoch weisen auch diese Beschreibungen „[...] viele Attribuierungen auf, die auf soziale Normen Bezug nehmen [...]“ (Streeck, 1999, S. 56). Veranschaulichungen dafür können bspw. die diagnostischen Merkmale der schizoiden Persönlichkeitsstörung in der ICD-10 sein, bei denen u. a. folgende Formulierung gewählt wurde: „deutlich mangelhaftes Gespür für geltende soziale Normen und Konventionen [...]“ (Dilling & Freyberger, 2001, S. 221). Ulrich Streeck bringt diese Thematik nachfolgend präzise zum Ausdruck: „Die Diagnose einer ‚Persönlichkeitsstörung‘ enthält immer auch eine Aussage über die Toleranz der sozialen Umwelt, und sie ist selbst eine Aussage über die Sittlichkeit von Verhalten – in Gestalt von moralisierenden Bewertungen im Gewand von medizinischen Diagnosen“ (Streeck, 1999, S. 56).

Es wird verdeutlicht, dass „[...] Persönlichkeitsstörungen nicht einfach nur Störungen der Persönlichkeit sind, sondern daß ein sozialer, ein kommunikativer und interaktiver *Kontext* [Hervorhebung v. Verf.] dazugehört“ (Streeck, 1999, S. 56). Die festgeschriebene Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bewirkt jedoch, dass der Kontext, in welchem ein bestimmtes Verhalten gezeigt wurde und eine Funktion zu erfüllen schien, außerhalb jeder Betrachtung geriet, sodass es sich nunmehr um eine festgelegte individuelle Pathologie des Betroffenen handelt (vgl. Streeck, 1999).

Diese beschriebenen Ausführungen eröffnen eine völlig andere Perspektive über das Verständnis und den diagnostischen sowie therapeutischen Prozess von Persönlichkeitsstörungen. Demnach ist vor allem die Rolle des Therapeuten eine andere. Streeck beschreibt ihn folgendermaßen: „Er ist keineswegs nur Beobachter und Entdecker der seelischen Welt des Patienten; er ist Mitgestalter und Co-Produzent. Wie auch immer er sich verhält, gestaltet er das therapeutische Geschehen und dessen Kontexte zusammen mit dem Patienten aktiv mit“ (Streeck, 1999, S. 67f).

Ebenso widerspricht Ruf der Vorstellung einer Omnipotenz von Therapeuten und geht davon aus, dass Therapeuten keine Experten für „richtige“ Lösungen des Betroffenen sind, sondern zusammen mit diesem nach „besseren“ Lösungen für sein Leben suchen. Es bestimmt letztendlich stets die betreffende Person selbst, welche Lösung die für sie „richtige“ ist und entscheidet selbst über eine Veränderung oder über eine Nicht-

Veränderung in ihrem Leben. Des Weiteren ist für Ruf eine „Respektlosigkeit gegenüber Krankheits-(Theorien)“ zentral, da diese überhaupt die Möglichkeit für eine solche gemeinsame Suche eröffnen kann (vgl. Ruf, 2005).

Infolgedessen kann der Auffassung darüber, dass ein Therapeut stets in der Lage sei, neutral und objektiv zu beobachten und zu entscheiden, zweifelsohne widersprochen werden (vgl. Streeck, 1999).

Bezüglich des Anspruchs auf Objektivität in zwischenmenschlichen Prozessen kann zusammenfassend gesagt werden, dass die schwerwiegendste Problematik, dass Vernachlässigen der subjektiven Perspektive und Erleben der betreffenden Person ist. Dementsprechend werden weder die „[...] Zielgerichtetheit der Handlungen, noch subjektive Bedeutungen oder Verarbeitungs- und Bewältigungsprozesse expliziert [...]“ (Bastine, 1998, S. 160). Ebenso fehlt einem außen stehenden Beobachter jeglicher zeitliche Zusammenhang, in dem ein bestimmtes – im Nachhinein jedoch als gestört deklariertes – Verhalten aufgetreten ist. Gemäß der Auffassung des „*sozialen Definitionsprozesses psychischer Störungen*“ nach Ullmann und Krasner (1969) kann jedoch jedes beliebige Verhalten als psychische Störung deklariert werden, sofern lediglich entsprechende „Kontext- und soziale Verwertungsbedingungen“ vorliegen. D. h. solange sich ein Verhalten in einem sozialen Kontext zeigt, welches von einem Beobachter in einer Machtposition als gestört aufgefasst und von einem Experten das Etikett einer Störung durch eine passende Diagnose festgelegt wird, sodass diese – nun offensichtlich feststehende Störung – einer Änderung bedarf (vgl. Bastine, 1998).

Entsprechend dieser Auffassungen kann auch, ein nie abweichendes und fortwährend überangepasstes, stets konformes und erwünschtes Verhalten², als pathologisch betrachtet werden, welches folglich kaum die Erwartungen einer Gesellschaft erfüllen kann. Insofern entspricht dieses Verhalten bei vorhandener Rigidität und Unflexibilität der modernen Definition einer Persönlichkeitsstörung. Demzufolge gehört zu den Erwartungen einer Gesellschaft zweifelsohne, dass sich Individuen zwar anpassen, aber gleichzeitig auch „kreative Ich-Leistungen“ erbringen können. Gerade dieses „[...] Erbringen von Ich-Leistungen [...] setzt jedoch eine gewisse Distanzierungsmöglichkeit des Individuums von den gesellschaftlichen Normen voraus“ (Kraus, 2007, S. 195). Folglich zeichnet sich diese Art der sozialen Kompetenz durch eine teilweise Non-

² Alfred Kraus bezeichnet Menschen mit extrem überangepassten Verhalten als „Normopathen“.

Normkonformität aus. Goffman beschrieb dieses Phänomen 1965 als eine „*phantom-normalcy*“, welche das tägliche Leben von Menschen bestimme (vgl. Kraus, 2007).

Die, in diesem Kapitel, dargestellten Ausführungen konnten verdeutlichen, dass eine psychische Krankheit nicht unbedingt als „Manko“, welches in einer Person zu lokalisieren sei, betrachtet werden muss. Aufgrund dessen soll ein zentrales Agens des letzten Kapitels, noch einmal mit folgenden Worten verdeutlicht und hervorgehoben werden: „Diagnosen sind Konstrukte! Menschen HABEN nicht eine psychische Störung, sondern... sie erfüllen [durch die Festlegung von Beobachtern] die Kriterien einer psychischen Störung!“ (Helle 2007, WS 2007).

Im Anschluss folgen nunmehr eine zusammenfassende Darstellung und eine persönliche Quintessenz der, im Rahmen der vorliegenden Bachelor-Arbeit, dargestellten Thematik der schizoiden Persönlichkeit und der Abgrenzungsproblematik von einer Persönlichkeitsstruktur und einer Persönlichkeitsstörung in einem ausführlichen Schlusswort.

5 Schlusswort

Die behandelten Thematiken der schizoiden Persönlichkeit und der Abgrenzungsproblematik von einer Persönlichkeitsstruktur und einer Persönlichkeitsstörung stellen die ausgeführten Schwerpunkte der vorliegenden Bachelor-Arbeit dar. Es konnten, trotz der Komplexität beider Themenbereiche, zentrale und bedeutende Momente prägnant aufgezeigt und ausgearbeitet werden. Die wichtigsten Aussagen werden in diesem abschließenden Kapitel noch einmal hervorgehoben.

Beginnend mit dem thematischen Schwerpunkt der schizoiden Persönlichkeit, wird das nachfolgende Resümee gezogen. Die – in der vorliegenden Arbeit – als fehlerhaft interpretierte Konzeption der schizoiden Persönlichkeitsstörung in den Klassifikationsmanualen und in anderer Fachliteratur stellt die zentrale Problematik dieser Arbeit dar.

Aufgrund der Literaturrecherche kann bezüglich der Konzeption der schizoiden Persönlichkeitsstörung nach den modernen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV festgehalten werden, dass die beschriebenen Diagnosekriterien Menschen mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung lediglich geringhaltig gerecht werden können. Begründet wird dies mit den stets implizit vermittelten Vorstellungen, dass Menschen mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung keinerlei Bedürfnisse nach emotionalen und persönlich nahen zwischenmenschlichen Beziehungen verspüren können. Diese Behauptungen konnten bisher jedoch in keiner Weise evident bestätigt werden. Demnach ähnelt das Konzept der schizoiden Persönlichkeitsstörung der Konzeption der vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung, insbesondere durch das Merkmal des sozialen Rückzugs. Bei der letztgenannten wird das Motiv des sozialen Rückzugs auf den Schutz vor psychischen Verletzungen zurückgeführt und darauf hingewiesen, dass sehr wohl Sehnsüchte nach Beziehung und Nähe bestehen. Autoren wie Sachse (2004) und Kernberg (2000) weisen jedoch insbesondere darauf hin, dass Menschen mit schizoiden Strukturen diese Sehnsüchte ebenso verspüren, allerdings kaschieren. Folglich besteht kein Grund, dass den betreffenden Personen diese Gefühle von vornherein abgesprochen werden. Daher kann eine entsprechende Umgestaltung dieses Störungskonzeptes, auf u. a. die Erweiterung eindeutiger Hinweise, dass es sich um Vermutungen von

Fremdbeobachtern handelt, durchaus gefordert werden. Hingegen werden die Umbenennung und die Konzeptänderung, von einer schizoiden in die anhedonische und sozial indifferente Persönlichkeitsstörung, aufgrund der zuvor dargestellten Ausführungen in dieser Arbeit als nicht gerechtfertigt betrachtet. Es sei trotz allem angemerkt, dass auch der Begriff „schizoid“ problematisch betrachtet werden sollte, da er „so ähnlich wie schizophren“ bedeutet und folglich eine Verbindung zu schizophrenen Erkrankungen impliziert, was jedoch durch prospektive Studien widerlegt wurde.

Ferner konnte festgestellt werden, dass gezielte Forschungen bezüglich der Therapiemöglichkeiten und einer einheitlichen Ätiologie der schizoiden Persönlichkeitsstörung noch immer ausstehen. Dieser Sachverhalt lässt die Vermutung aufkommen, dass dieses Störungsbild nicht im Interessenfeld der Wissenschaft zu stehen scheint.

Es konnte ebenso festgestellt werden, dass eine Abgrenzung von einer (schizoiden) Persönlichkeitsstruktur und einer (schizoiden) Persönlichkeitsstörung nicht ohne weiteres erfolgen kann. Die Begründung findet sich einerseits, in dem Bewusstwerden eines fließenden Überganges zwischen einer Persönlichkeitsstruktur eines Menschen und einer Persönlichkeitsstörung – wie es u. a. Wöller (2006) beschrieb – und andererseits, aufgrund der Tatsache, dass das diagnostische und therapeutische Geschehen stets ein sozialer und folglich kein objektiver Prozess ist. Die vorliegende Arbeit hat dies ansatzweise verdeutlicht, indem insbesondere systemisch-konstruktivistische Überlegungen und Ausführungen über Wirklichkeit, Krankheit und deren Konstruktion zeigen konnten, dass Vorstellungen und Theorien, deren sich Menschen, vor allem Wissenschaftler sicher zu sein glauben, durchaus relativiert werden können. Diese Denkrichtungen intensivieren gerade, bezüglich des Weltbildes, des Selbstbildes und auch des professionellen Selbstverständnisses und dessen zugrunde liegende Ideen eines Menschen, Ungewissheit und damit die Vermutung, dass auch alles anders sein könnte. Entsprechend dieser Ansichten konnte verdeutlicht werden, dass eine entwickelte psychische Krankheit durchaus die Funktion erfüllen kann, „[...] die Diskrepanz zur Welt durch die Einführung des imaginären Interaktionspartners Krankheit wieder stimmig zu machen“ (Ruf, 2005, S. 37), auch wenn dieses Verhalten für andere Menschen unverständlich und gestört erscheint (vgl. Ruf, 2005).

Die ausgeführten Darstellungen der vorliegenden Arbeit konnten demnach verdeutlichen, dass nicht nur das Konzept der schizoiden Persönlichkeitsstörung, sondern eben-

so die Kategorisierung und Beschreibung des Konstruktes der Persönlichkeitsstörung kritisch hinterfragt werden sollte. Demgemäß kann eine Persönlichkeitsstörung vielmehr als eine Anpassungsleistung oder gar als eine „Kompetenzextremisierung“ an frühere Lebenssituationen verstanden werden (vgl. Barnow, 2008; Kraus, 2007).

Des Weiteren kann nach den zuvor dargestellten systemisch-konstruktivistischen Ansichten, sowie der Bedeutung des sozialen Kontextes einer Person und, um der vorherrschenden „Person-Perspektivierung“ eines – im Grunde – zwischenmenschlichen Problems sowie der damit einhergehenden Stigmatisierungsproblematik entgegenzuwirken, dafür plädiert werden, den bisherigen Begriff und die Konzeption von Persönlichkeitsstörungen durch die Kategorie „komplexe Störungen des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens“ zu ersetzen (vgl. Kap. 2.2).

Diese begriffliche Modifikation des Störungskonstruktes und die daraus resultierenden inhaltlichen Änderungen werden in der vorliegenden Literaturarbeit unter allen genannten Aspekten als durchaus gerechtfertigt betrachtet.

Nach all den dargestellten Auslegungen kann die einleitend gestellte These, ob nicht jedes Verhalten als persönlichkeitsgestört definiert werden könne, mit einem *Ja* beantwortet werden, sofern sich ein Verhalten in einem sozialen Kontext zeigt, von einem Beobachter als abweichend interpretiert und durch eine passende Diagnose festgelegt wird. Aus dieser Darstellung wird u. a. ersichtlich, dass die Problematiken von Normalität und Devianz, Gesundheit und Krankheit bereits aus der Konstruktion dieser Begrifflichkeiten entstehen.

Abschließend ist zu sagen, dass die Ausführungen dieser Bachelor-Arbeit einerseits vorherrschende Denktraditionen, bezüglich psychischer Krankheit und Normalität kritisch hinterfragen und somit ein gänzlich anderes Selbstverständnis in Bezug auf Krankheiten und Störungen näher bringen konnten. Andererseits konnte auf die Aktualität und die Relevanz der behandelten Problematiken aufmerksam gemacht und die Notwendigkeit einer profunden Auseinandersetzung beider Themenschwerpunkte verdeutlicht werden.

Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen -Textrevision- DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Andresen, B., Naber, D., Moritz, S., Klein, C. & Lambert, M. (2001). Die Schizoide (Anhedonische und sozial indifferente) Persönlichkeitsstörung: Brauchen wir sie ergänzend oder alternativ zur Schizotypie? In B. Andresen & R. Maß (Hrsg.), *Schizotypie – Psychometrische Entwicklungen und biopsychologische Forschungsansätze* (S. 183-207). Göttingen: Hogrefe.
- Backhaus, K. (2004). *Persönlichkeit als Forschungsgegenstand der Psychologie. Eine Einführung in das Big Five-Persönlichkeitsmodell*. Online-Dokument. Verfügbar unter: <http://www.psyreon.de/content/e479/e480/Publikationen/persoenlichkeit.pdf> [Letzter Zugriff: 25.08.2008].
- Barnow, S. (2008). Persönlichkeitsstörungen: Was versteht man darunter? Dimensionale und kategoriale Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen. In S. Barnow (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Ursachen und Behandlung* (1. Aufl.) (S. 17-60). Bern: Hans Huber.
- Bastine, R. (1998). *Klinische Psychologie. Grundlegung der Allgemeinen Klinischen Psychologie* (Bd. 1, 3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bleuler, E. (1983). *Lehrbuch der Psychiatrie* (unveränderte 15. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bleuler, E. (1922). Die Probleme der Schizoidie und der Syntonie. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 78, 373-399.
- Bowlby, J. (2008). *Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie*. München: Reinhardt.
- Brandenburg, U. (1999). Systemische Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. In H. Saß & S. Herpertz (Hrsg.), *Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen* (S. 74-87). Stuttgart: Thieme.
- Bronisch, T. (2003). Definition, Klassifikation und allgemeine Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. In S. C. Herpertz, & H. Saß (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen* (S. 4-16) (1. Aufl.). Stuttgart: Thieme.

- Buber, M. (2006). *Das dialogische Prinzip* (10. Aufl.). München: Lambert/ Schneider.
- Dammann, G. & Buchheim, P. (2003). Psychoanalytische Konzeptbildung der Persönlichkeitsstörungen. In S. C. Herpertz & H. Saß (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen* (1. Aufl.) (S. 26-40). Stuttgart: Thieme.
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (2001). *Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen ICD-10* (2. korrigierte und ergänzte Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Doering, S., Sachse, R., Habermeyer, V., Rudof, G., Herpertz, S. C. & Renneberg, B. (2008). Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In S. C. Herpertz, F. Caspar & Ch. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (1. Aufl.) (S. 445-499). München: Urban & Fischer.
- Duss-von Werdt, J. (2000). *System Systemtheorie. Familientherapie Systemtherapie*. Eine Materialsammlung [elektr. Version]. o. O.
- Fiedler, P. (1998). *Persönlichkeitsstörungen* (4. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Golombek, J. (2009). *Skript Vorlesung: Einführung in die Psychoanalyse*. Unveröffentlichtes Manuskript, Hochschule Magdeburg-Stendal (FH).
- Helle, M. (2007). *Skript Vorlesung: Klinische Psychologie*. Unveröffentlichtes Manuskript, Hochschule Magdeburg-Stendal (FH).
- Herpertz, S. C. (2008). *S2-Leitlinien für Persönlichkeitsstörungen*. o. O. Online-Dokument. Verfügbar unter: <http://leitlinien.net/> [Letzter Zugriff: 21.06.2009].
- Herpertz, S. C. (2003). Schizotypische Persönlichkeitsstörung. In S. C. Herpertz & H. Saß (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen* (1. Aufl.) (S. 137-140). Stuttgart: Thieme.
- Herpertz, S. C. & Wenning, B. (2003). Schizoide Persönlichkeitsstörung. In S. C. Herpertz & H. Saß (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen* (1. Aufl.) (S. 65-71). Stuttgart: Thieme.
- Kernberg, O. F. (2000). *Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien* (6. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Keupp, H. (2007, September). *Normalität und Abweichung* (S. 1-24). Vortrag bei der 6. Bundesweiten Fachtagung Erlebnispädagogik, Freiburg. Online-Dokument. Verfügbar unter:
http://www.ipp-muenchen.de/texte/keupp_normal_2_freiburg_07.pdf
[Letzter Zugriff: 04.03.2009].

- König, K. (2004). *Charakter, Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- König, K. (1999). *Kleine psychoanalytische Charakterkunde*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kraus, A. (2007). Der Typus melancholicus als Normopath. In H. Lang, H. Faller & M. Schowalter (Hrsg.), *Struktur, Persönlichkeit, Persönlichkeitsstörung* (S. 193-209). Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Merod, R. (2005). Schizoide Persönlichkeitsstörung. In R. Merod (Hrsg.), *Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. Ein schulübergreifendes Handbuch* (S. 309-326). Tübingen: dgvt.
- Oldham, J. M. & Skodol, A. E. (1998). Persönlichkeitsstörungen. In H.-U. Wittchen (Hrsg.), *Handbuch Psychische Störungen* (2. Aufl.) (S. 202-211). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Paulitsch, K. (2004). *Praxis der ICD-10-Diagnostik. Ein Leitfaden für PsychotherapeutInnen und PsychologInnen*. Wien: Facultas.
- Rauh, H. (2002). Vorgeburtliche Entwicklung und Frühe Kindheit. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (5. vollst. überarb. Aufl.) (S. 131-208). Weinheim: Beltz PVU.
- Remschmidt, H. (2000). Das Asperger-Syndrom. Eine zu wenig bekannte Störung? *Deutsches Ärzteblatt*, 19, 1296-1301.
- Riemann, F. (2006). *Grundformen der Angst. Eine tiefenpsychologische Studie* (37. Aufl.). München: Reinhardt.
- Ruf, G. D. (2005). *Systemische Psychiatrie. Ein ressourcenorientiertes Lehrbuch*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sachse, R. (2004). *Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Saß, H., Jünemann, K. & Herpertz, S. C. (2003). Historischer Rückblick. In S. C. Herpertz, & H. Saß (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen* (1. Aufl.) (S. 1-3). Stuttgart: Thieme.
- Schlippe, A. von & Schweitzer, J. (2003). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung* (9. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Schweitzer, J. & Weber, G. (1997). „Störe meine Kreise!“ Zur Theorie, Praxis und kritischen Einschätzung der Systemischen Therapie. *Psychotherapeut*, 42 (4), 197-210.
- Stierlin, H. (1999). Ressourcen: Die Kräfte des Systems. In P. Buchheim, M. Cierpka Th. Seifert (Hrsg.), 48. *Lindauer Psychotherapiewochen. Texte zur psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildung. Symptom und Persönlichkeit im Kontext – Ressourcen – Aspekte der Wirklichkeit* (S. 106-121). Berlin: Springer. Online-Dokument.
Verfügbar unter: <http://www.lptw.de/archiv/lintext/LindText1999.pdf#page=80>
[Letzter Zugriff: 11.03.2009].
- Stone, M. (1999). Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen. In P. Buchheim, M. Cierpka Th. Seifert (Hrsg.), 48. *Lindauer Psychotherapiewochen. Texte zur psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildung. Symptom und Persönlichkeit im Kontext – Ressourcen – Aspekte der Wirklichkeit* (S. 70-92). Berlin: Springer. Online-Dokument.
Verfügbar unter: <http://www.lptw.de/archiv/lintext/LindText1999.pdf#page=80>
[Letzter Zugriff: 11.03.2009].
- Streeck, U. (2007). *Psychotherapie komplexer Persönlichkeitsstörungen. Grundlagen der psychoanalytisch-interaktionellen Methode*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Streeck, U. (1999). Persönlichkeitsstörungen und soziale Umwelt. In P. Buchheim, M. Cierpka Th. Seifert (Hrsg.), 48. *Lindauer Psychotherapiewochen. Texte zur psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildung. Symptom und Persönlichkeit im Kontext – Ressourcen – Aspekte der Wirklichkeit* (S. 53-69). Berlin: Springer. Online-Dokument.
Verfügbar unter: <http://www.lptw.de/archiv/lintext/LindText1999.pdf#page=80>
[Letzter Zugriff: 11.03.2009].
- Streeck, U. (1998). Persönlichkeitsstörungen und Interaktion. Zur stationären Psychotherapie mit schweren Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut*, 43 (3), 157-163.
- Weismantel, A. (2009). *Die Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen: Betrachtung kategorialer und dimensionaler Konzeptionen*. Diplomarbeit, Rehabilitationspsychologie, Hochschule Magdeburg-Stendal (FH).
- Wöller, W. (2006). *Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Psychodynamisch-integrative Therapie*. Stuttgart: Schattauer.

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich, Dorothee Kunath, erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelor-Thesis, mit dem Titel: „Die schizoide Persönlichkeit: Persönlichkeitsstruktur vs. Persönlichkeitsstörung – Ein Beitrag Zur Abgrenzungsproblematik zwischen Normvariante und Störung –“, selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Quellen angefertigt habe.

Stendal, 14. Juli 2009

.....
(Unterschrift)