gesichert durch die Eigenschaften und Funktionen der positiven und negativen, primären und sekundären Gefühle (vgl. Anlage Tab. 1 u. 2), insbesondere:

- durch die verschiedenen Arten und Stärken der positiven und negativen, primären und sekundären Gefühle,
- die emotionale Flexibilität, durch die Aktivität und Aktivierbarkeit (stand by position) aller positiven und negativen, primären und sekundären Gefühlsarten und -stärken sowie durch die Schwingungen (Oszillationen) in den einzelnen Gefühlsarten und -stärken, außerdem zwischen den unterschiedlichen Gefühlsarten (vgl. Anhang Tab.1),
- die Besetzung der wahrgenommenen Signale aus der Umwelt und dem Körper, der relevanten Elemente und Strukturen (Triebe, Gefühle, Denken, Werte, Beziehungen, Handlungen, Verhalten) mit nicht „nur positiven" oder „nur negativen" sondern mit „eher positiven" und „eher negativen" primären und sekundären Gefühlen; sowie den dadurch möglichen wechselseitigen Einfluss der unterschiedlichen Elemente auf die Entwicklung.

Die genannten Eigenschaften, Funktionen der Gefühle sind Grundbedingungen der emotionalen Flexibilität und Basiskriterien für die emotionale und soziale Intelligenz EQ, SQ.

Exkurs: Rationale, emotionale und soziale Intelligenz IQ= RQ+EQ+SQ

Gefühle sind kein verzichtbarer Luxus. Sie sind wichtig für die Anpassungsleistungen im privaten und beruflichen Alltag und gehören untrennbar zu den Mechanismen der Lebensbewältigung. Angenehme und unangenehme Emotionen, Gefühle und Affekte sind dazu bestimmt, Bedrohungen abzuwehren und Quellen für Energie, Wachstum und Schutz zu erschließen. Es ist deshalb wichtig neben der gedanklichen, rationalen Intelligenz von einer emotionalen und sozialen Intelligenz zu sprechen, ihre Bedeutung zu sehen und zu reflektieren. Das legt auch der eigentliche, ursprüngliche Begriff von Intelligenz nahe.-

Das Wort Intelligenz hat seine Wurzel im lateinischen Verb „intellegere" (inter = zwischen; legere = auswählen) und bedeutet „auswählen können zwischen verschiedenen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten". Dementsprechend bezeichnet das Wort "Intelligenz" in ursprünglicher Bedeutung die verfügbaren Auswahlmöglichkeiten. Die Intelligenz ist hoch bei vielen verfügbaren Auswahlmöglichkeiten und ist niedrig bei wenig verfügbaren Auswahlmöglichkeiten.

In der Intelligenzforschung wurde und wird das Wort Intelligenz heute noch ausschließlich auf das Denken, den rationalen Bereich (RQ) bezogen; dort bezeichnet das Wort die verfügbaren unterschiedlichen Möglichkeiten einer Person, unterschiedliche Sachen, Aufgaben, Personen, Situationen, Ereignisse gedanklich zu verstehen, zu analysieren, Entscheidungen zu treffen, Handlungskonzepte zu entwickeln und umzusetzen.

In der jüngeren Forschung wird der Begriff Intelligenz auch auf den emotionalen Bereich (EQ) bezogen; hier bezeichnet er die verfügbaren unterschiedlichen Möglichkeiten einer Person, mit positiven und negativen Gefühlen unterschiedliche Personen, Sachen, Aufgaben, Situationen, Ereignisse wahrzunehmen, zu verstehen und zu bewerten. Auf die Gefühle bezogen kennzeichnet der Begriff Intelligenz auch die verfügbaren unterschiedlichen emotionalen Möglichkeiten, das Denken und Handeln zu optimieren.

Neben den Gedanken haben besonders die Emotionen, Gefühle und Affekte einen sehr starken, prägenden Einfluss auf die Entwicklung und auf die Gestaltung von privaten und beruflichen Beziehungen. Deshalb ist es wichtig von der sozialen Intelligenz zu sprechen, ihre Bedeutung zu sehen und zu reflektieren. Der Begriff soziale Intelligenz (SQ) bezeichnet dann die verfügbaren geistigen und emotionalen Möglichkeiten einer Person, Beziehungen zu Personen, Gruppen, Gemeinschaften zu verstehen (einzuschätzen), zu bewerten und zu gestalten (bei Wahrung der persönlichen Integrität).

Eine entwicklungsfördernde Gestaltung der Wechselbeziehung zwischen der Umwelt und dem Organismus, der Person und der Gemeinschaft ist nicht nur von rationalen, sondern im gleichen Maß von den emotionalen und sozialen Auswahlmöglichkeiten abhängig (IQ = RQ+EQ+SQ).

Positive und negative Gefühle als wesentliches Kennzeichen der Intelligenz

*Die Bewertungen **„positiv"** und **„negativ"** im Hinblick auf Emotionen, Gefühle und Affekte orientieren sich meistens an den Empfindungen, die sie auslösen. Emotionen, Gefühle und Affekte wie z.B. Freude, Sympathie, Zuneigung, Selbstwert- und Gemeinschaftsgefühl werden als **angenehm** empfunden und „positiv" gewertet. Gefühle und Affekte wie z.B. Angst, Schmerz, Ärger, Wut, Minderwertigkeit, Schuld werden als **unangenehm** empfunden und „negativ" erlebt. Im Hinblick auf eine gesunde persönliche Entwicklung können angenehme Emotionen Gefühle und Affekte auch sehr „negativ" sein. - Nicht das Empfinden von **„angenehm"** und **„unangenehm"** ist ausschlaggebend für die Bewertung von **„positiv"** oder **„negativ"** („gut" oder „schlecht"), sondern die optimale Auswirkung auf die Lösung der Probleme im privaten und beruflichen Alltag. Die positive oder negative Qualität der Gefühle wird bestimmt durch ihren Einfluss auf das persönliche und soziale Gleichgewicht, auf die Entwicklung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.*

Unlust, Schmerz, Trauer, Ärger, Wut, Aggression werden in modernen Gesellschaften als kontraproduktiv gesehen und erlebt. Doch der Umstand, dass diese Gefühle dem Zeitgeist nicht als entwicklungsfördernd erscheinen, stellt die Rolle dieser Emotionen, Gefühle und Affekte nicht in Frage. Stark betonter Ausdruck von Sympathie, Nähe, Konsens bei Vermeidung von Streit und Auseinandersetzung führen nicht selten zu Abwertungen, Trennungen und Feindschaften. Im Hinblick auf eine gute Entwicklung können sich dagegen unangenehme Emotionen, Gefühle und Affekte sehr positiv auswirken. Rechtzeitige Wahrnehmung von Verletzung und Schmerz, Ärger und Aggression schützt vor starken Verletzungen; zeitiges Empfinden von Scham und Schuld hilft lebenswichtige Bindungen zu erhalten. Leben ist durch diese vom Zeitgeist als ***„negativ"*** *bewertete Gefühle geschützt und gerettet worden, sie haben dem „Leben im Zustand des Wohlbefindens" gedient.*

Die Emotionen, Gefühle und Affekte helfen uns zu erkennen, welche Bedeutung die eigenen inneren Regungen bzw. Erregungen und die äußeren Reize aus der Umwelt für uns haben. Die inneren und äußeren Reize können schwach, stark bis extrem stark sein und dementsprechend schwache bis sehr starke unangenehme bzw. angenehme Emotionen, Gefühle und Affekte auslösen. Starke unangenehme Reize lösen starke Unlust- und Schmerzgefühle (Schwäche, Versagen, Angst, Kränkung, Verletzung, Schmerz) oder/und starke Aggressions- und Abwehrgefühle (Widerstand, Verweigerung, Trotz, Ärger, Zorn, Wut) aus. Dagegen bewirken angenehme Reize Lust- und Freudegefühle (Vergnügen, Freude, Lust, Glück, Übermut, Euphorie) und Kontakt- und Nähegefühle (Anerkennung, Wertschätzung, Sympathie, Mitgefühl, Trost, Halt).

Der Ausdruck starker unangenehmer Gefühle als wesentliches Kennzeichen der emotionalen Intelligenz

Die Unterdrückung der starken bzw. sehr starken ausgelösten unangenehmen Emotionen, Gefühle und Affekte führt zu endlosen Diskussionen, unfruchtbaren Auseinandersetzungen, zeit- und kraftraubenden Streitereien ohne Annäherung, außerdem häufig auch zu wertlosen, kurzlebigen Scheinkompromissen. Die ständige Unterdrückung und Verdrängung der starken und sehr starken Unlust- und Schmerzgefühle, Abwehr und Aggressionsgefühle bewirkt ihre Verstärkung. Es entsteht ein Teufelskreis in dem die unterdrückten unangenehmen Gefühle zu Ohnmachtsgefühlen werden, depressive Reaktionen und antisoziale Aktionen verursachen.
Die Wahrnehmung, der Ausdruck und Austausch der starken und sehr starken unangenehmen Emotionen, Gefühle und Affekte in der Stärke wie sie sind, führt im Kontakt mit emotional toleranten, haltgebenden Bezugspersonen und -gruppen zur Entspannung, Freude und Zufriedenheit, sowie zur Stabilisierung der Kontakte d.h. zu Anerkennung, Wertschätzung, Sympathie, Mitgefühl, Trost, Fürsorge. Die Möglichkeit, die starken bzw. sehr starken ausgelösten unangenehmen Emotionen, Gefühle und Affekte ausdrücken und austauschen zu können, reduziert die Angst vor negativen Erfahrungen, stärkt (unterstützt durch das Dopamin-System im Gehirn) den Willen zu ihrer Bewältigung und bewirkt Selbstwertgefühle sowie soziale Gefühle.
Der im Kontakt zugelassene Ausdruck und Austausch - durch starke unangenehme Reize ausgelösten - starken bis sehr starken unangenehmen Emotionen, Gefühle, Affekte schwächt die angenehmen Emotionen nicht, im Gegenteil er verstärkt sie. Die vom Zeitgeist überbetonten „positiven Gefühle" und die damit verbundene Unterdrückung, besonders starker negativer Gefühle, schwächen Personen, Gruppen und Teams. Der „Kult der positiven Gefühle" schwächt und zerstört aus epigenetischer Sicht (Wissenschaft vom Anschalten und Abschalten der Gene durch die Umwelt) die Netzwerke im Gehirn, die einen entwicklungsfördernden Einfluss auf den Ausdruck und Austausch von starken Gefühlen haben.
Die fehlende Möglichkeit und Fähigkeit starke bis sehr starke unangenehme Gefühle wahrzunehmen, auszudrücken, auszutauschen, die damit verbundene Unterdrückung bzw. Verdrängung starker und sehr starker Unlust- und Schmerzgefühle, Abwehr- und Aggressionsgefühle verursachen Verhaltensstörungen und psychischen Erkrankungen:
Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, Mängel in der willentlichen Anstrengung, Abneigung gegen Belohnungsverzögerung, geringe Frustrationstoleranz, aggressive Ausbrüche, Unruhe, Hyperaktivität, Unterbrechung des Kontaktes, Vermeidung von Kontakten, sozialer Rückzug, psychisch bedingte Formen des Autismus, Angststörungen, Zwangsstörungen, Depressionen, Borderlinestörungen, Psychosen, Psycho- bzw. Soziopathien, Suchtstörungen, psychosomatische Störungen jeder Art.

1.3 *Basisstörungen aus der Perspektive der emotionalen Flexibilität, der emotionalen und sozialen Intelligenz*

Orientiert an den Grundbedingungen der emotionalen Flexibilität, der rationalen, emotionalen und sozialen Intelligenz lassen sich die Störungen in der Entwicklung optimaler Beziehungs-, Handlungs- und Verhaltensmuster zur Gestaltung der Beziehungen zwischen der Person und der Umwelt in folgende Störungen in der emotionalen Basisdynamik bzw. in drei emotionale Basisstörungen einteilen:

a. Zeitweise, teilweise reversible Störungen in der flexiblen Aktivität der Elemente und Strukturen zur Gestaltung der Beziehungen zwischen der Person und der Umwelt durch ***Unterdrückung*** **und** ***Verdrängung*** negativer und positiver, primärer und sekundärer Gefühlsarten und -stärken,
b. Verlust der flexiblen Aktivität der positiven und negativen, primären und sekundären Gefühle und damit der flexiblen Aktivität der Elemente und Strukturen zur Gestaltung

der Beziehungen zwischen der Person und der Umwelt aufgrund ***traumatischer Erfahrungen,*** d. h. durch extrem starke unangenehme Reize aus der Umwelt und/oder inneren Welt, ohne die Möglichkeit, sie bewältigen zu können und ohne Schutz und Halt durch Bezugspersonen,

c Verlust der flexiblen Aktivität der positiven und negativen, primären und sekundären Gefühle und damit der flexiblen Aktivität der Elemente und Strukturen zur Gestaltung der Beziehungen zwischen der Person und der Umwelt durch die ***Vermeidung und Abwehr frustrierender, schmerzlicher Erfahrungen und durch bedingungsloses Streben nach Lust und Lustgewinn*** (Leben nach dem Lustprinzip und Abwehr des Realitätsprinzips).

Die ***erste Gruppe der emotionalen Basisstörungen*** entspricht dem Konzept der *„Neurose"* von Sigmund Freud und dem Konzept der *„depressiven Position"* von Melanie Klein, die für sie der kritische Scheidepunkt zwischen Neurose und Psychose ist. Charakteristisch für die Neurose und für die „depressive Position" ist die entwicklungsfördernde dynamische Gefühlsambivalenz, d. h. die Aktivierbarkeit positiver und negativer Gefühle (Freud 1912-13 GW. Bd. 9, S. 63; 1917 [196-17] Bd. 11, S. 443 ff; 1923b, Bd. 13, S. 271; 171940[1938] Bd. 17, S. 99; Klein (2001[1962], S. 91 ff, 201 ff). Systemisch ausgedrückt bedeutet das: die mögliche wechselnd bestimmende (kreiskausale) Aktivität bzw. Aktivierbarkeit ambivalenter Gefühle, d. h. der positiven und negativen, primären und sekundären Gefühlsarten und -stärken in der Gestaltung der Beziehungen zwischen der Person und der Umwelt.

Die Aktivität bzw. Aktivierbarkeit widersprüchlicher (ambivalenter) Gefühle kann allerdings in einer bestimmten oder mehreren bestimmbaren Gefühlsarten und deren Stärken gehemmt sein. Durch externe und/oder interne Reize ausgelöste Bedürfnisse und die damit verbundenen Gefühle werden aufgrund von bewussten und unbewussten negativen Erfahrungen im Kontakt mit Bezugspersonen und -gruppen unterdrückt (d. h. empfunden, aber nicht ausgedrückt) oder verdrängt (d. h. nicht gefühlt, sind unbewusst, aber bewusstseinsfähig). Unterdrückung und Verdrängung und die damit verbundenen bewussten und unbewussten emotionalen Hemmungen führen zu Symptombildungen, die die Handlungsfähigkeit der Person mehr oder minder stark einschränken.Trotz der bestehenden Einschränkung bleibt das Ich bzw. die Person handlungsfähig. Außerdem kann der Kontakt zu den unterdrückten bzw. verdrängten ambivalenten Gefühlen wiederhergestellt werden.

Die Störungen in dieser Gruppe unterscheiden sich durch die Art und Stärke der unterdrückten bzw. verdrängten Bedürfnisse und der entsprechenden Gefühle und Affekte, d. h. in der Art der Affektmuster und in der Stärke der Affekthemmungen.

Als Basisstörung ist die Neurose für Diagnostik und Therapie nicht relevant, wenn die Gefühlsambivalenz als wesentliches Element in der Gestaltung der Wechselbeziehung zwischen Umwelt und Organismus, in der Beziehung zu sich selbst, zu den Bezugspersonen und Bezugsgruppen nicht gesehen bzw. akzeptiert wird. Das gilt für konservative, behavioristische, und humanistische Entwicklungskonzepte (vgl. Heinemann, A. 2014 a, S. 9 bis 40). Mit zunehmendem Einfluss besonders der behavioristisch und humanistisch orientierten Entwicklungskonzepte verlor das dynamische Neurosenkonzept von Sigmund Freud und Melanie Klein und damit die psychodynamische Unterscheidung zwischen Neurose und Psychose seine Bedeutung. Dies wird in der Einleitung zum DSM-III, 1984, S. 13 beschrieben und bestätigt:

„In der Gegenwart besteht in unserem Bereich jedoch keine Übereinstimmung mehr, wie ‚Neurose' zu definieren sei. Manche beschränken den Begriff auf seinen deskriptiven Gehalt, während andere auch die Vorstellung eines ätiologischen Prozesses einschließen. Um Zweideutigkeit zu vermeiden, sollte der Ausdruck ‚Neurotische Störung' nur deskriptiv verwendet werden." Dies entspricht dem Gebrauch des Ausdrucks in der ICD-9 (*und ICD-10, F40-48*; A. H.): „Obgleich viele psychodynamisch orientierte Untersucher glauben, dass der neurotische Prozess stets eine zentrale Rolle für die Entwicklung neurotischer Störungen spielt, gibt es andere Theorien über die Entstehung derartiger Störungen. Zum Beispiel gibt es

Modelle über soziale Lernvorgänge, kognitive, behavioristische und biologische Modelle zur Erklärung der Entstehung der verschiedenen neurotischen Störungen. - Deshalb wird der Ausdruck ‚Neurotische Störung' im DSM-III ohne die damit verbundene Annahme eines besonderen ätiologischen Prozesses verwendet". (DSM-III 1984, S. 13)

Im DSM III (1984, S.237 ff) werden unter dem Begriff „neurotische Störungen" die spezifischen Neurosen bzw. neurotischen Störungen in ihrer Symptomatik (Detailkomplexität) noch beschrieben (Hysterie, Phobie, Zwangsneurose, Depressive Neurose). Im Stichwortverzeichnis des DSM-IV-TR und DSM-V sind die Begriffe „Neurose" und „Neurotische Störung" nicht mehr gelistet.
Mit dem zunehmenden Abstand von der ambivalenten Dynamik der Neurose bei Sigmund Freud und Melanie Klein verliert sich die Beschreibung psychischer Störungen in der Detailkomplexität. Im DSM-V entstehen neue Symptomkombinationen bzw. Syndrome: „Dependente Persönlichkeit" DSM-V F60.7, „Vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeit" DSM-V F60.6, „Störungen mit Trennungsangst" DSM-V.F93.0, „Störungen des Sozialverhaltens" DSM-V F91.1u.2, „Reaktive Beziehungsstörung" DSM-V F94.1, „Beziehungsstörung mit Enthemmung", DSM -V F94.2 und ähnliches.
Die Orientierung an den Konzepten nichtlinearer Systeme und der Neuropsychoanalyse, (d.h. der dynamischen psychoanalytischen und dynamischen neurowissenschaftlichen Forschung, Kaplan-Solms, K. & Solms M. 2005[2003], S. 25-46) kann den Prozess des „Sich-Verlierens" in der Detailkomplexität unterbrechen. Durch die Verbindung der dynamischen Komplexität dieser Konzepte mit dem Konzept der Detailkomplexität des DSM-V werden die Unterscheidungen der Basisstörungen, Persönlichkeitsstrukturen bzw. -störungen, der psychischen bzw. psychosozialen Erkrankungen präziser und der Realitätsbezug der Diagnosen sowie der Entwicklungs- und Therapiekonzepte gesicherter.

Die ***zweite Gruppe der emotionalen Basisstörungen*** entspricht dem Konzept der *„Psychose"* bei Sigmund Freud und dem Konzept der *„paranoid-schizoiden Position"* bei Melanie Klein und Wilfred Bion. Typisch für die Psychose und die paranoid-schizoide Position sind der Verlust der Gefühlsambivalenz und die Dominanz negativer Gefühle (Freud (1912b), Bd. 8, S. 373; Klein 2001[1962], S. 133). Die Beziehungen zwischen der Person und der Umwelt ist aufgrund von Traumen einseitig geprägt von Ängsten und Schmerzen, von Ohnmacht, Verzweiflung und Panik. Zum Schutz vor Destabilisierung und Dekompensation werden starke Abwehrformen entwickelt. Die Abwehrformen bewirken eine Loslösung von den Bezugspersonen und -gruppen, die das Ich bzw. die Person in der „depressiven Position" nicht zustande bringen kann (vgl. Klein 2001 [1962], S. 79).
Aufgrund des fehlenden Kontaktes zu der Umwelt und der im Gedächtnis gespeicherten heftigen negativen Erfahrungen mit der Umwelt sucht die psychotische Person keinen Schutz in der Außenwelt, keine tröstende Nähe von Bezugspersonen und -gruppen. Zur Bewältigung des traumatischen Schmerzes werden die negativen Gefühle abgespalten und/oder auf Personen in der Umwelt projiziert (vgl. Klein 2001 [1962], 139). Wesentlich für die Psychose bzw. die „paranoid-schizoide Position", die Melanie Klein auch als „psychotische Position" bezeichnet (vgl. Klein 2001, S. 79, 92 f), ist für Sigmund Freud neben dem Verlust der schwingenden Dynamik zwischen negativen und positiven Gefühlen die Störung der Beziehung zur Außenwelt:

„Am genannten Orte sind die vielfältigen Abhängigkeiten des Ichs geschildert, seine Mittelstellung zwischen Außenwelt und Es und sein Bestreben, all seinen Herren gleichzeitig zu Willen zu sein. Im Zusammenhange eines von anderer Seite angeregten Gedankenganges, der sich mit der Entstehung und Verhütung der Psychosen beschäftigte, ergab sich mir nun eine einfache Formel, welche die vielleicht wichtigste genetische Differenz zwischen Neurose und Psychose behandelt: die Neurose sei der Erfolg eines Konflikts zwischen dem Ich und seinem Es, die Psychose aber der analoge Ausgang einer solchen Störung in den Beziehungen zwischen Ich und Außenwelt." (Freud 1924 b, GW 13, S. 387; siehe auch 1915 e, S. 294)

Die fehlende Ambivalenz und die Störungen in der Beziehung zur Außenwelt führen zum Verlust der Auseinandersetzung mit der Realität d. h. zum Verlust der Realitätsprüfung und des Realitätsbezuges. Die flexible Einflussnahme der Elemente und die Aktivität wachstumsfördernder Mechanismen werden verhindert. Der Kontakt zur Realität wird von starken, nicht beeinflussbaren Abwehrmechanismen bestimmt.

Die ***dritte Gruppe der emotionalen Basisstörungen*** entspricht dem Konzept des *„primären Narzissmus"* von Sigmund Freud (1914c, G.W. Bd. 10, S.156 ff; siehe auch G. W. (1916-17, S. 432 f) und dem Konzept der *„Soziopathie bzw. Psychopathie"*[4] von Hervey Cleckley.

Die primär-narzisstischen Beziehungen zur eigenen Person und der Umwelt werden bestimmt vom Lustprinzip, nicht vom Realitätsprinzip. Die Widersprüche zwischen den Bedürfnissen des Individuums und berechtigten Ansprüchen der Umwelt werden ignoriert. *Die Konkurrenz der selbst- und umwelt- bzw. objektbezogenen Triebe, in der Terminologie von Freud der Ich- und Objekttriebe*[5] *wird verleugnet* (vgl. Heinemann 2014 a, S. 147 ff)**.** Die selbstbezogenen spezifischen Triebwünsche (*Selbsterhaltungstrieb, Selbstbestimmungsbedürfnis, Unabhängigkeitsstreben, Geltungsdrang*…) und umweltbezogenen Bedürfnisse (*Geselligkeitstrieb, Zugehörigkeitsstreben, Schutzsuche, Harmoniestreben…*) sind zu Gunsten der selbstbezogenen entmischt. Die selbstbezogenen Bedürfnisse beherrschen Beziehungs-, Handlungs- und Verhaltensmuster. Die umweltbezogenen haben im Hinblick auf die selbstbezogenen nur eine dienende (sekundierende) Funktion; sie sind eigentlich nach (Hermann Roskamp) nur „Sonderformen der Eigenliebe".
Die Soziopathien bzw. Psychopathien mit primär-narzisstischen Selbst- und Umweltbeziehungen, entwickeln die antisozialen bzw. dissozialen Symptome auf der Basis von Genuss, Lust und Egoismus. Sie vermeiden Leid bei sich selbst, fügen aber der Umwelt Schaden, den Bezugspersonen und -gruppen (socio-pathos) Leid zu; deshalb ist die Bezeichnung „Soziopathie" für diese Gruppe zutreffender als der Begriff Psychopathie.
Von der *Soziopathie bzw. Psychopathie mit primär-narzisstischer Struktur von Beziehungen* zu unterscheiden sind *Soziopathien bzw.Psychopathien mit sekundär-narzisstischer Struktur von Beziehungen*. Aufgrund von schweren Kränkungen und traumatischen Verletzungen werden nach Freud im sekundären Narzissmus die Beziehungen zu Personen stark eingeschränkt bzw. aufgegeben. Der Verlust der Beziehungen ist mit einem Ichverlust verbunden (Freud 1914 c, G.W. Bd.10, S. 138 ff; siehe auch 1915 e, G.W. Bd.10, S. S. 294 ff; 1917[1915], G.W. Bd. 10, S. 434). Das bedeutet, die Liebe zu anderen Personen wird im sekundären Narzissmus bei Freud bzw. im pathologischen, malignen Narzissmus in der Terminologie von Kernberg nicht durch Selbstliebe ersetzt (vgl. Kernberg & Hartmann 2010 [2006], S. 129).
Bei sekundär-narzisstischen Soziopathien und Psychopathien bilden sich antisoziale bzw. dissoziale Symptome auf der Basis von starken traumatischen Ängsten und Schmerzen. Aufgrund der fehlenden emotionalen Flexibilität sind sie der zweiten d. h. der psychotischen Basisgruppe zuzuordnen.[6] Die Soziopathen bzw. Psychopathen mit sekundär-narzisstischen Beziehungen zur Umwelt haben Leid (pathos) an der eigenen Seele (psyche); für sie ist demgemäß der Begriff „Psychopathie" angemessener.

---

4 Die Begriffe werden gleichbedeutend verwendet eingesetzt, vgl. Davison, Neale, Hautzinger (2007[1979]): Klinische Psychologie, Weinheim (Beltz), S. 474; vgl. auch Berger, M. (Hg) (2012), Psychische Erkrankungen, München (Urban & Fischer), S. 709

5 „Der Gegensatz zwischen Ich- und Sexualtrieben wandelte sich in den Gegensatz zwischen Ich- und Objekttrieben, beide libidinöser Natur." (Freud 1920 g: G.W. Bd. 13, S. 66, Anm. 1)

6 Störungen des Sozialverhaltens können bei psychotischen Störungen (Schizoidie, Schizophrenie, Paranoia, affektiven Störungen) auftreten, in diesen Fällen ist die zugrundeliegende Diagnose anzuwenden , vgl. ICD- 10-GM, F91.

2.3 Die Symptomatik und emotionale Dynamik des phobischen Persönlichkeitstyps

„Phob“, ein Wortbildungselement mit der Bedeutung „Furcht vor etwas und Abneigung gegen etwas haben“ (Duden 2006, S. 975) ist griechischen Ursprungs; in der griechischen Mythologie ist Phobos (Furcht) neben Eris (Streit) und Deimos (Schrecken) Sohn und Begleiter des Kriegsgottes Ares.

Furcht und Angst auf neurotischer Basis, d. h. bei phobischen Neurosen bzw. beim phobischen Persönlichkeitstyp mit neurotischen Persönlichkeitsstrukturen und -störungen, sind aus der Perspektive der dynamischen Komplexität primär eine Reaktion auf innerliche Gefahren und sekundär eine Reaktion auf äußere Gefahren. Die innere Gefahr geht aus von einem Konflikt zwischen subkognitiven und kognitiven, selbstbezogenen und umwelt- bzw. objektbezogenen spezifischen Trieben. Freud formuliert dies als „Zwist im Haushalt der Libido“, aufgrund der Konkurrenz zwischen „Ich- und Objekttrieben“. Diese innere Gefahr wird verstärkt und der Konflikt zwischen selbstbezogenen und umweltbezogenen Trieben verschärft, weil der phobische Persönlichkeitstyp durch die Hemmung der Schmerz- und besonders der Aggressionsgefühle nicht fähig ist, sich mit den Bezugspersonen bzw. -gruppen um seine Triebwünsche auseinanderzusetzen und einen Triebkompromiss zu finden; er entwickelt Angst vor seinen Triebansprüchen und verdrängt sie. Sigmund Freud beschreibt diesen Vorgang der Verdrängung unter dem Einfluss der Angst:

Bei der Untersuchung der Beziehungen zwischen Angst und Verdrängung haben wir zwei Dinge erfahren, „erstens, dass die Angst die Verdrängung macht, nicht, wie wir meinten, umgekehrt, und (zweitens) dass eine gefürchtete Triebsituation im Grunde auf eine äußere Gefahrensituation zurückgeht. Die nächste Frage wird lauten, wie stellen wir uns jetzt den Vorgang einer Verdrängung unter dem Einfluss der Angst vor? Ich denke so: Das Ich merkt, dass die Befriedigung eines auftauchenden Triebanspruches eine der wohlerinnerten Gefahrensituationen heraufbeschwören würde. Diese Triebbesetzung muss also irgendwie unterdrückt, aufgehoben, ohnmächtig gemacht werden.“ (Freud 1933 a, G.W. Bd.15, S. 96)

An die Stelle der Angst des Ichs vor einem selbstbezogenen Triebanspruch und vor der gefühlten Notwendigkeit, um die Erfüllung des Triebanspruchs zu kämpfen tritt die Angst vor der Aggression der Bezugsperson bzw. den Bezugspersonen und -gruppen.[20] Die verdrängte Angst vor der inneren Gefahr wird verschoben auf eine äußere Gefahr, die neurotische Angst (*in der Terminologie von Freud ausgelöst durch den Konflikt zwischen Ich und Es*) wird scheinbar zu einer realen Angst. Durch die Verschiebung ist die Angst nicht bewältigt; im Gegenteil, die verdrängte, nicht bewältigte Angst schwächt das Ich und verstärkt die Angst vor der aktuellen Umwelt, vor einer Bezugsperson bzw. vor der Bezugsgruppe. Die verstärkte Angst führt zur Funktionseinschränkung, Hemmung oder Vermeidung.

Aus der Perspektive der dynamischen Komplexität phobischer Störungen wird deutlich, dass sie ein Alltagsproblem sind. Wie die nachfolgende Beschreibung der Affektmuster und Affekthemmungen des phobischen Persönlichkeitstyps verdeutlicht, ist er in den unterschiedlichen Formen und Ausprägungen in unserer Gesellschaft aus der Perspektive der emotionalen Dynamik bzw. der dynamischen Komplexität bei beiden Geschlechtern, bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern stark vertreten.

---

[20] In der Phobie des kleinen Hans tritt an die Stelle der Aggression gegen den Vater die Angst vor der Aggression des Vaters. Die neurotische Angst wird zur realen Angst. (Freud 1926 d: Hemmung, Symptom, Angst, G.W. Bd. 14, S. 134 f)

Affektregulation, Affektmuster und -hemmungen des phobischen Persönlichkeitstyps

Die Art der Affektregulation, der Affektmuster und besonders der Affekthemmungen von Persönlichkeiten mit phobischen Merkmalen und Merkmalskombinationen, die zeitstabil und von anderen unterscheidbar sind, können nicht unmittelbar erfasst werden; sie müssen aus dem Verhalten abgeleitet werden. Hilfreich zur Entschlüsselung der Affektmuster und Affekthemmungen sind dementsprechend die typischen Eigenschaften des phobischen Persönlichkeitstyps (Auszug aus: Heinemann 2012 [2007]:

zugänglich	aufmerksam	verbindlich	Hilfsbereit
zuverlässig	fair	mitfühlend	Ausgleichend
beschwichtigend	harmonisierend	vorsichtig	Zurückhaltend
genügsam	bescheiden	abwartend	Vermeidend
unentschlossen	ausweichend	konfliktscheu	Gehemmt
unsicher	ängstlich	schutzbedürftig	Abhängig

Den Eigenschaften entsprechend gibt es bei den primären und sekundären Gefühlen des phobischen Persönlichkeitstyps folgende Abstufungen in Gefühlsarten und -stärken:

- eher sichtbar, erlebbar, zugelassen
- eher zum Teil sichtbar, erlebbar, zugelassen
- eher kaum, nicht sichtbar, erlebbar, zugelassen

Bei den primären Gefühlen (vgl. Anlage Tab. 5) sind die Kontakt- und Nähegefühle, die Lust- und Freudegefühle eher sichtbar, erlebbar, zugelassen oder zumindest eher zum Teil sichtbar, erlebbar, zugelassen. Nur eher zum Teil zugelassen sind bei den Kontakt- und Nähegefühlen die stärkeren Gefühle, die Kraft erfordern (Mitschmerz, Trost, Halt, Treue, Liebe); ähnlich sind bei den Lust-, Freudegefühlen die Gefühle, die Kraft signalisieren, nur eher zum Teil sichtbar, erlebbar, zugelassen (Lebhaftigkeit, Begeisterung, Schwung, Glück, Übermut, Euphorie, Zufriedenheit, Ausgeglichenheit, Unbefangenheit).

Nur eher zum Teil sichtbar, erlebbar, zugelassen sind die gemäßigten Aggressions- und Abwehrgefühle und Unlust-, Schmerzgefühle; nicht zugelassen sind dagegen die starken Aggressions-, Abwehrgefühle (Ärger, Wut, Hass), die vor starken verletzenden Angriffen schützen. Auch stärkere Schmerzgefühle (Kränkungen, Verletzung, Leid, Trauer, Schmerz, schmerzliches Weinen) sind nur eher nur zum Teil zugelassen, sichtbar und erlebbar; aus Angst, nicht verstanden und angegriffen zu werden, weicht der phobische Persönlichkeitstyp stärkeren Schmerzgefühlen aus; er schützt sich durch Harmoniestreben, schnelle Kompromisse, Anpassung und Vermeidung vor möglichen Angriffen, Verletzungen und Schmerzen. Anstatt zu weinen und sich trösten zu lassen und zu entspannen, verstärkt der phobische Persönlichkeitstyp die Angst; die Angst wird zum Deckaffekt für seine Aggressionen und seine Schmerzen.

Die aktiven bzw. aktivierbaren und die unterdrückten bzw. verdrängten primären Gefühle beeinflussen die Aktivität bzw. Aktivierbarkeit und die Unterdrückung bzw. Verdrängung der selbstbezogenen und umweltbezogenen sekundären Gefühle (vgl. Anlage Tab. 5).

Eher zugelassen, sichtbar und erlebbar sind bei den sekundären Gefühlen aufgrund der Angst und der hohen Schutzbedürfnisse die sozialen Gefühle; der phobische Persönlichkeitstyp stellt die eigenen Bedürfnisse und Interessen zurück und pflegt die Beziehungen zu seinen Bezugspersonen und -gruppen; er sorgt sich um den Zusammenhalt (Kontaktfreude, Gemeinschaftsgefühl, Verbundenheit, Dankbarkeit, Demut, Pflicht- und Gerechtigkeits-gefühl) und wird aktiv, wenn das Zusammengehörigkeitsgefühl gestört ist (Scham, Schuld, Reue, Wiedergutmachung, Versöhnung). Er entschuldigt sich auch wenn er keine Schuld hat. Im

Gegensatz zu den sozialen sind die antisozialen Gefühle eher kaum, nicht zugelassen, sichtbar, erlebbar. Solange der phobische Persönlichkeitstyp den Schutz und Halt seiner Bezugspersonen und -gruppen gegen seine Angst spürt, entwickelt er Stärke und Selbstwertgefühle (sie sind eher zum Teil zugelassen, sichtbar, erlebbar). Die Ohnmachts- und Minderwertigkeitsgefühle sind eher zeitweise aktiv bzw. eher zum Teil zugelassen, sichtbar, erlebbar und zwar dann, wenn der Schutz der Bezugspersonen bzw. Bezugsgruppen nicht gesichert ist. Schließlich sind die Unabhängigkeitsgefühle (aufgrund der Angst vor den verdrängten selbstbezogenen Triebansprüchen und der Angst vor den eigenen Aggressionen sowie aufgrund der Verschiebung der Angst auf Personen bzw. Situationen und der damit verbundenen Funktionseinschränkung bzw. Vermeidung) eher kaum, nicht zugelassen, sichtbar, erlebbar; dementsprechend sind die Abhängigkeitsgefühle zumindest bei näherer Betrachtung der Beziehungen und des Verhaltens zu Bezugspersonen und -gruppen eher deutlich zugelassen, sichtbar und erlebbar.
Aus der Perspektive der dynamischen Komplexität phobischer Reaktionen kann man Angstsyndrome auf neurotischer Basis in der Detailkomplexität bzw. in der Symptomatik unterscheiden nach Syndromen mit manifesten Ängsten und Syndromen mit latenten Ängsten.
Bei den *Syndromen mit manifesten Ängsten* der „Agoraphobie“ (ICD-10-GM F40.0; DSM-V.40.00), „Spezifischen Phobie“ (ICD-10-GM F40.2; DSM-V.F40.10) und „Sozialen Phobie“ (ICD-10-GM F40.10; DSM-V.F40.20) kommt es durch eine bestimmte Person bzw. durch eine spezifische Situation, auf die die neurotische Angst (*die Angst vor Bedürfnissen, Triebwünschen, spezifischen Trieben und vor den eigenen Aggressionen und Schmerzen*) verschoben wurde, zur Angstentwicklung und unter Umständen zu „Panikstörungen“ (ICD-10-GM, F40.0; DSM-V.F41.0) oder zur „Generalisierten Angststörung“ (ICD-10-GM; F41.1; DSM-V.F41.1,).
Im Gegensatz zu den Syndromen mit manifesten Ängsten gelingt es bei den *Syndromen mit latenten Ängsten* (der „Vermeidend-Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung“ und der „Dependenten Persönlichkeitsstörung“) durch Funktionseinschränkung, durch Hemmung, Vermeidung und Anpassung den neurotischen Ängsten, der „Panikstörung“ bzw. „Generalisierten Angststörung“ auszuweichen. Das verdeutlichen folgende Symptome, die im DSM-V unter der „Vermeidend-Selbstunsicheren“ (F.60.6) und der „Dependenten Persönlichkeitsstörung“ (F60.7) gelistet sind:

- Lässt sich nur widerwillig mit Menschen ein, sofern er/sie sich nicht sicher ist, dass er/sie gemocht wird,
- hält sich für gesellschaftlich unbeholfen, persönlich unattraktiv oder anderen gegenüber unterlegen,
- hat Schwierigkeiten, anderen gegenüber seine eigene Meinung zu vertreten, aus Angst, Unterstützung und Zustimmung zu verlieren,
- ist in unrealistischer Weise von Ängsten eingenommen, verlassen zu werden und für sich selbst sorgen zu müssen.

Ob manifeste oder latente Angststörungen, unterschiedlich sind sie nur in ihrer Abwehrdynamik, ihren Symptomen bzw. in ihrer Detailkomplexität. Gemeinsam sind beiden die emotionale Dynamik, die Affektmuster und -hemmungen, d. h. die mit den verdrängten Bedürfnissen, Triebwünschen, spezifischen Trieben verbundene Unterdrückung bzw. Verdrängung der Aggressions- und Schmerzgefühle und ihre Auswirkungen auf die dynamische Komplexität gesunder Entwicklungsprozesse, d. h. auf die Elemente und Mechanismen in der Gestaltung der Beziehung zwischen Umwelt und Organismus, Person und Gemeinschaft, zu Bezugspersonen und -gruppen.

Der Einfluss der Affektmuster und Affekthemmungen des phobischen Persönlichkeitstyps auf die Elemente und Mechanismen der Realitätsprüfung und Mentalisierung (vgl. oben S. 16)

Die Unterdrückung bzw. Verdrängung der Angst vor einem selbstbezogenen Bedürfnis, Triebwunsch, spezifischen Trieb sowie der Angst vor der gefühlten Aggressionsbereitschaft, selbstbezogene Triebansprüche durchzusetzen, und die Verschiebung der Angst auf Personen (Objekte) in der Umwelt führt zu Störungen in der Wahrnehmung. Allen Signalen aus dem Organismus wird Beachtung (Besetzungsenergie) vorenthalten und die Aufmerksamkeitsenergie entzogen. Der phobische Persönlichkeitstyp greift auf den infantilen Abwehrmechanismus der Verleugnung der inneren Realität zurück; ein Triebanspruch und die gefühlte Notwendigkeit, um ihn zu kämpfen, werden verdrängt. Weil ein Triebanspruch unangenehme Folgen haben kann, nimmt der phobische Persönlichkeitstyp ihn einfach nicht zur Kenntnis; die Erregbarkeit der inneren Welt wird eingeschränkt oder aufgehoben.
Im folgenden Schlüsselerlebnis ist die den eigenen Bedürfnissen, Wünschen, Trieben zugewandte Erregbarkeit der bewussten Wahrnehmungsbereitschaft eingeschränkt. Die Angst vor dem selbstbezogenen Bedürfnis, die eigene Würde und den Stolz der Tochter mit einem Angriff zu schützen, wird verdrängt. Die verdrängte innere Angst wird auf den autoritären älteren Bruder verschoben und führt zur Vermeidung, Hemmung und Anpassung; die Chance, sich aus der phobischen Abhängigkeit vom Bruder zu befreien, wurde verpasst.

Mein großer Bruder verletzt meine Tochter: „Familienfeiern sind schon lange ein Gräuel für mich, besonders wenn mein älterer Bruder Peter sich angemeldet hat. Mein Vater war viel unterwegs; Bruder Peter wurde Ersatzoberhaupt der Familie und hatte unausgesprochen von unserer Mutter den Auftrag, seine Geschwister zu erziehen, sie zurechtzuweisen und zu kritisieren. Das betraf besonders meinen Bruder Franz und mich. Bruder Peter hatte uns gegenüber eine arrogante Art und genoss es, uns runter zu machen und uns wie Deppen zu behandeln. - Erschütternd war für mich, dass Bruder Peter glaubte, das Verhalten, das er mir zeigte, auf meine Tochter übertragen zu können. Noch erschütternder war es aber für mich, dass ich mich nicht gegen sein Verhalten wehrte. Das spiegelt sehr deutlich ein Erlebnis mit meiner Tochter Kathrin und Bruder Peter. - Als Kathrin Bruder Peter stolz von der Schule erzählte, fiel ihm nichts Besseres ein, als sie mit schwierigen Fragen bloß zu stellen und vor den anderen vorzuführen. In der Situation habe ich sein Verhalten als dummen Spaß heruntergespielt. Doch in Wirklichkeit habe ich meine Tochter in diesem Moment alleingelassen und ihm ausgeliefert; er konnte sie dann so behandeln, wie ich es oft schmerzlich ertragen musste. Heute macht es mich sehr traurig, weil ich meine Tochter nicht geschützt habe und sie von Bruder Peter so gemein verletzen ließ. Erst viel später wurde mir bewusst, dass mein Bruder nur die lange Hand meiner Mutter war; sie gab ihm das Recht, meine Bedürfnisse und Wünsche zu missachten. Die Erkenntnis schmerzte tief und machte mich sehr wütend.“

Bei den mehr oder minder unbewussten Angriffen unterdrückt der phobische Vater im Fallbeispiel die Beachtung seiner Schmerzgefühle und aggressiven Gefühlen. Zum Schutz vor erfahrenen und möglichen angstbesetzten Angriffen dominieren die eher umweltbezogenen spezifischen Triebe und Triebphänomene (Zugehörigkeitsbedürfnis, Harmoniestreben, Schutzsuche, Sicherheitsbedürfnis, Anpassungswille) in der Gestaltung der Beziehung zu seinem Bruder. Die eher selbstbezogenen spezifischen Bedürfnisse werden sekundär. Der phobische Vater klammert sich an seinen Wunsch nach Zugehörigkeit, Schutz und Sicherheit, auch wenn er sich selbst und seinem Kind dadurch schadet und seine Selbstbestimmung und Unabhängigkeit verliert.
Durch Unterdrückung und Verdrängung der ausgelösten Schmerz- und Aggressionsgefühle wird beim phobischen Persönlichkeitstyp auch die wahrnehmende, wertende aktivierende und motivierende Funktion der primären und sekundären Gefühle reduziert. Dementsprechend sind die *Realitätsprüfung und die Mentalisierung der Gefühle*[21] sehr geschwächt.

[21] Das heißt: die Fähigkeit, die unmittelbare, reflexartige Reaktion zu stoppen, die ausgelösten Gefühle aufrechtzuerhalten, mit Hilfe der primären und sekundären, positiven und negativen Gefühle ihre Bedeutung für die Organismus-Objekt-Beziehungen zu ergründen und entsprechend zu reagieren. (vgl.

Konkret bedeutet das: die Fähigkeit sich selbstbewusst über aktuelle Bedürfnisse, Wünsche, Vorstellungen mit den Bezugspersonen und -gruppen auseinanderzusetzen und einen annehmbaren Kompromiss zu finden ist beim phobischen Persönlichkeitstyp mehr oder minder stark gehemmt. Die Schmerzen und Aggressionen, die die unerfüllten Bedürfnisse auslösen, werden unterdrückt. Die Angst vor den abwehrenden, aggressiven Reaktionen der Umwelt auf die eigenen Bedürfnisse, Wünsche und Vorstellungen wird zum dominierenden Gefühl.
Misslingt die Unterdrückung bzw. Verdrängung der inneren Angst vor den selbstbezogenen Bedürfnissen und scheitert auch der Versuch, die Angst durch die Verschiebung auf Personen bzw. Situationen in der Umwelt und durch Funktionseinschränkung, Vermeidung, Anpassung und Abhängigkeit zu verdrängen, so können *zwanghafte Reaktionen bzw. strukturelle Aktionen* vom phobischen Persönlichkeitstyp entwickelt werden. Er versucht, die inneren und äußeren Ängste durch ein diszipliniertes, regel- und strukturbezogenes Verhalten abzuwehren. Die Verhaltensstrukturen schützen weniger gesunde Entwicklungen, sie dienen dem Schutz vor der Angst. Mit der Orientierung an den akzeptierten und internalisierten Normen und Regelsystemen kann sich dann aber die auf reale Personen und Situationen verschobene Angst zur Gewissensangst entwickeln.
Wie zwanghafte Reaktionen bzw. strukturbezogene Aktionen, so können sich auch *depressive Reaktionen* auf der Basis der emotionalen Dynamik einer phobischen Persönlichkeitsstruktur und -störung entwickeln. Die misslungene Bewältigung der Angst durch die Verschiebung der Angst auf Personen bzw. Situationen und der gescheiterte Versuch, durch Funktionseinschränkung, Vermeidung bzw. Anpassung von der Angst abzulenken, weckt die Angst vor der Unfähigkeit, eigene Probleme zu bewältigen, bewirkt dann beim phobischen Persönlichkeitstyp Selbstzweifel, Minderwertigkeitsgefühle, Resignation, Pessimismus, Hoffnungslosigkeit, suizidale Tendenzen. - ICD-10-GM weist auf das gleichzeitige Bestehen von Angst und Depression hin (F 41.2: Angst und depressive Störung, gemischt).
Beim phobischen Persönlichkeitstyp können starke Ängste, kurz-, mittel-, langfristig oder sogar endgültig die Schwingungen (Oszillationen) zwischen positiven und negativen, primären und sekundären Gefühlen unterbrechen. Aufgrund der aktuellen und früheren erfahrenen Unterdrückung bzw. Verdrängung der Angst vor selbstbezogenen Bedürfnissen und der Angst vor der gefühlten Aggressionsbereitschaft, um die eigenen Bedürfnisse zu kämpfen, sowie aufgrund der Verschiebung der Angst auf die Umwelt wird die schwingende (oszillierende) emotionale Dynamik zwischen positiven und negativen Gefühlen aufgelöst. Es kommt zu einer Regression von der neurotischen Basis (vgl. oben S. 6 f) auf die psychotische Basis (vgl. oben S 7 f).
Bedingt durch den Verlust der gleichzeitigen und gleichgewichtigen Beachtung der selbst- und umweltbezogenen Bedürfnisse, Triebe und durch die Fixierung auf umwelt- bzw. objektbezogene spezifische Triebe sind beim phobischen Persönlichkeitstyp und seinen Subtypen auch kurz-, mittel-, langfristige und auch endgültige Regressionen auf die primär-narzisstische soziopathische Basis möglich (vgl. oben S. 8 f). Diese Regression zeigt sich durch eine mangelnde Bereitschaft zur Auseinandersetzung, durch starke Schutzsuche und Versorgungsansprüche.
Die Regressionsmöglichkeiten erfordern für die Auswahl und die konkrete Gestaltung der Entwicklungskonzepte die Klärung, ob die hysterischen Symptome kurz-, mittel-, langfristig oder endgültig auf einer neurotischen, psychotischen oder der primär-narzisstischen soziopathischen Basisdynamik beruhen. Es gilt die Frage zu klären bei welchen Personen die hysterischen Symptome auftreten:

1. Bei Personen mit einer gegenwärtigen und früheren ambivalenten, emotionalen Dynamik bei denen trotz der Unterdrückung bzw. Verdrängung der Erfahrung von

---

Heinemann 2014 a, S. 162); siehe auch: Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Beutel, M. (2004[2002]): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst,. Stuttgart (Klett-Cotta), S.104

Geringschätzung, Abwertungen, Kränkungen, Verletzungen und Schmerzen das neurotische Niveau des hysterischen Persönlichkeitstyps erhalten bleibt.

2. Bei Personen mit gegenwärtiger Regression auf die psychotische Basis oder auf die Stufe des „primären Narzissmus“ bei denen die neurotische emotionale Dynamik wieder reaktiviert werden kann.
3. Bei Personen mit einer traumatisch bedingten psychotischen Dynamik, die aufgrund von anhaltenden Erfahrungen der Geringschätzung und Abwertung im privaten oder/ und beruflichen Bereich kaum bzw. nicht revidierbar ist.
4. Bei Personen mit einer verwöhnungsbedingten schwach ausgeprägten ambivalenten emotionalen Dynamik und einer entsprechenden geringen Frustrationstoleranz, bei denen die Regression auf die primar-narzisstische soziopathische Dynamik kaum bzw. nicht revidierbar ist.

Die Frage, ob es sich in der konkreten Situation *(aus der Perspektive der Detailkomplexität und der dynamischen Komplexität)* um einen phobischen Persönlichkeitstyp auf neurotischer Basis handelt, kann mit den „Fragen zur dynamischen Komplexität des phobischen Persönlichkeitstyps“ (unten S. 45) und mit den „Fragen zur dynamischen Komplexität neurotischer Persönlichkeitsstrukturen (oben S. 15)“ hypothetisch beantwortetet werden.

Anleitung zur Auswertung des Projektivfragebogens:

1. *Werden die Fragen zum phobischen Persönlichkeitstyp (unten S. 34) und zur neurotischen Persönlichkeit (oben S. 15) überwiegend mit „trifft eher zu“ und weniger mit „trifft eher zum Teil zu“, sehr selten mit „trifft eher kaum, nicht zu“ beantwortet, so kann man hypothetisch davon ausgehen, dass die eingeschätzte Person eher ein „phobischer Persönlichkeitstyp“ ist.*
2. *Werden die Fragen zur phobischen Persönlichkeit und die Fragen zur früheren neurotischen Persönlichkeit mit „trifft eher zu“ weniger mit „trifft zum Teil zu“, sehr selten mit „trifft eher kaum, nicht zu“ die Fragen zur aktuellen neurotischen Persönlichkeit aber mit „trifft eher kaum, nicht zu“ und weniger mit „trifft eher zum Teil zu“, sehr selten mit „trifft eher zu“ beantwortet so liegt aktuell eher keine neurotische, sondern aktuell eher eine psychotische Basisdynamik (paranoid-schizoide Position) oder soziopathische Basisdynamik (primär-narzisstische Position) vor, die aber revidierbar ist, d. h., die Reaktivierung der neurotischen Basis ist möglich.*
3. *Werden die Fragen zur aktuellen und früheren dynamischen Komplexität neurotischer Persönlichkeitsstrukturen und -störungen überwiegend mit „trifft eher kaum, nicht zu“, weniger mit „trifft eher zum Teil zu, nicht zu“, sehr selten mit "trifft eher zu“ beantwortet, so handelt es sich um eine phobische Symptomatik mit psychotischer (oben S. 6vf)oder primär narzisstischer soziopathischer Basisdynamik(oben S. 8).*

Die aus den Fragen zur dynamischen Komplexität des hysterischen Persönlichkeitstyps und der neurotischen Persönlichkeitsstrukturen und -störungen entwickelten Hypothesen können durch weitere Testverfahren qualifiziert werden: vgl. oben S.14.

Bei dem ersten möglichen Ergebnis eignet sich als Basiskonzept zur Förderung und Entwicklung der Gestaltung der Wechselbeziehung zwischen Bezugspersonen und -gruppen das dialektisch-kritisch-integrative Entwicklungskonzept (Heinemann 2014 a, S. 41 ff). - Dem zweiten möglichen Ergebnis entspricht in der Anfangsphase als Basiskonzepte zur Entwicklung das konservativ-strukturelle Konzept (Heinemann 2014 a, S. 9 ff), das behavioristisch-konditionierende Konzept (ebd. S. 14 ff); wenn das Vertrauen in den Kontakt wiederhergestellt ist das humanistisch-liberale (ebd. S. 24 ff) und das dialektisch-kritische Entwicklungskonzept stabilisierend und entwicklungsfördernd. - Dem dritten Ergebnis entsprechen aufgrund der psychotischen Basisdynamik oder der soziopathischen Basisdynamik als Basiskonzept zur Förderung und Entwicklung das konservativ-strukturelle und das behavioristisch-konditionierende Entwicklungskonzept.

3.2 Die Symptomatik und emotionale Dynamik des schizoiden Persönlichkeitstyps

Das Wortbildungselement „schizo“ ist abgeleitet vom griechischen Verb „schizein“ und bedeutet: „trennen, spalten“. Bei den Störungen mit dem Präfix „schizo“, d. h. den schizoiden, schizotypischen und schizophrenen Störungen bezieht sich die Spaltung einerseits - wie bei allen psychotischen Störungen - auf die starre Schranke zwischen dem Bewussten und dem Unbewussten, die die Verdrängungen gewährleistet (vgl. Heinemann 2014, S. 285, 272, 289). Andererseits weist der Begriff Spaltung bei den schizoiden, schizotypischen und schizophrenen Störungen auf das Abgeschnittensein der Gefühle von den Denkprozessen und Beziehungen hin und signalisiert in der Terminologie von Melanie Klein die Schwierigkeit bzw. Unfähigkeit, von psychotischen auf die neurotische Position zu oszillieren (Klein, M. (2001 [1962] S. 138).

Gemeinsam sind den schizoiden, schizotypischen und schizophrenen Störungen organisch oder/und psychosozial bedingte überfallartige heftige Traumen (z. B. Trennung, Krankheit, Unfall, Tod, körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, Gewalt…) oder/und subtile wirksame kumulative Traumen (z. B. Ablehnung, Liebesentzug, Kälte, Missachtung, Abwertung, Demütigung, Verachtung, Ausschluss…) sowie die traumatischen Gefühle (Ängste, Schmerzen, seelische Qualen und Ohnmachtsgefühle). Außerdem nutzen die Personen mit schizoiden, schizotypischen und schizophrenen Störungen die Introjektion und Spaltung als primäre Abwehrformen zur Aufrechterhaltung der Verdrängung der Traumen und traumatischen Gefühle.

Die drei Störungsarten unterscheiden sich in ihren sekundären Abwehrformen und den entsprechenden Symptomen. Die schizoide Störung hat nur Minussymptome (Affektverflachung, Teilnahmslosigkeit, Lustlosigkeit, sozialer Rückzug, Aufmerksamkeitsstörungen vgl. die Ratingskalen von Andresen in: (Leucht, S. & Fritze, J., in Berger, M. 2012, S. 358); die schizotypische Persönlichkeit zeigt Minussymptome und Vorstufen der Plussymptome (Beziehungsideen, seltsame Überzeugungen, magische Denkinhalte, ungewöhnliche Wahrnehmungserfahrungen, paranoide Vorstellungen, vgl. DSM-V, F 21. Die schizophrene Persönlichkeit entwickelt Minus- und Plussymptome (Halluzinationen, Wahnvorstellungen, desorganisierte Sprechweise, grob desorganisiertes oder katatones Verhalten, formale Denktörungen, vgl. DSM-V F.20.9.

Die Minussymptome bzw. diagnostischen Kriterien für die schizoide Persönlichkeitsstörung im DSM-V F60.1 und im ICD-10-GR F60.1 beziehen sich (wie die Minussymptome in den Ratingskalen zur schizophrenen Störung von Andreasen) vor allem auf die Affektverflachung, die Anästhesie und Anhedonie sowie auf den sozialen Rückzug und die autistischen Züge.

Diagnostische Kriterien der schizoiden Persönlichkeitsstörung nach DSM-V F.60.1:[58]

Ein tiefgreifendes Muster, das durch Distanziertheit in sozialen Beziehungen und eine eingeschränkte Bandbreite des Gefühlsausdrucks im zwischenmenschlichen Bereich gekennzeichnet ist (…). 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 eigenen Freunde und Vertraute, außer Verwandte ersten Grades,
6. erscheint gleichgültig gegenüber Lob und Kritik von Seiten anderer,
7. zeigt emotionale Kälte, Distanziertheit oder eingeschränkte Affektivität.

[58] DSM-V, S. 762

Beschreibung der schizoiden Persönlichkeitsstörung im ICD-10-GM F60.1:[59]
Eine Persönlichkeitsstörung, die durch einen Rückzug von affektiven, sozialen und anderen Kontakten mit übermäßiger Vorliebe für die Phantasie, einzelgängerisches Verhalten und in sich gekehrte Zurückhaltung gekennzeichnet ist. Es besteht nur ein begrenztes Vermögen, Gefühle auszudrücken und Freude zu erleben.

Anästhesie, Autismus als typische Merkmale der schizoiden Persönlichkeitsstörung:
Ernst Kretschmer beschreibt die Affektverflachung bzw. eingeschränkte Affektivität der schizoiden Persönlichkeiten mit dem Begriff des „Affektlahmen"[60] und mit den Begriffen „stumpf" und „kalt". Der Begriff „stumpf" bezeichnet die „passive Gefühllosigkeit" des Schizoiden, d. h. den Verlust reflexartiger emotionaler Reaktionen auf Reize von anderen Personen; man kann in seinem Gesicht nicht ablesen, was die Emotionen, Gefühle und Affekte anderer Personen bei ihm auslösen. Der Begriff „kalt" bezieht sich im Gegensatz zum Begriff „stumpf" auf die „aktive Gefühllosigkeit", d. h. auf die Anästhesie bei ungestörter Aktionsfähigkeit:

„Vielfach scheint es bei schizoiden Persönlichkeiten nur eine Frage der konstitutionellen Legierung zu sein, ob sie mehr als kalt oder mehr als stumpf, oder was sehr häufig ist, als beides zugleich imponieren. Außerdem können wir manchmal innerhalb desselben schizoiden Lebenslaufs beobachten, dass sich mit prozesshaften Verschiebungen der psychasthenischen Proportion Stumpfheit in Kälte oder Kälte in Stumpfheit verwandelt."[61]

Das „Meiden-enger-Beziehungen" und die „In-sich-gekehrte-Zurückhaltung" der schizoiden Persönlichkeit bezeichnen Eugen Bleuler und Ernst Kretschmer mit dem Begriff „Autismus"[62] (Heinemann 2014 b. Tab. 43). Bleuler charakterisiert den Autismus als „Loslösung von der Wirklichkeit"[63] mit dem „Überwiegen des Binnenlebens" d. h. als Weltentfremdung im Denken und Handeln bei Steigerung subjektiver Tendenzen, verbunden mit Verhaltenheit und Selbstisolierung.[64] Für Kretschmer ist das Bild des „Hauses mit geschlossenen Läden" typisch für die autistischen Züge der schizoiden Persönlichkeit:

„Überempfindliche Schizoide empfinden all die lauten, kräftigen Farben und Töne des Lebens, die dem Durchschnittlichen und dem Zykloiden ein willkommenes und unentbehrliches anregendes Lebenselement bedeuten, als grell, unschön, brutal, lieblos, ja geradezu als psychisch schmerzhaft. Ihre Reserve folgt aus einem Sich-in-sich-selbst Zusammenkrampfen, was die Realitätskontrolle erschwert. Sie suchen möglichst Außenreize zu meiden, abzudämpfen und schließen die Läden ihres Hauses, um in dem zarten Halbdunkel ihres Inneren ein phantastisch >>tatenarmes und gedankenvolles<< (Hölderlin) Traumleben zu führen. Sie suchen, wie Strindberg so schön von sich sagt, die Einsamkeit, um sich >>in die Seide ihrer eigenen Seele einzuspinnen <<. Sie haben Vorliebe für bestimmte Milieuformen, die nicht wehtun und verletzen: aristokratische, kühle Salonwelt, mechanisch ablaufende Aktenarbeit im Büro, einsame schöne Natur, Altertum, ferne Zeiten und Gelehrtenstube."[65]

---

59 ICD-10-GM, ebd. , S. 198

60 Ernst Kretschmer, Körperbau und Charakter, 26. Auflage neubearbeitet und erweitert von Wolfgang Kretschmer, Berlin 1977, ebd., S. 224 f

61 Ernst Kretschmer, ebd., S. 229

62 Traumatisch bedingter, primär sozio- und psychogener Autismus (vgl. Ernst Kretschmer und Eugen Bleuler); im Gegensatz dazu der aspergersche und kannersche Austismus, die primär genetisch und/oder hirnorganisch bedingt sind: (vgl. Lexikon der Neurowissenschaften, ebd., Bd. 1 S. 133 ff; vgl, auch: Doris Weber, Autistische Syndrome, in Helmut Remschmidt und Martin H. Schmidt, Kinder- und Jugendpsychiatrie Bd. II, Stuttgart 1985

63 Nach Freud typisches Merkmal der psychotischen Persönlichkeit, vgl. oben S. 284: „Die Psychose reißt sich von der Realität los"

64 Ernst Kretschmer, ebd., S. 184 f

65 Ernst Kretschmer, ebd., S. 220. - Im DSM-IV-TR, S. 759 werden aktuelle Milieuformen, die nicht wehtun, beschrieben: Schizoide Persönlichkeiten „erscheinen sozial isoliert oder als Einzelgänger und wählen fast immer Einzelunternehmungen oder Hobbies, die keine Interaktion mit anderen Menschen beinhalten (…). Sie bevorzugen mechanische oder abstrakte Aufgaben wie Computer- oder mathematische Spiele."

Mit dem Bild des „Hauses mit geschlossenen Fenstern“ weist Kretschmer wie Bleuler[66] auf die Überempfindlichkeit, Verletzlichkeit der schizoiden Persönlichkeiten hin. Überempfindlichkeit verbunden mit Reizbarkeit und Gefühllosigkeit gepaart mit Autismus bedingen sich gegenseitig; die Gefühllosigkeit, Stumpfheit, Kälte und die autistischen Reaktionen haben die Funktion, die Schizoiden vor dem „schmerzhaften Zusammenkrampfen“ durch aktuelle oder/und erinnerte heftige Reize aus der Umwelt zu schützen. Schizoides Symbol dieses autistischen Rückzugs von der Umwelt, seiner autistischen Einengung ist das Gefühl der Scheibe: „*Der Schizoide geht nicht in seinem Milieu auf, die Glasscheibe ist immer da.“ - „Es ist eine Glasscheibe zwischen mir und den Menschen, sagte ein Schizoider mit unnachahmlicher Prägnanz.*“[67]

Die folgende Schlüsselgeschichte beschreibt diesen „Scheibeneffekt“ als schizoide Reaktion auf ein Todestrauma mit dem Bild des „Glaskokons“. Die schizoide Reaktion und der Scheibeneffekt konnte aufgelöst werden, weil durch das Trauma die Fähigkeit, von negativen zu positiven Gefühlen zu schwingen, nicht endgültig zerstört war.

Wie mein Glaskokon entstand und zerbrach: Ich bin bei meinen Großeltern aufgewachsen und erlebte sie als Mutter und Vater. Als ich neun Jahre alt war, ist meine Großmutter plötzlich und ohne Vorerkrankung gestorben.
Im Rahmen einer psychotherapeutischen Gruppensitzung, in der ich mich ratlos erlebte, fragte eine Mitklientin nach dem Tod meiner Großmutter. Nach dieser Frage hatte ich das Gefühl, als ob alles Leben aus mir fließt. Mein Hals krampfte sich zusammen, ich bekam Luftnot und konnte mich nicht mehr richtig bewegen. Ich fühlte mich wie eine Stoffpuppe. Ich fasste mir an den Hals, der Therapeut fragte mich, ob ich Schmerzen habe, kam auf mich zu, hielt mich fest und sprach mit mir. Die Erinnerung an den Tod meiner Großmutter war ganz klar und nah. Es war mir so, als würde ich in die Todessituation hineingezogen, obwohl sie in Wahrheit schon 47 Jahre her ist.
An diesem Abend vor 47 Jahren, etwa um 23:00 Uhr haben meine Großeltern zusammen vor dem Fernseher gesessen. Als mein Großvater meine Großmutter wecken wollte, um mit ihr gemeinsam schlafen zu gehen, merkte er, dass sie nicht, wie er dachte, im Sessel eingeschlafen war. Als seine Versuche, sie zu wecken, fehlschlugen, rannte er in seiner Verzweiflung zu den Nachbarn. In seiner Aufregung schrie er laut und zerschlug beim Anklopfen die Flurscheibe. Durch diesen Lärm muss ich aufgewacht sein. Ich bin ins Wohnzimmer gegangen und fand meine Großmutter wie schlafend im Sessel. Ihr Gesicht war grau und wächsern, ich „wusste“, dass sie tot ist. Dieses Erkennen hat mich furchtbar schockiert. Ich hing sehr an meiner Großmutter und wusste, dass ich ab jetzt allein bin und alles anders für mich sein würde.
Nachdem ich eine kurze Zeit bei meiner toten Großmutter gestanden hatte, bin ich wie in Trance zurück in mein Bett gegangen, habe mich auf den Rücken gelegt und bin innerlich eingefroren. In diesem Zustand, auf dem Rücken liegend, an die dunkle Decke starrend, habe ich mich betäubt gefühlt, wie in einem Glaskokon. Ich habe nichts mehr gespürt und habe mir nur gewünscht, dass jemand kommt und mich aus dieser furchtbaren, unwirklichen Starre erlöst. Anfangs war ich mir noch sehr sicher, dass gleich jemand kommen würde. Dann trafen später meine leibliche Mutter und mein Stiefvater ein und auch andere Menschen liefen im Haus herum, aber niemand kam zu mir. Selbst aufzustehen und mich bemerkbar machen, konnte ich nicht. Ich weiß nicht, wie lange es dauerte, aber irgendwann hatte ich das Gefühl, dass etwas zerbricht. -. Als meine Mutter (zu der ich keine sehr innige Beziehung hatte) mich dann doch irgendwann aus dem Bett holte, löste sich meine innerliche Starre nicht. Selbst Tage später bei der Beerdigung hatte ich ein ganz schlechtes Gewissen, weil ich gar nicht weinen konnte. Alles kam mir auf der Beerdigung irgendwie unwirklich vor. Von diesem Tag an bis Mitte/Ende des vierzigstes Lebensjahres konnte ich nicht mehr weinen. Ich bin heute 56.
In der therapeutischen Situation hatte ich die akustische und körperliche Vorstellung von einem zerbrechenden, knirschenden Glas. Ich konnte sehr wohl spüren, dass ich von meinem Therapeuten gehalten werde. Aber darüber hinaus lief die Szene vor meinem inneren Auge ab wie ein Film, bei dem ich aber anfangs nichts fühlte außer diesem „Puppengefühl“. Es war fast so, als ob ich mich ganz tief unter Wasser, wo keine Geräusche und kein Licht sind, erst langsam an einem Seil wieder hochziehen muss zur Wasseroberfläche. Je „höher“ ich kam, umso mehr Gefühle setzten nach und nach ein: das Gefühl von Einsamkeit, das Gefühl, von den Anderen abgeschlossen zu sein, das Gefühl, hoffnungsvoll zu warten und als letztes dann das Gefühl schmerzlicher

66 vgl. Ernst Kretschmer, ebd., S. 183

67 vgl. Ernst Kretschmer, ebd. S. 223 und S. 217

Trauer. Dann konnte ich weinen, auch später, als ich zuhause war und meiner Freundin davon erzählte, konnte ich weiter weinen. Auch als ich diesen Text schrieb, habe ich viel geweint. Der Glaskokon ist zerbrochen.[68]

Das Ende meiner toten Existenz hinter der Milchglasscheibe: Ich war acht Jahre alt, als mein Vater starb. Da ich das im Vorfeld zwar ahnte, aber nicht wusste, war ich akut traumatisiert. Das eigentliche Drama für mich war aber, dass da niemand war, der mich hielt. Ich weiß heute, dass die Gefühlskälte meiner Mutter und der mich umgebenden Familien eine tiefe Einsamkeit verursachte. Ich war mit allem alleingelassen und hatte zudem den direkt ausgesprochenen Auftrag meiner Großmutter im Gepäck, immer nett sein zu sollen, um der Familie nicht noch mehr Sorgen zu bereiten, als sie eh schon hatte.

Ich baute mir, so gut ich es vermochte, meine eigene Welt, die sich im Wesentlichen hinter einer Milchglasscheibe abspielte. Hinter dieser Scheibe war ich, und der Boden bestand aus Treibsand, in dem der Schmerz und die Verzweiflung, aber auch Trost tief versunken war. Diese meine Welt versuchte ich aufrecht zu erhalten, sie war mir genauso nah, wie ich mir fern war. Das Ergebnis waren hohe Verdrängungsleistungen in Form von Lügen, Ausblendungen und Kontaktlosigkeit.

Erst im Alter von 48 Jahren, nach zwei gescheiterten Ehen und einer Partnerschaft mit Kind, die wieder in die Brüche zu drohen ging, machte ich mich auf die Reise zu den verschütteten Wurzeln dessen, was mich ausmacht. In der Arbeit in der von Dr. Heinemann geführten Gruppe wehrte ich mich zunächst mit meinen beträchtlichen Mitteln an Kognitionsstärke, rationaler Intelligenz und sprachlicher Gewandtheit gegen die Freilegung der Sedimente dessen, was ich heute einfach als Schmerz bezeichne. Ich war arrogant, aggressiv, hyperkritisch, sprich: ich hatte Angst hinzuschauen und zu spüren. Diesen Widerstand zu erkennen, zu akzeptieren und dann mit wachsendem Vertrauen in mich selbst, meine Partnerin (die heute meine Ehefrau ist) und die Gruppe war (und ist immer noch) ein ebenso anstrengender wie intensiver und befreiender Prozess. In steigendem Maße konnte ich die Kraft, die ich aufwenden musste, um mein Lebensdrama zu verstecken und zu umgehen, nutzen, um den Kontakt zu mir zu entfalten. Das öffnet mir auch den Zugang zu meinen Liebsten und Freunden.

Das tiefste Erleben in diesem Prozess ist sehr einfach: das Spüren meines Schmerzes und des Trostes, den ich inzwischen in meiner Familie und mir selbst finde, macht mich ganz. Es schmerzt, dass ich mich so lange ausradiert habe, dass Gefühle wie Angst, Aggression, Traurigkeit, aber auch wahre Freude, Lust, Ausgelassenheit und echtes Mitgefühl über Jahrzehnte nur in einem grauen Schneegestöber trieben. Jetzt, da ich Zugang zu allem finde, was einen ganzen Menschen ausmacht, hebt sich die Abtrennung meines Körpers von meiner Kognition auf: ich kann fühlen, und das ist keine mentale Aktivität mehr, sondern etwas Körperliches.

Die Aufhebung dieser Trennung von *mind* und *body* über das Erleben all meiner starken, aber vor allem meiner schwachen und bedürftigen Facetten macht mich stark, denn meine Angst vor mir selbst und anderen schwindet. Ich verbinde mich mit mir selbst, meiner Frau, meinen Kindern. Konkret heißt das: Füreinander da sein, Trost bekommen und geben, aufmerksam sein für mich und für Menschen, die mir etwas bedeuten. - All das mag simpel und selbstverständlich klingen. Für mich bedeutet es den Unterschied zwischen meinem Leben und meiner toten Existenz.

Nicht nur die in der Schlüsselgeschichte beschriebene ***Anästhesie*** auch die ***Hyperästhesie*** ist ein wichtiges Merkmal der schizoiden Persönlichkeit und unabdingbar für das Verständnis der dynamischen Komplexität des schizoiden Persönlichkeitstyps (vgl. Anlage Tab. 9). Diagnostische Kriterien zur schizoiden Persönlichkeitsstörung, die nur die anästhetischen und autistischen Symptome erfassen und die hyperästhetischen Symptome nicht beachten (wie z. B. im DSM-V F60.1 und im ICD-10-GM F 60.1) führen zu Fehleinschätzungen. Besonders bei primär anästhetischen intelligenten Schizoiden werden die abgewehrte Hyperästhesie nicht als solche erkannt und trotz intrapsychischer schwerer Spannungen stark konfrontiert. So wie Kretschmer den vom Erscheinungsbild her gesehenen primär anästhetischen („affektlahmen") Schizoiden beschreibt: „*er ist in der Schule und erst recht auf dem Kasernenhof der weiße Rabe, auf den alles einhackt. Sofern er empfindsam und begabt ist, liegt darin seine Tragik.*" (Kretschmer, E. 1977, S. 225)

Nach Kretschmer hat nur der den Schlüssel zu den schizoiden Temperamenten, ***„der klar erfasst, dass die meisten Schizoiden nicht entweder überempfindlich oder kühl, sondern***

[68] Auszüge aus der unveröffentlichen „Sammlung von Schlüsselgeschichten" des Institutes für angewandte Sozialpsychologie und Neuropsychoanalyse, Barschbleek 14, 47877 Willich

dass sie überempfindlich und kühl zugleich sind“, Kretschmer, E. 1977, S. 217).[69] Typisch für die schizoide Persönlichkeitsstörung sind aus der Perspektive der Forschung von Kretschmer, aber auch von Eugen Bleuler deshalb folgende Eigenschaften:

Eigenschaften schizoider Persönlichkeitsstrukturen und -störungen[70]

still	schweigsam	abwesend	introvertiert
passiv	schwunglos	leidenschaftslos	empfindungslos
unberührt	distanziert	kalt	abgestumpft
ungesellig	kontaktarm	bindungslos	vereinsamt
überempfindlich	gereizt	mürrisch	verweigernd
sprunghaft	feindselig	aggressiv	jähzornig

Die Berücksichtigung der hyperästhetischen Eigenschaften bzw. Symptome ist ein sehr wichtiger Schritt zum Verständnis der dynamischen Komplexität der schizoiden Persönlichkeiten.

Die sprunghafte affektive Dynamik als wesentliches Merkmal der schizoiden Persönlichkeitsstörung

Auch neurotische Persönlichkeiten können schizoide, d. h. anästhetische oder/und hyperästhetische Eigenschaften haben, wenn auch in geringerem Grade und Maße.[71] Wesentlich für die dynamische Komplexität der schizoiden Persönlichkeitsstörung ist im Unterschied zu den neurotischen der sprunghafte Wechsel zwischen anästhetischen und hyperästhetischen Eigenschaften, Symptomen, Emotionen, Gefühlen und Affekten.
Die Zykloiden bzw. Zyklothymen (d. h. die manisch depressiven Persönlichkeiten auf neurotischer Basis bzw. die Syntonen in der Terminologie von Bleuler[72]) haben die Fähigkeit, von positiven zu negativen und umgekehrt von negativen zu positiven Emotionen, Gefühlen und Affekten zu oszillieren. Ihre Affektivität spricht in weichen, vollen, abgerundeten Kurven jederzeit auf aktuelle und/oder erinnerte Reize an, schwingt in tiefen Wellenlinien endogener und reaktiver Art zwischen heiter und traurig auf und ab (Kretschmer, E. 1977, S. 231). Im Gegensatz zu den Zykloiden haben Schizoide häufig einen „springenden Temperamentstypus“, „eine schroff wechselnde Affektivität“, eine „abrupte zackige Affektkurve“. Auch bei empfindsamen und verhaltenen schizoiden Persönlichkeiten „können sich auch wiederholte kleine, aber unangenehme Alltagsreize summieren und zu krampfhafter Spannung führen, die lange unter der Decke weiterwirkt und sich plötzlich als heftige Affektreaktion entlädt“ (Kretschmer, E. ebd.).
Die kumulierenden aktuellen Alltagsreize sind nur der sekundäre Grund, d. h. die Auslöser für die heftigen Affektreaktionen schizoider Persönlichkeiten. Primär sind die ruckartigen affektiven Ausbrüche bedingt durch verdrängte überfallartige, heftige Traumen und langfristig anhaltende kumulative Traumen (vgl. oben S. 91) und die mit ihnen verbundenen

69 Ernst Kretschmer, ebd. S. 217

70 Auszug aus: A. Heinemann, VEPS-EQ-SQ Verfahren zur Einschätzung der Psycho- und Soziodynamik, der emotionalen und sozialen Intelligenz, VPPA, Willich 2012 [2007]; orientiert an den Eigenschaftsgruppen der schizoiden Persönlichkeiten von Ernst Kretschmer, ebd., S. 216 f

71 vgl. Melanie Klein, Das Seelenleben des Kleinkindes, ebd., S. 149

72 „Die Syntonie (bzw. Zyklothymie, A.H.) bezweckt die einheitliche Tätigkeit des ganzen Organismus oder der ganzen Psyche in einer bestimmten Richtung, ohne Zersplitterung der ganzen Kraft und ohne Ablenkung‘. Die Grundtendenzen von Syntonie und Schizoidie verhalten sich zueinander wie Integration und Isolierung.“ Ernst Kretschmer, ebd., S. 184

traumatischen Gefühle (Ängste, Schmerzen, seelische Qualen und Ohnmachtsgefühle). Aktuelle oder/und erinnerte überfallartige heftige oder/und langfristig anhaltende negative Reize aus der Umwelt und dem Organismus gefährden die Verdrängung der bewusst gewesenen Traumen und die Urverdrängung der nie bewusst gewordenen Traumen und die mit beiden verbundenen traumatischen Gefühle und Affekte. Wenn die anästhetischen Abwehrformen nicht mehr ausreichen, das „Nachdrängen" der Verdrängungen zu verhindern und die Reaktivierung der mit ihnen verbundenen Schmerzen, seelischen Qualen und Ohnmachtgefühle zu hemmen, entstehen hyperästhetische Reaktionen. Bei schwächeren früheren Traumen und aktuellen traumatischen Reizen entwickeln sich überempfindliche, gereizte, aggressive Reaktionen; bei heftigen früheren Traumen und aktuellen traumatischen Reizen kommt es zu jähzornigen, gewalttätigen, brutalen Ausbrüchen. Ernst Kretschmer beschreibt den Prozess von der anästhetischen Abwehr des Traumas und der traumatischen Gefühle bis zu den hyperästhetischen Reaktionen und zur heftigen affektiven paranoiden Abwehrrektion[73] bei residualen Schizophrenien und schizoiden Persönlichkeiten:

„Beobachtet man solche Naturen kurze Zeit in geschützter Umgebung außerhalb ihrer Milieus, so sind sie manchmal von einer beneidenswerten Seelenruhe; sie wirken als etwas stumpfsinnige Biedermänner, die niemand etwas zu leide tun. Untersucht man ihr häusliches Milieu, so ist es entsprechend verwahrlost. Dort sind sie nicht seelenruhig; sondern unter der Decke einer mürrischen Schweigsamkeit glimmt beständig ein Funke von nervöser innerer Gereiztheit, die komplexhaft durch die Anhäufung all der kleinen, nicht verwindbaren und aussprechbaren Unlustreize des Alltags in Beruf und Familie unterhalten wird. Sie kann sich nun bei leichtem Anrühren eines delikaten Themas, an unvermuteter Stelle in brutalste Jähzornsausbrüche rücksichtslos entladen." (Kretschmer, E. 1977, S. 228)

Aus der Erfahrung, der Verinnerlichung (Introjektion) und der durch Anästhesie verdrängten lieblosen, feindlichen, verletzenden und trostlosen Umwelt entstehen durch aktuelle oder/und erinnerte überfallartige heftige bzw. langanhaltende subtile schmerzhafte Reize und durch verstärkte Verfolgungsängste extrem heftige projektive Abwehrreaktionen (Projektionen). Die Heftigkeit der projektiven Reaktionen, der Angriffe auf die Umwelt, auf Bezugspersonen und -gruppen wird genährt durch die unbewusst aktivierten primären und sekundären, frühen und aktuellen traumatischen Erfahrungen und der mit ihnen verbundenen traumatischen Gefühle: Ängste, Schmerzen, seelische Qualen und Ohnmachtsgefühle.

Defizite in der Affektabstimmung und Affektregulation der schizoiden Persönlichkeitsstörungen

Die frühen Traumen und traumatischen Gefühle werden verursacht durch die Introjektion der negativen Erfahrungen mit der Umwelt, mit primären Bezugspersonen und -gruppen und verstärkt durch Defizite in der Affektabstimmung und Affektregulation, d. h. durch die Nichtabstimmung negativer Gefühle und Affekte (Heinemann 2014 b, Tab. 16) und die fehlende gleichgewichtige, situativ wechselnd bestimmende (kreiskausale) Aktivität und Aktivierbarkeit der positiven und negativen, primären und sekundären Emotionen, Gefühle und Affekte. Außerdem werden die Traumen und traumatischen Gefühle intensiviert durch die mangelnde Erfahrung von Wärme, Trost, Halt im Kontakt mit Sicherheitversprechenden-Bezugspersonen und schließlich aufgrund der vielen negativen Erfahrungen durch das fehlende Vertrauen in kontaktfähige und -bereite Bezugspersonen und Bezugsgruppen.
Die Schmerzen - ausgelöst durch die Umwelt und den Organismus - bleiben unbeantwortet; auch der Schmerzschrei wird nicht gehört und verstummt; oder er wird „stumpf" gemacht durch die fehlenden emotionalen Antworten (die Nähe, die Wärme, den Trost und den Halt) der Bezugspersonen. Die weitreichenden und schweren Folgen für Säuglinge und Kinder

---

[73] „Stone (1980) stellte einige >>traits<< zusammen, die gehäuft bei Verwandten von Schizophrenen vorkommen. Er zählte dazu exzentrisches Verhalten, Zurückgezogenheit, Emotionsarmut, Kontaktscheu, Hypersensitivität und - als subtile Ausprägungsform des Paranoids - das Aufstauen von Groll; Reformsucht, Streit- und Prozesssucht." Süllwold, L., Schizophrenie, Stuttgart 1983, S. 81 f

beschreiben die „cold-face-procedure“ und die „Entwicklung einer Mikrodepression“ erlebte „Kälte der Bezugsperson“ und das „starre, reaktionslose und emotionslose Gesicht“ der depressiven Mutter führen beim Kind zu einer „Flucht aus seinem Zustand des Belebtseins“, zu einem „Einfrieren der Bewegung, einem Verlust der positiven Affekte, des mimischen Ausdrucks sowie der Aktivität“; infolgedessen wird nach Marianne Leutzinger-Bohleber beim Kind ein Zustand der „Mikrodepression“ ausgelöst.[74] Das auf Dauer erlebte kalte, reaktionslose, starre, emotionslose Verhalten kann gleichermaßen schizoide Störungen, d. h. Anästhesie und Autismus, Hyperästhesie und Reizbarkeit verursachen.[75]

„Johnson geht davon aus, dass schizoide Persönlichkeiten bereits im frühen Säuglingsalter ausgeprägten Störungen in der Affektregulation ausgesetzt waren. Dem derzeitigen Wissensstand entsprechend (Übersicht Moser und Zeppelin 1996) können Affekte bereits kurz nach der Geburt als zentrale Bestandteile eines interpersonellen Regulationssystems beschrieben werden. Da die Bedürfnisbefriedigung des Säuglings vital von funktionierenden Interaktionen mit der primären Bezugsperson abhängt, verfügt dieser auch über enkodierte subkortikale Grundaffekte und die entsprechenden Verhaltenskorrelate, deren primäre Funktion die Koordination des reziproken Austauschs mit der Bezugsperson darstellt. (…) Eine fortwährende Negierung der affektiv gesteuerten Signale „Interesse und Erregung“ durch die Bezugsperson löst - das zeigt die Säuglingsforschung - zunächst das Signal der „Verzweiflung“ als Hinweis auf den drohenden Zusammenbruch aus der Interaktion aus. Im weiteren Verlauf reduziert sich das kommunikative Verhalten des Säuglings auf ein Minimum. Dieses Schutzverhalten, so vermutet Johnson, könnte zu einer mangelhaft ausgeprägten subjektiven Affektwahrnehmung und -kommunikation führen. Die Verleugnung der eigenen Bedürftigkeit nach Nähe und lebendigem Kontakt sowie die Verleugnung einer verzweifelten Wut, dies nicht bekommen zu haben, führt während der weiteren Entwicklung zu einer Abspaltung jedweder Emotionen, die im interpersonalen Kontakt entstehen würden. Auch das Körpergefühl scheint weitgehend unterentwickelt zu sein; viele schizoide Patienten wirken seltsam steif, ungelenk, fast maschinenhaft (mechanisch bzw. marionettenhaft, A.H.).“[76]

Damasio bezeichnet die Körpergefühle als „ursprüngliche Gefühle“ und als „Urbilder aller Gefühle“ („alle Gefühle sind komplexe Varianten der ursprünglichen Gefühle“ (Heinemann 2014 a, S. 157 ff). Zu den ursprünglichen Gefühlen bzw. Körpergefühlen zählen die Durst-, Hunger-, Sättigungsgefühle, Kälte- und Wärmegefühle, Schmerz- und Lustgefühle, die als Reaktion Kontakt- und Nähegefühle, Aggressions- und Abwehrgefühle erzeugen. Diese Körpergefühle und all ihre komplexen primären und sekundären Gefühlsvarianten motivieren Geist und Gehirn, organische und psychosoziale Prozesse auszulösen, die entstandenes Ungleichgewicht im Organismus, in der Wechselbeziehung zwischen Umwelt und Organismus korrigieren. Die weitgehende Unterentwicklung der Körpergefühle und ihrer komplexen primären und sekundären Varianten führt bei schizoiden Persönlichkeiten schon in den ersten Lebensmonaten zum Verlust des Realitätsbezuges (der Ausrichtung auf den Organismus, die Umwelt und ihre Wechselbeziehungen) und zu Störungen in der Realitätskontrolle bzw. -prüfung.

Störungen der primären und sekundären Realitätsprüfung und des Mentalisierens von Emotionen, Gefühlen und Affekten bei schizoiden Persönlichkeitsstörungen

Wesentlich für die Realitätsprüfung und das Mentalisieren (als regulatorischer Mechanismus zur Kontrolle des Realitätsbezuges und des Realitätsgehaltes der aktuellen Beziehungen zur Umwelt, vgl. S. 34 Anm. 19) ist die schwingende Dynamik positiver und negativer, primärer und sekundärer Gefühle. Beim schizoiden Persönlichkeitstyp haben die Gefühle aber keine wahrnehmende, wertende, aktivierende und motivierende sondern vielmehr eine verdrängende und abwehrende Funktion; sie dienen dem Schutz vor Reaktivierung der Traumen und der mit den Traumen verbundenen Affekte (Ängste, Schmerzen, seelische Qualen und Ohnmachtsgefühle) und dem Schutz vor aktuellen traumatisierenden Reizen. Außerdem

---

74 vgl. Marianne Leutzinger-Bohleber u. a. Hrsg., Erinnerungen von Wirklichkeiten, Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog, Band 2, Stuttgart 1998, S. 75 f

75 Kretschmer beschreibt die Entwicklung sozial wertvoller, verschrobener und entgleister schizoider Individuen in einem bindungslosen schizophrenen Familienmilieu, vgl. Ernst Kretschmer, ebd., S. 190 ff

76 Martin Bohus, Rolf-Dieter Stieglitz et al., Persönlichkeitsstörungen, in: Berger Psychische Erkrankungen, ebd., S. 761 f

haben die Emotionen, Gefühle und Affekte keine schwingende, verbindungstiftende, ambivalente Dynamik, die den Realitätsbezug stärkt, sondern eine sprunghafte, abwehrende, polarisierende, ambivalente Dynamik, die den Verlust des Realitätsbezuges steigert.
Durch die traumatisch bedingte emotionale Verarmung und durch den Verlust der emotionalen Flexibilität ist der schizoide Persönlichkeitstyp angewiesen auf Umwelten, auf Bezugspersonen und -gruppen, die seine Anästhesie akzeptieren und seine Hyperästhesie erkennen und beachten, d. h. mit den Worten von Kretschmer ausgedrückt, seine „Vorliebe für bestimmte Milieuformen, die nicht weh tun und verletzen“[77] unterstützen. Bei normalbegabten und sehr intelligenten schizoiden Persönlichkeiten fällt es aber den Bezugspersonen und -gruppen häufig sehr schwer, die Anästhesie und den sozialen Rückzug (die autistischen Züge) als notwendigen Schutz zu akzeptieren und hyperästhetische Reaktionen als Signal der überschrittenen Belastungsgrenze zur verstehen. Besonders Bezugspersonen und -gruppen, gesellschaftliche, kulturelle und religiöse Institutionen, die sich an dem humanistisch-liberalen oder an dem dialektisch-kritischen Menschenbild orientieren, ignorieren die Probleme der schizoiden Persönlichkeit in Beziehungen, in privaten und beruflichen Gruppen zu leben, zu lernen und zu arbeiten.
Vertreter des humanistisch-liberalen Konzeptes neigen dazu, dem schizoiden Persönlichkeitstyp eine „vernünftige innere Natur“ zu unterstellen, d. h. die Fähigkeit zur Verbindung (Integration) der positiven und negativen Impulse, außerdem die Möglichkeit im „Kontakt mit seiner inneren Natur“ die „biologisch angelegte Bruderschaft“ zu spüren, d. h. in wachsender Harmonie mit sich und anderen zu leben. Anhänger des dialektisch-kritischen Entwicklungskonzeptes tendieren dazu, dem schizoiden Persönlichkeitstyp die Fähigkeit zuzuschreiben, sich in der Auseinandersetzung mit der Umwelt und sich selbst, mit seinen vernünftigen, seinen affektiven und triebhaften Anteilen und seinen bewussten und unbewussten Erfahrungen zu entwickeln; dementsprechend trauen sie ihm auch die Möglichkeit zu, in diesem Prozess der Auseinandersetzung, mit negativen Gegebenheiten fertig zu werden, mit Widerständen umzugehen und Frustrationen zu ertragen, bis Lösungen gefunden sind.
Die Anwendung beider Entwicklungskonzepte ist nur entwicklungsfördernd bei schizoiden Symptomen auf neurotischer Basis. Bei schizoider Symptomatik auf psychotischer Basis, d. h. bei der Unfähigkeit, von negativen zu positiven Gefühlen zu schwingen, kommt es bei der Anwendung der beiden Entwicklungskonzepte zur sekundären Traumatisierung, zur Aktivierung und Verstärkung der primären Traumen und der traumatischen Gefühle, bis hin zu extremen paranoiden Ausbrüchen (Kretschmer, E. 1977, S. 228, 232). Die anhaltende sekundäre Traumatisierung kann auch zur Entwicklung einer schizotypischen Persönlichkeitsstörung oder zum Ausbruch einer Schizophrenie führen.[78] Um solche Prozesse durch die Anwendung unangemessener Förderungskonzepte zu vermeiden, ist es notwendig, diagnostisch abzuklären, ob die Symptomatik auf neurotischer Basis oder psychotischer Basis besteht.
Zunächst kann die Frage, ob es sich in der konkreten Situation *(aus der Perspektive der Detailkomplexität*) um einen schizoiden Persönlichkeitstyp handelt, mit den nachfolgenden „Fragen zur dynamischen Komplexität des schizoiden Persönlichkeitstyps“ (unten S. 91) beantwortetet werden. Zur hypothetischen Abklärung, ob die aktuelle schizoide Symptomatik und Dynamik auf einer neurotischen oder psychotischen Basis entstanden sind, sind

---

77 Ernst Kretschmer, ebd. S. 220

78 vgl. Martin Bohus, Rolf-Dieter Stieglitz, Persönlichkeitsstörungen, in Berger Psychische Erkrankungen, ebd. S. 760: „Es ist jedoch gesichert, dass Personen mit ausgesprochen anästhetischen Eigenschaften, wie sie von Kretschmer beschrieben wurden, im Gegensatz zu den als hyper-ästhetisch beschriebenen Charakteren keine erhöhte Prävalenz für schizophrene Erkrankungen haben.“ Dieser Hinweis entspricht der beschriebenen dynamischen Komplexität schizoider Störungen: von der „Traumatisierung zur Abspaltung zur Anästhesie zur Retraumatisierung zur Hyperästhesie zum projektiven Ausbruch zur Reintrojektion zur schizotypischen Störung zur Schizophrenie.“

die „Fragen zur dynamischen Komplexität neurotischer Persönlichkeitsstörungen“ (oben S. 15) und die „Fragen zur dynamischen Komplexität psychotischer Persönlichkeitsstrukturen und -störungen“ (oben S. 77) hilfreich.

Anleitung zur Auswertung der Projektivfragebögen:

1. *Werden die Fragen zum schizoiden Persönlichkeitstyp (unten S. 92) überwiegend mit „trifft eher zu“ weniger mit „trifft zum Teil zu“, sehr selten mit „trifft eher kaum, nicht zu“, so handelt es um sich hypothetisch um eine schizoide Symptomatik. Mit den Fragen zur dynamischen Komplexität neurotischer und psychotischer Persönlichkeitsstrukturen und -störungen kann dann überprüft werden ob es sich um eine schizoide Störung mit neurotischer oder psychotischer Basisdynamik handelt.*
2. *Werden die Fragen zur neurotischen Persönlichkeit „aktuell“ und „früher“ überwiegend mit „trifft eher kaum, nicht zu“ und weniger mit „trifft eher zum Teil zu“, sehr selten mit „trifft eher zu“ und werden außerdem die Fragen zur schizoiden Persönlichkeit überwiegend mit „trifft eher zu“ weniger mit „trifft eher zum Teil zu“, selten bzw. gar nicht mit „trifft eher kaum, nicht zu“ beantwortet, so kann man hypothetisch davon ausgehen, dass die eingeschätzte Person eher eine schizoide Störung mit psychotischer Basisdynamik (oben S. 7 f) hat..*
3. *Werden die Fragen zur neurotischen Persönlichkeit früher überwiegend mit „trifft eher zu“ weniger mit „trifft zum Teil zu“, sehr selten mit „trifft eher kaum, nicht zu“, die Fragen zur psychotischen Persönlichkeit aber aktuell mit „trifft eher kaum, nicht zu“ und weniger mit „trifft eher zum Teil zu“, sehr selten mit „trifft eher zu“ beantwortet, so besteht aktuell eher keine schizoide Persönlichkeit mit psychotischer sondern mit neurotischer Basisdynamik; es kann hypothetisch eine revidierbare reaktive schizoide Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden.*
4. *Die Hypothese der reaktiven schizoiden Störung wird verstärkt wenn die Fragen zur psychotischen Persönlichkeit früher mit „trifft eher kaum, nicht zu“ und weniger mit „trifft eher zum Teil zu“, sehr selten mit „trifft eher zu“ beantwortet werden.*

Die aus den Fragen zur dynamischen Komplexität des schizoiden Persönlichkeitstyps und der neurotischen Persönlichkeitsstrukturen und -störungen entwickelten Hypothesen können durch weitere Testverfahren qualifiziert werden (vgl. oben S. 14).

Als Basiskonzepte zur Förderung und Entwicklung der Beziehung des schizoiden Persönlichkeitstyps auf psychotischer Basis zur Umwelt und zu sich selbst, zu Bezugspersonen und -gruppen eignen sich aufgrund ihrer strukturellen Orientierung: das konservativ-strukturelle und das behavioristisch-konditionierende Entwicklungskonzept (Heinemann 2014 a, S. 9 ff und 14 ff).
Als Basiskonzepte zur Förderung und Entwicklung der Beziehung des schizoiden Persönlichkeitstyps auf neurotischer Basis (der reaktiven schizoiden Störung) eignen sich aufgrund ihrer strukturellen Orientierung einleitend das konservativ-strukturelle und das behavioristisch-konditionierende Entwicklungskonzept (Heinemann ebd., S. 24 ff und S. 39 ff). Bei zunehmender Stabilisierung sind dann die Konzepte des humanistisch-liberalen (Heinemann, ebd. S. 24 ff) und des dialektisch-kritischen Entwicklungskonzeptes stabilisierend und entwicklungsfördernd.

Fragen zur Einschätzung der dynamischen Komplexität des schizoiden Persönlichkeitstyps[79]:

trifft eher zu = 1 **trifft eher zum Teil zu = 2** **trifft eher kaum, nicht zu = 3**

1.	Lebt sie/er in ihrer/seiner eigenen Welt?	1 2 3
2.	Lässt sie/er sich schwer in gemeinsame Aktionen einbeziehen?	1 2 3
3.	Hinterlässt sie/er bei ihren/seinen Kontaktpersonen das Gefühl, nicht erreichbar zu sein?	1 2 3
4.	Ist ihre/seine Sprache wenig lebendig?	1 2 3
5.	Erfüllt sie/er gleichmäßig, aber ohne besondere Begeisterung ihre/seine Aufgaben?	1 2 3
6.	Hat man bei ihr/ihm den Eindruck, dass sie/er Gefühle nicht wahrnimmt?	1 2 3
7.	Scheitern Versuche, sie/ihn gefühlsmäßig zu erreichen und zu begeistern?	1 2 3
8.	Wechselt sie/er sprunghaft von Zurückgezogenheit in aggressive Reaktionen?	1 2 3
9.	Berichtet sie/er unbeteiligt über persönliche Erlebnisse?	1 2 3
10.	Hinterlässt sie/er bei ihren/seinen Kontaktpersonen das Gefühl, nicht erreichbar zu sein?	1 2 3
11.	Nimmt sie/er aus eigenem Antrieb kaum Kontakte auf?	1 2 3
12.	Macht sie/er den Eindruck, dass sie/er nur mit sich selbst beschäftigt ist?	1 2 3
13.	Wird sie/er von anderen als Sonderling gesehen?	1 2 3
14.	Ist sie/er mehr Zuschauer als Handelnder?	1 2 3
15.	Lässt sie/er sich zwar äußerlich, aber nicht innerlich binden?	1 2 3
16.	Übernimmt sie/er gern Arbeiten, die wenig Kontakt und Kommunikation erfordern?	1 2 3
17.	Reagiert sie/er nicht, wenn man sich über sie/ihn lustig macht?	1 2 3
18.	Scheint sie/er keinen Schmerz und keine Tränen zu haben?	1 2 3
19.	Verbringt sie/er ihre/seine Zeit lieber allein als in Gemeinschaft von Menschen?	1 2 3
20.	Ist es schwer, sie/ihn kennenzulernen?	1 2 3
21.	Kann man sie/ihn nicht aufmuntern, wenn sie/er traurig ist?	1 2 3
22.	Geht sie/er an Bekannten vorbei, wenn sie sie/ihn nicht ansprechen?	1 2 3
23.	Spricht sie/er nicht über ihre/seine Probleme?	1 2 3
24.	Meidet sie/er Körperkontakt bei Personen die ihr/ihm wohlgesonnen sind?	1 2 3
25.	Scheint es ihr/ihn wenig zu interessieren, was andere von ihr/ihm denken?	1 2 3
26.	Scheint sie/er sehr wenig Interesse an erotischen Kontakten zu haben?	1 2 3
27.	Wird sie/er bei kleinen Ungereimtheiten plötzlich und unerwartet sehr mürrisch und aggressiv?	1 2 3 1 2 3
28.	Nimmt sie/er in sozialen Kontakten die Feinheiten nicht wahr?	1 2 3
29.	Verbringt sie/er ihre/seine Freizeit meist allein?	1 2 3
30.	Ist sie/er, auch wenn man sie/ihn schon lange kennt, irgendwie rätselhaft, unberechenbar?	

[79] Auszug aus: A. Heinemann, Projektivfragebogen zur Einschätzung der Psycho- und Soziodynamik, der emotionalen und sozialen Intelligenz, VPPA Willich 2008

3.3 Die Symptomatik und emotionale Dynamik des paranoiden Persönlichkeitstyps

Der Begriff „paranoid“ ist eine Verbindung aus den griechischen Worten „para“ = „neben“ und „nous“ = „Verstand“. Als Attribut einer psychischen Krankheit bedeutet paranoid so viel wie „neben dem Verstand“ gestört, krank, wahnhaft, d. h. bei „erhaltener Klarheit des Denkens und Handelns“. Die krankhaften bzw. wahnhaften Vorstellungen und die entsprechenden Verhaltensweisen sind in der Regel „weder bizarr noch willkürlich, sondern logisch durchdacht, gut organisiert“ (vgl. Walker, J. I. et al. 1984, S. 280) aber nur quasirealistisch, d. h. annähernd, aber nicht im vollen Maße der Wirklichkeit entsprechend.
Gemeinsam sind den paranoiden Störungen auf psychotischer Basis (vgl. oben S. 7 f) organisch oder/und psychosozial bedingte überfallartige heftige Traumen (u.a. Trennung, Krankheit, Unfall, Tod, Aggression, körperliche Bestrafung, Misshandlung, Gewalt, sexueller Missbrauch…) oder/und kumulative Traumen (u.a. Ablehnung, Liebesentzug, Missachtung, Abwertung, Demütigung, Verachtung, Ausschluss…) sowie die traumatischen Gefühle (Ängste, Schmerzen, seelische Qualen und Ohnmachtsgefühle). Außerdem bilden alle paranoiden Störungen auf psychotischer Basis eine starre Schranke (Spaltung) zwischen Bewusstem und Unbewusstem, welche die Verdrängung bzw. Urverdrängung der Traumen und traumatischen Gefühle gewährleistet. Schließlich ist die primäre Abwehrform zur Aufrechterhaltung der Verdrängung und Urverdrängung der Traumen und traumatischen Gefühle der paranoiden Störungen auf psychotischer Basis nicht primär die Introjektion, sondern vielmehr die Projektion.
Zu den Störungen bzw. Erkrankungen mit dem Attribut „paranoid“ gehören nach DSM-V und ICD-10-GM die „Paranoide Persönlichkeitsstörung“ DSM-V F.60.0, die „Wahnhafte Störung“ (DSM-V F22.0) und die „Paranoide Schizophrenie“ (DSM-IV-TR 295.30, F20.0). Die Paranoide Persönlichkeitsstörung kann nach DSM-IV-TR unter gewissen Umständen „als prämorbider Vorläufer“ einer wahnhaften Störung oder einer paranoiden Schizophrenie auftreten.
Diese drei Störungsarten unterscheiden sich in ihren sekundären Abwehrformen und den entsprechenden Symptomen. Die „Paranoide Persönlichkeitsstörung“ hat nur Minussymptome: Angst angegriffen zu werden, Argwohn und Misstrauen, Überempfindlichkeit und Angriffsbereitschaft, eingeschränkte Affektivität (rational, unemotional, kalt), überhöhtes Selbstwertgefühl und überzogene Selbstbezogenheit; die „Wahnhafte Störung“ zeigt Minussymptome und Vorstufen der Plussymptome, nichtbizarre Wahnphänomene: Liebeswahn, Größenwahn, Eifersuchtswahn, Verfolgungswahn, Querulantenwahn[80], die paranoid schizophrene Persönlichkeit entwickelt Minus- und Plussymptome (Wahnvorstellungen, Verfolgungswahn, Größenwahn, Eifersuchtswahn, religiösen Wahn, körperbezogenen Wahn, den Wahnthemen entsprechende akustische Halluzinationen, vgl. DSM-IV-TR 295.30, S. 358).
Die Minussymptome und die ihnen entsprechenden spezifischen Symptomgruppen bzw. diagnostischen Kriterien für die paranoide Persönlichkeitsstörung im DSM-V beziehen sich vor allem auf das Misstrauen und den Argwohn:

***Diagnostische Kriterien der paranoiden Persönlichkeitsstörung nach DSM-V F60.0**:*

Tiefgreifendes Misstrauen und Argwohn gegenüber anderen, so dass deren Motive als böswillig ausgelegt werden. Mindestens 4 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

---

80 Zum Querulantenwahn vgl. J. Ingram Walker, ebd. S. 289: „Querulantenwahn findet man gewöhnlich bei querköpfigen Menschen, die auf ihrem Recht beharren. Der Wahn selber entwickelt sich, nachdem dem Patient ein tatsächliches oder vermeintliches juristisches Unrecht geschehen ist.“ - Der Querulantenwahn wird im DSM-IV-TR und im DSM-V nicht genannt. - Der ICD-10-GM listet unter der „Paranoiden Persönlichkeitsstörung“: F60.0 das Attribut „querulatorisch“ und unter den „Sonstigen anhaltenden wahnhaften Störungen“ F22.8 den Querulantenwahn (Paranioa querulans).