

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

SCHIZOTYPISCHE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

Borderline-Schizophrenie – Grenz-Schizophrenie – Grenz-Psychose – latente schizophrene Reaktion – latente Schizophrenie – präpsychotische Schizophrenie – prodromale Schizophrenie – pseudoneurotische Schizophrenie – pseudopsychopathische Schizophrenie – Schizotypie – schizotype Persönlichkeitsstörung – schizotype Störung – u. a.

Es gibt Menschen, die fallen auf – negativ, und zwar durch folgende Wesensart, die alle frustriert, irritiert, verärgert oder gar wütend macht:

Unnahbar, unterkühlt, exzentrisch, eigentümliches Verhalten, sonderbare Erscheinung, die Kleidung nicht immer angepasst und sauber, Augenkontakt vermeidend, eigenartig, furchtsam-argwöhnisch auf Distanz bedacht, humorlos, Neigung zu Rückzug und Isolation u. a. Dabei irgendwie ängstlich, verunsichert, scheu, wenn nicht gar misstrauisch bis grenzwertig wahnhaft, deshalb(?) unerschwellig reizbar, aggressiv oder gar feindselig. Die Sprache wirkt irgendwie abstrakt bis gekünstelt. Im Extremfall drohen Befürchtungen wie „ich bin nicht mehr ich selber“ und „alles irgendwie sonderbar um mich herum“. Dabei offensichtlich körperliche Beeinträchtigungen, ohne dass sich etwas Organisches finden ließe (was die Ängste noch verstärkt). Oder kurz: Manches wirkt regelrecht „schizophren“.

Aber sind das Betroffenen auch wirklich? Oder handelt es sich um eine so genannte schizotypische Persönlichkeitsstörung, früher auch als latente, präpsychotische, pseudoneurotische oder Grenz-Schizophrenie bezeichnet.

Nachfolgend deshalb ein etwas ausführlicherer (und stellenweise komplizierter) Beitrag zu einem Phänomen, das gar nicht so selten vorkommt – und belastet, und zwar nicht nur den Betroffenen, sondern auch sein näheres und weiteres Umfeld.

Erwähnte Fachbegriffe:

Schizotypische Persönlichkeitsstörungen – schizotype Persönlichkeitsstörung – Psychopathie – abnorme Persönlichkeit – Soziopathie – Charakterneurose – Persönlichkeitsstörung – schizoide Persönlichkeitsstörung – Borderline-Persönlichkeitsstörung – Grenz-Schizophrenie – Grenz-Psychose – latente Schizophrenie – präpsychotische Schizophrenie – prodromale Schizophrenie – pseudoneurotische Schizophrenie – pseudopsychopathische Schizophrenie – Schizotypie – schizotype Störung – Schizophrenie – Melancholie – Depression – Wahn – Verfolgungswahn – Größenwahn – Liebeswahn – Wahnsystem – Halluzinationen – Sinnestäuschungen – Trugwahrnehmungen – Wortneubildungen – Zerfahrenheit – Gedankenlautwerden – Leibgefühlsstörungen – Wahnwahrnehmungen – Gedankeneingebung – Gedankenentzug – Gedankenausbreitung – Willensbeeinflussung – Primär-Symptomatik der Schizophrenie – Sekundär-Symptomatik der Schizophrenie – Plus-Symptomatik der Schizophrenie – Negativ-(Minus)-Symptomatik der Schizophrenie – Angst – Aggressivität – Rückzug – Isolation – paranoide Schizophrenie – hebephrene Schizophrenie – katatone Schizophrenie – undifferenzierte Schizophrenie – postschizophrene Depression – schizophreses Residuum – Rest-Symptomatik der Schizophrenie – Schizophrenia simplex – Grimassieren – Faxen - seelisch-körperliche Erstarrung – Stupor – seelisch-körperlicher Erregungszustand – Raptus – Befehls-Automatismen – Negativismus – Gemütsverflachung – Antriebsminderung – Selbstversunkenheit – Nichtsesshaftigkeit – Obdachlosigkeit – schizophrener Genotyp – schizophrenie-ähnlich – unnahbar – unterkühlt – gemütskalt – skurril – exzentrisch – eigentümlich – steif – verschlossen – merkwürdig – maniert – gekünstelte Sprache – vermeidender Augenkontakt – befremdliche Distanzierungswünsche – rasche Kränkbarkeit – schnell verärgert – Albernheits-Unfähigkeit – Humorlosigkeit – fehlende Freundschaften – beziehungs-arm – bindungs-arm – misstrauisch – wahnhaft – reizbar – aggressiv – feindselig – Verleumdungs-Furcht – auffällige Kleidung – verschmutzt – ungepflegt – Sprach-Besonderheiten – idiosynkratische Ausdrücke – Weitschweifigkeit – sprachliche Auflockerung – Inkohärenz – sprachliche Zusammenhanglosigkeit – gekünstelte Sprache – neue Sprach-Konstruktionen – unübliche Redewendungen – „privater“ Wortschatz – Sprach-Neukonstruktionen – seltsame Glaubensinhalte – magisches Denken – magische Fähigkeiten – Beziehungsideen – Beziehungswahn – Aberglaube – paranormale Phänomene – paranormale Fähigkeiten – Gedankenlesen – Glaube an Hellseherei – Telepathie – „sechster Sinn“ – ungewöhnliche Wahrnehmungserfahrungen – Dymorphophobie – Entstellungsfurcht – Körpergefühlsstörungen – metaphorisches Denken – Zwangsrübeln – Zwangshandlungen – magische Rituale – Körpergefühlsstörungen – illusionäre Verkennungen – Depersonalisation – Derealisation – Wahrnehmungsveränderungen – psychosenahe Episoden – Depersonalisations-Angst – Ich-Erlebnisstörungen – innere Entfremdung –

innere Unwirklichkeit – Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit – Affekt-Vermeidung – Gefühls-Kontrolle – Gemütskälte – mangelhafte zwischenmenschliche Schwingungsfähigkeit – Wurstigkeit – Gemütsarmut – Lieblosigkeit – Teilnahmslosigkeit – Gleichgültigkeit – Kaltherzigkeit – Sicherheits-Distanz – Schutz vor gefühlsmäßiger Überflutung – Verunsicherungs-Angst – seelische Filter-Störung – seelischer Wall – krankhafter Gefühlshaushalt – seltsame Glaubensinhalte – magisches Denken – kognitive Einbußen – Unlogik – Müdigkeit – Mattigkeit – rasche Erschöpfbarkeit – somatoforme Störungen – psychosomatische Störungen – Merkstörungen – Konzentrationsstörungen – Vergesslichkeit – Verhaltensdefizite – sozialer Rückzug – Argwohn – Überspanntheit – Panikreaktion – überzogene Verletzlichkeit – unkontrollierbares Gefühlsleben – Infekt-Anfälligkeit – seelische Verwundbarkeit – Vulnerabilität – Persönlichkeitsänderung durch körperliche Erkrankungen – Alkoholismus – Rauschdrogen – Medikamenten-Abhängigkeit – Parkinson – Multiple-Sklerose – Hirnhautentzündung – Gehirnentzündung – posttraumatische Belastungsstörung – Autismus – Asperger-Syndrom – Informations-Verarbeitungsstörung – krankhafte Phantasie – kaltherzige Erziehung – herabsetzender Erziehungsstil – Pharmakotherapie – Neuroleptika – Antidepressiva – trizyklische Antidepressiva – MAO-A-Hemmer – SSRI – Antidepressiva – Psychotherapie – Verhaltenstherapie – Training sozialer Fertigkeiten – u.a.m.

Früher, als die Persönlichkeitsstörungen noch Psychopathie oder abnorme Persönlichkeit genannt wurden, gelegentlich auch Soziopathie, Charakterneurose u. a., gab es Dutzende von Unterteilungen, je nach hervortretenden Charakterzügen (von autistisch bis zwanghaft-querulatorisch).

Nach den heutigen modernen Einteilungs-Empfehlungen (s. später) gibt es nur noch etwa ein halbes Dutzend Formen von Persönlichkeitsstörungen. Die meisten der dominierenden Eigenschaften gehen schon aus dem Fachbegriff hervor: vermeidend-selbstunsichere, narzisstische, zwanghafte, depressive, passiv-aggressive, hysterische (heute histrionisch genannte) sowie antisoziale Persönlichkeitsstörungen.

Schon etwas schwieriger sind die Begriffe Borderline-, paranoide (wahnhaft) und schizoide (der Schizophrenie ähnliche) Persönlichkeitsstörungen.

Und ganz besonders schwierig wird es bei dem Begriff *schizotype* oder *schizotypische Persönlichkeitsstörung*, vor allem wenn man noch die bedeutungsgleichen bzw. bedeutungs-ähnlichen Bezeichnungen heranzieht. Um was handelt es sich bei diesem Leiden und wo liegt der Unterschied zwischen schizoiden und schizotypischen Persönlichkeitsstörungen, die ja offensichtlich beide eine verwandtschaftliche Nähe zur schizophrenen Psychose zeigen. Nachfolgend deshalb eine etwas weitergefasste Übersicht:

● ZUR GESCHICHTE DER SCHIZOTYPISCHEN PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

Schon die Geschichte der *Persönlichkeitsstörungen* an sich ist ein weites Feld. Sie vermittelt nicht nur interessante Einblicke in ein ohnehin spektakuläres Krankheitsbild mit einer Reihe von Untergruppen, je nach Persönlichkeitsstruktur bzw. Eigenheiten der jeweiligen Wesensart mit entsprechendem Leidensbild und Konsequenzen für sich und andere (man denke nur an die antisoziale Persönlichkeitsstörung). Sie vermittelt auch historische Aspekte der Psychiatrie generell, vor allem was zwischenmenschliche, gesellschaftliche oder gar grenzwertige bis gefährliche Verhaltensweisen der menschlichen Psyche anbelangen. Einzelheiten zu diesem Thema siehe das Übersichts-kapitel *Persönlichkeitsstörungen* in dieser Serie und die empfehlenswerten Fach(!)-Bücher „Persönlichkeitsstörungen“ von P. Fiedler (2001), DSM-IV-TR der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung – APA (2003), „Psychopathie – Soziopathie – Dissozialität“ von H. Saß (1987) und „Persönlichkeitsstörungen – Leitlinien und Quellentext“ von W. Tress u. Mitarb. (2002).

Wie bereits erwähnt gibt es ganz unterschiedliche Persönlichkeitsstörungen, wobei die gesellschaftlich belastenden bis bedrohlichen natürlich einen breiteren Diskussionsraum einnehmen. Doch es gibt auch Persönlichkeitsstörungen, die vor allem für sich selber ein Problem sind (die fremd-aggressiven natürlich letztlich auch). Das betrifft insbesondere selbstunsichere, zwanghafte, überabhängige Charakterstrukturen. Davon aber hört man meist wenig. Das verzerrt natürlich den Gesamt-Eindruck.

Die spezielle Bedeutung der schizotypischen Persönlichkeitsstörung und mit ihr die so manche Verbindung aufweisenden schizoiden und Borderline-Persönlichkeitsstörungen ergibt sich vor allem aus ihrer Nähe zur Schizophrenie, was erbliche Belastung, Beschwerdebild, Ursachen, Krankheitsverlauf, psychosoziale Folgen und letztlich therapeutische Möglichkeiten und Grenzen betrifft.

Die Schizophrenien heute

Die Schizophrenie gehört zu den am intensivsten beforschten Krankheitsbildern in der Psychiatrie (und geht schon auf alt-testamentarische Schilderungen zurück, ähnlich wie die Melancholie, die Depression). Trotzdem ist sie bis heute ein letztlich ungeklärtes Phänomen geblieben, was die biologischen Ursachen anbelangt, ja, man ist sich noch nicht einmal sicher, ob es sich nicht um mehrere Schizophrenie-Formen handelt, was sich auch in den Klassifikationen, den wissenschaftlichen Einteilungsversuchen niederschlägt (siehe Kasten). Deshalb ist es auch nicht verwunderlich, dass die so genannten schizophrenie-nahen Störungen, also die erwähnten schizoiden, Borderline- und eben auch schizotypischen Persönlichkeitsstörungen lange Zeit zu keinen festen und allseits anerkannten Definitionen und Klassifikationen führten.

Jedenfalls liefen die verschiedenen wissenschaftlichen Konzepte zu diesen Störungen bis weit in die 70er-Jahre hinein recht unverbunden, ja divergierend bis kontrovers diskutiert nebeneinander her, je nachdem, welche Forschungsrichtung sich ihrer annahm (psychiatrisch, psychoanalytisch, biologisch, gesellschafts-wissenschaftlich u. a.).

Nachfolgend sei deshalb vor allem der Kasten über die bisherigen Schizophrenie-Konzepte als erster Überblick empfohlen; oder noch besser das ausführliche Kapitel über die *Schizophrenien* in dieser Serie.

Einteilung der Schizophrenien nach ICD-10

- **Paranoide Schizophrenie:** Dauerhafte Wahnvorstellungen, ggf. Halluzinationen (Sinnestäuschungen, Trugwahrnehmungen), besonders akustischer Art. Beispiele für die paranoiden bzw. halluzinatorischen Symptome: Verfolgungs-, Beziehungs-, Abstammungs-, Sendungs-, Eifersuchts- u. a. Wahnformen. Ferner Stimmen, die den Betroffenen bedrohen oder ihm Befehle geben; sonstige akustische Sinnestäuschungen wie Pfeifen, Brummen oder Lachen. Ggf. auch Geruchs- oder Geschmacks-Halluzinationen, sexuelle oder andere Körper-Sinnestäuschungen (Gesichtshalluzinationen sind möglich, aber bei der Schizophrenie eher selten). Vor allem die Halluzinationen prägen den Überbegriff einer produktiven oder Plus-Symptomatik (nicht als Plus im herkömmlichen Sinne, nur konkret zur Unterscheidung von der so genannten Minus- oder Negativ-Symptomatik – s. später).

- **Hebephrene Schizophrenie:** Vor allem affektive (Gemüts-)Veränderungen. Wahnvorstellung und Sinnestäuschen sind flüchtig und bruchstückhaft. Das Verhalten imponiert als verantwortungslos und unvorhersehbar. Manierismen (gekünsteltes bis bizarr erscheinendes Verhalten) sind häufig. Die Stimmung ist flach und unpassend, oft begleitet von Kichern oder selbstzufriedenem, selbstversunkenem Lächeln, auch mal mit einer hochfahrenden Umgangsweise, begleitet von Grimassieren, Faxen, hypochondrischen Klagen (jammerige Krankheitsbefürchtungen) und ständig wiederholten (oft sinnlosen) Äußerungen. Das Denken ist ungeordnet, die Sprache weitschweifig bis zerfahren. Das Verhalten erscheint ziellos, ohne Empfindung, Zuwendung, zwischenmenschliche Kontaktwünsche, deshalb vor allem Rückzug- und Isolationsgefahr.

- **Katatone Schizophrenie:** Überwiegend psychomotorische (seelisch-körperliche, insbesondere was die Bewegung angeht) Störungen, die zwischen extremem Erregungszustand und Stupor (seelisch-körperliche Erstarrung) pendeln und auch durch so genannte Befehls-Automatismen und

Negativismen erweitert werden können. Ähnliches gilt für Zwangshaltungen und -stellungen, ggf. sogar kurzfristige schwere Erregungszustände. Früher häufiger, heute zumindest in den westlichen Industrienationen selten.

- **Undifferenzierte Schizophrenie:** Eine Art Zusatz-Kategorie, die zwar die Grund-Symptomatik der erwähnten Zustandsbilder zeigt, jedoch keiner Gruppe eindeutig zugeordnet werden kann.

- **Postschizophrene Depression:** Eine u. U. länger anhaltende depressive Episode im Anschluss an eine schizophrene Erkrankung. Einige schizophrene Symptome sind noch vorhanden, beherrschen aber nicht mehr das Leidensbild.

- **Schizophrenes Residuum:** Etwas unglücklich gewählter Begriff der einerseits eine Besserung, andererseits aber eine Art chronisches Stadium im Verlauf einer schizophrenen Erkrankung bezeichnen soll (Rest-Symptomatik), meist eine so genannte Minus- oder Negativ-Symptomatik: seelisch-körperliche Verlangsamung, verminderte Aktivität, Gemütsverflachung, Passivität, Initiative-Mangel, Vernachlässigung der Körperpflege, Rückgang der sozialen Leistungsfähigkeit, äußerliche Nachlässigkeiten (Körperhygiene, Kleidung, Essverhalten) u. a.

- **Schizophrenia simplex:** Ein seltenes Zustandsbild mit schleichendem Voranschreiten einer nicht unbedingt auffälligen (also keine produktiven Schizophrenie-Symptome wie Wahn, Sinnestäuschungen u. a.), sondern eher Negativ- bzw. Minus-Symptomatik: Gemütsverflachung, Antriebsminderung, Selbstversunkenheit, Rückzug, Isolationsneigung. Allmähliche Krankheitsentwicklung und langsames, meist unaufhaltsames Fortschreiten des Leidens mit ungünstigen Heilungsaussichten. Am Schluss sogar der Gefahr des Abstiegs in die Nichtsesshaftigkeit (Obdachlosigkeit).

Wichtig: Wahrscheinlich ist die früher häufiger verwendete Diagnose einer Schizophrenia simplex weitgehend identisch mit der heute gebräuchlicheren Diagnose einer schizotypischen Persönlichkeitsstörung (siehe Text).

Nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Die **Kern-Symptomatik**, also das in der Regel am häufigsten belastende Beschwerdebild besteht – etwas vereinfacht gesehen – aus

- Gedanken, die eingegeben oder entzogen werden, die sich laut äußern oder sich gar auf andere Personen auszubreiten scheinen,

- das Gefühl, auf widernatürliche Weise beeinflusst und kontrolliert zu werden (z. B. Gedanken, Bewegungen, Empfindungen als „von anderen gemacht“ erlebt),
- Wahn, insbesondere wahnhaftige Beeinflussung und Verfolgung, aber auch Größenwahn, Liebeswahn usw., eventuell komplizierte Wahnsysteme,
- Halluzinationen, also Sinnestäuschungen bezüglich Geruch, Geschmack und Tastsinn, vor allem aber Gehör. Beispiele: vergiftet, bestrahlt, elektrifiziert werden, Stimmen hören,
- Einschreibungen in den Gedankenfluss, die zu Wortneubildungen und zu einer unverständlichen Sprache führen können, bis hin zur „Zerfahrenheit“ sowie ggf.
- Erregung oder Erstarrung in Bewegungslosigkeit, einschließlich Verstummten u. a.m.

Früher unterschied man auch noch in

- *erstrangige schizophrene Symptome*, z.B. akustische (Gehörs-)Sinnestäuschungen wie Stimmen, die im Dialog miteinander sprechen und das Tun und Lassen der Patienten kommentieren, ferner das so genannte Gedankenlautwerden, dazu Leibgefühlsstörungen und Wahnwahrnehmungen sowie Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung und Willensbeeinflussung.
- Als *zweitranig* empfand man dagegen Trugwahrnehmungen beim Sehen, Riechen und Schmecken, Wahneinfälle u. a.

Heute diskutiert man als *Primär-Symptomatik* so genannte Grund- oder Basisstörungen der Wahrnehmung und des Denkens, die auf den ersten Blick eher unauffällig, in Wirklichkeit für das „gesunde“ Empfinden weniger zugänglich erscheinen. Beispiele: Einfallsarmut, Denkverlangsamung, Leere im Kopf, Unfähigkeit, das Denkziel konsequent auszurichten und fest zu halten, Grübel-sucht, Gedankenkreisen, erschwertes Verstehen von Fragen, Verlust auto-matischer Fertigkeiten, Ausblenden der Gedanken (so dass "Leer-Stellen" drohen), Verarmung des Sprachschatzes mit zunehmenden stereotypen Redewendungen, Verlust sprachlicher Präzision, herabgesetzte Wortflüssigkeit u.a.m.

Daraus, so stellt man sich das heute vor, ergeben sich dann die *Sekundär-Symptomatik* mit verzweifelter Hilflosigkeit, vor allem aber Angst, Niedergeschlagenheit, ggf. auch Erregung und Aggressivität, meist aber Rückzug, Isolation und weiteren Verhaltensauffälligkeiten.

Wie aus den ausführlichen Darstellungen des entsprechenden Groß-Kapitels über die *Schizophrenien* hervorgeht, handelt es sich bei diesem Leiden um multikausale Entstehungsursachen (mit vielen Gründen). Das beginnt mit dem Risiko der erblichen Belastung (zwischen 10 und 14%, wenn ein Elternteil, bis zu über 60%, wenn beide Elternteile schizophren erkrankt sein sollten) und geht über zahlreiche weitere Einflussfaktoren (z. B. frühkindliche Traumata, d. h. seelisch-psychosoziale Verwundungen), aber auch reale Geburtstraumen sowie weitere körperliche Krankheiten bis zu kritischen Lebensbelastungen, innerseelischen oder äußeren Stress-Faktoren (Eltern, Geschwister, Partnerschaft, Beruf u. a.). Einzelheiten dazu siehe die entsprechende Tabelle in dem Kapitel über die *Schizophrenien*.

Biologische, neurosen-psychologische und Kompromiss-Konzepte

Was heißt dies nun aber für das Konzept der schizotypischen Persönlichkeitsstörung?

Schon der *Begriff* „schizotypisch“ oder „Schizotypie“ hat seine eigene Geschichte. Er geht auf die Mitte des 20. Jahrhunderts zurück, als man sich immer klarer wurde, dass hier nicht nur biologische, sondern auch erbliche Faktoren eine Rolle spielen (damaliger Fachbegriff: schizophrener Genotyp).

Zwar müssen deshalb nicht alle Menschen mit einer solchen Belastung später an einer allseits erkennbaren Schizophrenie erkranken, doch drohen zumindest in einer auffälligen Zahl der Betroffenen bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, die zwar nicht schizophren, aber irgendwie „schizophrenie-ähnlich“ zu sein pflegen. Dazu zählen insbesondere Gemütsstörungen, beispielsweise auch das Problem, tiefe Freude zu empfinden. Und auch eine gestörte Wahrnehmung, speziell was die eigene Körperlichkeit anbelangt.

Hier und auch später werden deshalb immer wieder Begriffe auffallen, die man sonst nie gehört hat bzw. die schwer verständlich sind. Der Grund ist einfach und bezieht sich vor allem auf seelische Störungen im Allgemeinen und schizophrenie-ähnliche im Speziellen: Wenn alles stimmt, wenn alles unauffällig abläuft, wird man sich der „Normalität“ kaum bewusst sein. Wenn hingegen etwas anders, gestört, vielleicht sogar quälend beeinträchtigend wird, kann dies gerade im kranken Seelenleben neue Begriffe erzwingen, die dieses ungewöhnliche Defizit beschreiben sollen. Das ist ein Problem, mit dem sich der Gesunde natürlich nicht beschäftigen muss: Was stimmt, was funktioniert, was nicht belastet, muss auch nicht erläutert werden, wird sorglos hingenommen und braucht schon gar keine besonderen Bezeichnungen. Das nebenbei als Erklärung für den unfreiwilligen Zwang, dem sich viele schizophren Erkrankte ausgeliefert fühlen, weil sie etwas erläutern sollen, was mit dem herkömmlichen Alltags-Wortschatz gar nicht erklärbar ist. Unerklärliche (krankhafte)

Empfindungen erzwingen also förmlich die unfreiwillige Erfindung neuer Begriffe, was im Extremfall in eine „Privat-Sprache“ münden kann.

Aber zurück zur Geschichte der schizotypischen Störungen. Es wurde schon eingangs erwähnt, dass es darauf ankommt, welche Wissenschaftszweige sich eines Themas, hier einer Krankheit annehmen. Das können beim (gestörten) Seelenleben beispielsweise die mehr biologisch orientierten Psychiater oder die mehr psychologisch (psychodynamisch) orientierten Psychotherapeuten sein, bis hin zu den tiefenpsychologisch ausgebildeten Psychoanalytikern. So kommt im Rahmen dieses Krankheitsbildes auch der Begriff der „*pseudoneurotischen Schizophrenie*“ zustande, d. h. einer psychiatrischen Erkrankung, die aber vor allem neurotische Verhaltensauffälligkeiten zu zeigen scheint (Intellekt, Gefühl, Verhalten, insbesondere im zwischenmenschlichen, speziell im sexuellen Bereich u. a.).

Später kam dann der Begriff der „*Borderline-Störung*“ auf, der einen ungeheueren Forschungsschub auslöste, vor allem weil die Zahl der Betroffenen sichtlich zuzunehmen schien. Einzelheiten dazu siehe das spezielle Kapitel. Auf einen Satz reduziert heißt Borderline (englisch: Grenzlinie): fließender Übergang zwischen Normalität (wenn auch etwas „grenzwertig“, wie der Begriff ausdrückt) und schizophrener Erkrankung.

Inzwischen hat dieser Begriff seine eigene, weitgehend feste Definition und Klassifikation gefunden. Früher war er eher an die Schizophrenie gebunden und erhielt deshalb auch später die Umbenennung zur „latenten Schizophrenie“, (latent = vorhanden, aber nicht in Erscheinung tretend, gleichsam verborgen), zeitweilig auch „larvierten Schizophrenie“ (vom lateinischen: larva = Maske, also eine unter der Maske neurotischer Fehlhandlungen auftretenden schizophrenen Psychose).

Der erwähnte Forschungsschub zu diesem Thema (besonders in den angelsächsischen Nationen) führte im Laufe der kommenden Jahrzehnte zu der Erkenntnis, dass – wie auch immer der Fachbegriff ausfallen sollte – die Betroffenen vor allem zwei Haupt-Reaktionen zeigen:

- Zum einen mehr in Richtung Schizophrenie (dann später als schizotypische Persönlichkeitsstörung bezeichnet),
- zum anderen eher in Richtung neurotische Entwicklung (dann eher den Konzepten psychoanalytisch orientierter Psychiater und Psychologen im Sinne der Borderline-Störung zugerechnet).

Nicht wenige Patienten erfüllen allerdings die kennzeichnenden Merkmale beider Dimensionen, was dann die alte Erkenntnis deutlich machte: Es gibt in der Natur (auch des Menschen und seiner Krankheiten) keine festgefügtten, starren Einteilungsblöcke. Das meiste greift mehr oder weniger übergangslos ineinander, auch wenn es letztlich Schwerpunkte geben mag.

Trotz allem aber einigte man sich nach und nach darauf, zwei von einander abgrenzbare Persönlichkeitsstörungen anzunehmen. Die frühere Borderline-Schizophrenie empfahl man jetzt als „schizotypische Persönlichkeitsstörung“ zu bezeichnen, die „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ mehr zu den heute akzeptierten Borderline-Persönlichkeitsstörungen mit dem bekannten „instabilen Verhaltensmuster“ zuzurechnen. Sollte es Überlappungsprobleme geben, dann empfahl man eine Doppeldiagnose, die im gesamten psychiatrischen Bereich ohnehin immer häufiger zu werden scheint (Fachbegriff: Ko-Morbidität).

Diese Entwicklung ist offensichtlich befriedigend, jedenfalls scheint sie sich weitgehend durchzusetzen.

● BEGRIFFE

Frühere Begriffe, die gelegentlich noch auftauchen und für Verwirrung sorgen könnten, waren also Borderline-Schizophrenie, Grenzschizophrenie, Grenzpsychose, latente schizophrene Reaktionen, latente Schizophrenie (s. o.), präpsychotische Schizophrenie (also vor Ausbruch einer Psychose mit allen charakteristischen Symptomen), prodromale Schizophrenie (gleichsam als eine Art Vorposten-, Warn- oder gar Alarmsymptome), pseudoneurotische Schizophrenie (anstelle einer Neurose bzw. einer Neurose ähnlich) sowie die pseudo-psychopathische Schizophrenie (anstelle bzw. einer Psychopathie ähnlich).

Wie bereits in der Überschrift angedeutet und im Text mehrfach erwähnt ist der heute gängige und von den wichtigsten meinungsbildenden Institutionen Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ihrer Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) sowie der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) mit ihrem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR =Textrevision 2003) empfohlene Begriff die

- schizotype Störung (ICD-10). In dieser Klassifikation aber nicht als Persönlichkeitsstörung bezeichnet, weil man sie (noch?) dem Bereich der Schizophrenien zuordnet (bis man mehr verlässliche Forschungsdaten hat) sowie
- die Schizotypische Persönlichkeitsstörung der APA (im Rahmen des DSM-IV-TR bei den Persönlichkeitsstörungen aufgeführt).

In beiden Diagnose-Systemen geht man aber inzwischen davon aus, dass es sich um ein „genetisches Spektrum“ der Schizophrenien handelt, d. h. von den erblichen Bedingungen her gibt es nicht selten einen Zusammenhang (Einzelheiten siehe später).

● WIE ÄUSSERT SICH EINE SCHIZOTYPISCHE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG?

Das Hauptmerkmal der *schizotypischen Persönlichkeitsstörung* ist ein tiefgreifendes Verhaltensdefizit im zwischenmenschlichen bzw. psychosozialen Bereich. Das äußert sich nicht zuletzt in Verhaltens-Eigentümlichkeiten, insbesondere in der mangelnden Fähigkeit zu engen persönlichen Beziehungen. Auch das Denken und Wahrnehmen erleiden dadurch Verzerrungen, die nicht ohne Folgen bleiben können. Im Einzelnen:

Auffällig ist das, was die Psychiater einen inadäquaten oder eingeschränkten Affekt nennen, d. h. der Betroffene erscheint unnahbar, unterkühlt bis kalt, manchmal sogar seltsam („skurril“), exzentrisch, auf jeden Fall **eigentümlich in Verhalten und Erscheinung** (siehe später). Auch verfügen die Betroffenen – wie es die Psychiater vorsichtig umschreiben – gewöhnlich nicht über die ganze Bandbreite differenzierter Empfindungen und zwischenmenschlicher Kommunikationsformen, die für eine tragfähige Beziehung nötig wären. Deshalb gelten sie als nicht nur unterkühlt und seltsam, sondern auch durch eine zumindest inadäquate Kontaktform benachteiligt, wenn nicht gar steif oder verschlossen.

Der äußere Eindruck – man mag es beklagen – hat ja einen viel größeren Stellenwert, als sich die meisten eingestehen. Wenn also jemand in die Gefahr gerät, als merkwürdig, eigentümlich oder gar maniert (gekünstelt in Sprache und Auftreten) zu gelten, vielleicht sogar Augenkontakt zu vermeiden und irgendwie einen größeren (für die uneingeweihten Anderen überraschenden, irritierenden, ggf. sogar beleidigenden) „Distanz-Kreis“ um sich herum zu beanstanden, dann kann man sich vorstellen, wie er auf andere wirkt und was man mit ihm macht: man grenzt ihn aus.

Bemerkungen aus der Allgemeinheit, die die schizotypische Persönlichkeitsstörung charakterisieren sollen

Eigentümlich, merkwürdig, sonderlich, abweichend, anders, wunderlich, exzentrisch, eigenbrötlerisch, absurd, widersinnig, unnatürlich, übersteigert, verzerrt, grotesk, lachhaft, lächerlich, komisch, kurios, spleenig, verschroben, schrullig, sonderlingshaft, närrisch, verstiegen, überspannt, verdreht, skurril u.a.m.

Doch schon zuvor stößt einer um eine gelöste, wenn nicht gar heitere Atmosphäre bemühte Gesellschaft, sei es privat oder beruflich, in der Regel gewaltig auf, wenn der Betreffende sich nicht in der Lage sieht an einer lockeren Diskussion, vielleicht sogar an einem durch wohlthuende Albernheit geprägten Geplänkel teilzunehmen. Auch hier die häufige Folge: Man ist verblüfft, „verschnupft“, wenn nicht gar gekränkt oder verärgert, vielleicht nicht beim ersten und zweiten Mal, aber danach mit einiger Sicherheit. „So etwas muss man sich

nicht freiwillig antun, dafür ist der Alltag zu hart“. Konsequenz: Der- oder diejenige wird es also bald zu spüren bekommen.

Oder mit anderen, d. h. mit den trockenen Erläuterungen der diagnostischen Kriterien: Menschen mit schizotypischer Persönlichkeitsstörung haben wenig soziale Bezüge und die Tendenz zu sozialem Rückzug (freiwillig oder erzwungen bzw. beides). So erleben die Betroffenen auch die zwischenmenschlichen Kontakte, nämlich als problematisch, wenn nicht gar unangenehm. Und obgleich sie damit nicht gerade glücklich zu werden pflegen, ja durchaus unzufrieden bis bekümmert, besorgt ja deprimiert reagieren können, nicht zuletzt was fehlende Freundschaften und damit auch Beziehungen anbelangt, so scheinen sich viele doch mit ihrem verminderten Bedürfnis nach (nicht zuletzt intimen) Kontakten abzufinden. Nur wenige haben enge Freunde oder Vertraute, abgesehen von nahen Verwandten (wobei auch diese Beziehungen von beiden Seiten nicht gerade als familiärer Pluspunkt gewertet werden).

Dabei muss es sich nicht einmal um eine zu rasche Kränkbarkeit oder gar abrupte Neigung zur Verärgerung handeln. Nein, diese Patienten reagieren eher „überevorsichtig“, ängstlich, verunsichert, scheu, vor allem wenn nicht so recht bekannte oder gar fremde Personen „auf sie eindringen“, wie sie das in subjektiv überzogener Form wahrzunehmen pflegen.

Dabei können Menschen mit einer schizotypischen Persönlichkeitsstörung durchaus Kontakt aufnehmen, vor allem wohl aber nur dann, wenn es zu ihren Aufgaben zählt, wenn sie es müssen, wobei man ihnen diesen gesellschaftlichen oder beruflichen Zwang durchaus ansehen kann, er kostet sie viel Kraft. Doch wenn es irgend geht, ziehen sie es vor alleine zu bleiben, im Hintergrund tätig zu werden, keine „unnötigen Kontakte zu riskieren“. Dann fühlen sie sich leichter, leistungsfähiger (was sie durchaus sind). Bei entsprechender Entlastung sieht man ihnen diese Erleichterung förmlich an. Allerdings beschleicht sie oft auch das ungute Gefühl, nicht nur anders zu sein als die anderen sondern damit auch „nicht dazugehören“ zu dürfen – ein Teufelskreis.

Und selbst wenn sie ihre Umgebung inzwischen besser kennen, bleibt doch ihre soziale Angst weitgehend bestehen. Denn es ist nicht nur die Unfähigkeit mit den anderen vertraut zu werden (was nicht nur mit „sich trauen“, sondern eben auch subjektiv mit „kann man dem trauen?“ zusammenhängt). Es belastet ggf. auch ein unnatürliches Misstrauen, bis hin zu gelegentlich wahnhaft erscheinenden Ideen (Stichwort: Was hat der andere vor und was droht mir damit?). Das ändert sich auch nicht im Laufe einer um Vertrauen bemühten Atmosphäre, z. B. bei einem gemeinsamen Essen. Patienten mit einer schizotypen Persönlichkeitsstörung werden im Laufe des Abends nicht entspannter, zugewandter, aufgeschossener und heiterer, sondern oftmals immer nervöser, angespannter, ja misstrauischer bis gar (unterschwellig) reizbar-aggressiv oder feindselig. Dies betrifft im Übrigen nicht nur engere zwischenmenschliche oder gesellschaftliche, sondern auch berufliche Situationen. Und da man mit einem solchen Menschen notgedrungen nicht so recht „warm“ wird und ihn deshalb

eher meidet oder „in Ruhe lässt“, kommt bei dem Betreffenden vielleicht auch noch die fälschliche Annahme auf man möge ihn nicht, wolle ihn abdrängen, ausgrenzen, beiseite schieben, vielleicht sogar „schlecht machen“ oder „verleumden“. Und daher sein Alleinsein, seine Einsamkeit, seine mangelhaften Aufstiegschancen u. a. m.

Da ist natürlich etwas dran, denn der Mensch besteht nicht nur aus Leistung (die jeder gerne nutzt), sondern auch aus einer Wesensart, die eine angenehme zwischenmenschliche Atmosphäre zumindest nicht behindert, am besten aber fördert. Und dies kann man nun von einem Menschen mit schizotypischer Persönlichkeitsstruktur kaum behaupten, auch wenn er dies spürt bzw. zu spüren bekommt und ggf. zu lindern versucht. Das ist zwar eine Frage der Ausprägung des Leidens und besagt: In „verdünnter“ Form kann man durchaus etwas dagegen tun, im Extremzustand wohl nicht. Was aber grundsätzlich bleibt ist die Unsicherheit der anderen, „ob er es schafft, so zu reagieren wie andere, normale Menschen auch“ oder wieder einmal nicht. Und man fühlt sich dabei stets unwohl, verunsichert, wenn nicht gar brüskiert, verärgert oder hilflos-wütend. Und selbst wenn er diese negativen Eigenschaften zu zügeln in der Lage ist, spürt man geradezu schuldbewusst die Anstrengung, die es ihn kostet, um freundlich-zugewandt zu sein, wie es unter den alltäglichen Bedingungen üblich ist bzw. wie man es unter „normalen Menschen“ verlangen darf.

Außerdem kann hier ein zweiter Punkt sehr unangenehm aufstoßen, nämlich der **äußere Eindruck**, den die Betreffenden häufig bieten. Das reicht von der nachlässigen (und zwar *nicht* modisch betont saloppen) Kleidung, manchmal sogar fleckig oder verdreckt bis hin zu grotesken Aufzügen (wiederum nicht modisch bestimmt, sondern „skurril“) und schließt auch die Hygiene mit ein, die bisweilen sehr zu leiden hat. Beides muss – nebenbei gesagt – nicht so sein, fällt aber doch bei diesen Menschen häufiger auf, als einem lieb ist.

Und auch das bewusste Übersehen oder gewollte Übergehen der jeweiligen sozialen Konventionen, die neben der Leistung über das Fortkommen entscheiden, von der zwischenmenschlichen Atmosphäre im Alltag einmal ganz abgesehen, tragen so manches zur allgemeinen Irritation bei – und zwar nachhaltiger, als den meisten Patienten klar zu sein scheint. Hier zeigt sich dann auch, dass es eine unselige Mischung aus Nicht-Können, aus Nicht-Wollen und aus Nicht-Erkennen ist, die hier – krankheitsbedingt – ein Leben nachhaltig zu belasten bzw. zu zerstören vermag.

Zu den mitentscheidenden Faktoren, und zwar an erster Stelle (zuerst der optische, dann der akustische erste Eindruck), gehört auch die **Sprache**. Über die Form (z. B. ungewöhnliche Sprachmelodie, d. h. eigenartige Betonung beim Sprechen mit unerwarteten Pausen dazwischen, Störung der Artikulation, also der Formung der Sprachlaute, besonderer Silbenfluss, also verlangsamt, beschleunigt u. a.) mag sich hier noch nicht soviel Unheil zusammenbrauen, wohl aber bezüglich des Inhalts. Denn auch hier drohen Überraschungen. Die

Sprache kann nämlich recht ungewöhnlich ausfallen und – wie die Fachleute es ausdrücken – idiosynkratische Ausdrücke oder Konstruktionen enthalten. Auf deutsch: eine unüberwindliche Abneigung, ja einen regelrechten Widerwillen gegenüber bestimmten Gegenständen, Anschauungen oder Personen signalisieren.

Das reicht bereits aus, um sich nach und nach zu isolieren. Noch riskanter aber wird es, wenn der Betreffende sich nicht nur vage oder weitschweifig, sondern gar „grenzwertig aufgelockert“ äußert, d. h. es fehlt im zwischenmenschlichen Kontakt verwirrend häufig am nachvollziehbaren Zusammenhang des Gesagten, er wirkt schwer begreifbar, vielleicht sogar verwirrt bis verrückt.

Wirkliche sprachliche „Entgleisungen“ oder gar eine so genannte „Inkohärenz“ (Zusammenhanglosigkeit des Gesprochenen), wie sie bei schizophren Erkrankten möglich sind, kommen jedoch bei schizotypischen Persönlichkeiten nicht vor. Was jedoch durchaus irritieren kann, sind entweder so genannte „überkonkrete“, wenn nicht gar „abstrakt“ wirkende Antworten, d. h. irgendwie gekünstelt, eigenwillig, „neu“, „sonderbar“, „konstruiert“, auf jeden Fall „gewöhnungsbedürftig“. So werden beispielsweise Worte und Sätze in unüblicher Weise gebraucht, bis hin zu völlig unbekanntem Satz-Konstruktionen, die ganz offensichtlich einem privaten Wortschatz, wenn nicht gar einem „geisteskranken Gehirn“ entstammen müssen (Zitat).

Bis hierher war es vielleicht „grenzwertig“, aber tolerierbar, was gedacht, gefragt, geantwortet, (über-)reagiert oder offenkundig nicht reagiert wurde. Es kann aber auch den Rahmen des „es könnte noch normal sein“, vor allem in einer ohnehin „abgehobenen Umwelt“ (crazy is in) sprengen, teils schleichend, teils auch überraschend deutlich:

Von **Misstrauen** oder gar **reizbar-aggressiver Feindseligkeit** war bereits die Rede. Darüber hinaus aber sind bei schizotypischen Persönlichkeitsstörungen auch **paranoide (wahnhaft) Ideen** möglich. Und **seltsame Glaubensinhalte**, ja die Neigung zu „magischem Denken“, und zwar über das hinaus, was in manchen Kreisen derzeit wieder Mode wird. Ganz zu schweigen von der subjektiven Meinung über „Fähigkeiten“ zu verfügen, die nicht nur das jeweilige Verhalten beeinflussen, sondern jetzt durchaus deutlich im Widerspruch zur aktuellen kulturellen oder gesellschaftlichen Norm stehen (s. u.). Oder kurz und auf deutsch: schrullig, komisch, verschoben, verklemmt, übergeschnappt, verrückt, durchgedreht oder – wie die härtesten Bezeichnungen in der Allgemeinheit zu sein pflegen – geistesgestört, geisteskrank oder gar schwachsinnig.

So hart diese Begriffe auch ausfallen mögen (wobei ordinäre Bezeichnungen gar nicht erwähnt wurden), so sehr muss man auch ein mitunter überaus verwundertes Umfeld verstehen, das nicht aus reiner Lust am „niedermachen“ (Stigmatisierungs- oder gar Diskriminierungsneigung), sondern aus echter

Verwunderung heraus, wenn nicht gar erobst bis wütend reagiert. Denn Menschen mit schizotypischer Persönlichkeitsstörung haben auch gar nicht so selten regelrechte **Beziehungsideen**, d. h. sie interpretieren zufällige oder alltägliche Vorkommnisse oder äußere Ereignisse falsch, so als ob sie eine besondere und ungewöhnliche Bedeutung hätten und dies konkret und speziell für den Betreffenden entweder negativ (dann mit entsprechenden Folgen) oder positiv (was sich meist weniger problematisch anlässt).

Solche Beziehungsideen haben allerdings noch nichts mit einem Beziehungswahn zu tun, an dem mit wahnhafter Überzeugung unbeirrbar festgehalten werden muss. Ein Beziehungswahn ist zwar eindeutig krankhaft. Dafür erscheint er aber – das mag auf den ersten Blick etwas verwirren –, im Meinungsbild der Allgemeinheit und damit für das zwischenmenschliche Verhältnis zwischen Patient und Umfeld sogar günstiger. Warum? Wenn ein Wahn einmal als Wahn, d. h. eindeutig krankhaft aufgefallen und als Krankheit akzeptiert wurde, dann reagieren die Menschen schon vorsichtiger, im Einzelfall sogar verständnisvoller, handelt es sich doch um einen ganz offensichtlich „geistig Verwirrten“, den man nicht mit „normalen Maßstäben“ messen kann.

Das ist aber bei den meisten Beziehungsideen nicht so eindeutig durchschaubar und wird deshalb auch eher mit herkömmlichen Maßstäben beurteilt und mangels Verständnis für die krankhaften Hintergründe auch unnachdsichtig verurteilt. Mit anderen Worten: Massive Beeinträchtigungen können fürs Erste vorteilhafter ausfallen als „grenzwertige“, die nicht mit Verständnis („krank“), sondern Verurteilung verbunden sind, weil das Umfeld in diesem Punkt psychiatrisch-fachlich überfordert ist

Ähnliches gilt für die „absonderliche“ Neigung, sich von abergläubischen oder „paranormalen“ Phänomenen so in Beschlag nehmen zu lassen, so dass selbst durch zwingende Vernunftgründe oder „gütliches Zureden“ kein Entrinnen mehr möglich zu sein scheint.

Natürlich sind hier, wie bei allen anderen individuellen Einschätzungen, Reaktionen und Verhaltensweisen jene Normen zu berücksichtigen, die die jeweilige kulturelle bzw. gesellschaftliche Ausgangslage nahe legen. Das kann gerade in unserer Zeit und Gesellschaft ein durchaus dehnbarer Aspekt sein, der wenigstens in dieser Hinsicht den Betroffenen zu Gute kommt. Doch irgendwann sind auch hier die Toleranzgrenzen erreicht, die Umgebung fängt an nachdenklich, beunruhigt, besorgt, skeptisch, vielleicht sogar ironisch, zynisch oder sarkastisch bis wütend zu reagieren.

Das droht nicht zuletzt dann, wenn Patienten mit einer schizotypischen Persönlichkeitsstörung das Gefühl entwickeln, über besondere Kräfte und Fähigkeiten zu verfügen, beispielsweise Geschehnisse voraus zu sehen und die Gedanken anderer zu lesen. Ja, sie können der Meinung sein, die magische Kontrolle über ihre Mitbürger zu erlangen, Vorhersagen zu machen, dunkle Interpretationen mit folgenreicher Schlussfolgerung zu ziehen u. a.

Dabei knüpfen sie in der Regel an Alltäglichkeiten an, die in der Allgemeinheit als unerheblich, auf jeden Fall aber aus der jeweiligen Situation heraus als natürlich bis nachvollziehbar oder gar zwingend erscheinen. Man ist also schon über eine ganz offensichtlich unnötige bzw. nicht situationsgerechte Interpretation von Ereignissen irritiert, die sich offenbar nur dem – bisher noch nicht als krank erkannten – Persönlichkeitsgestörten aufdrängen (Kommentar: „Was soll der Unsinn?“).

In diesem Zusammenhang fallen auch häufig ein zwanghaftes Grübeln oder gar bestimmte Zwangshandlungen auf. Für sich allein genommen müssen sie noch kein größeres Aufsehen erregen. Das ändert sich aber dann, wenn sie vom Patienten als potentiell schädigende Einflüsse interpretiert und dadurch neutralisiert werden, dass man sie als magische Rituale einsetzt, was dann natürlich als lächerlich bis ärgerlich empfunden werden kann.

Gequält werden viele Betroffenen schließlich auch noch von gedanklichen Zwangsinhalten was Sexualität, Aggressivität, ja sogar ungewöhnliche Wahrnehmungsinhalte anbelangt. Dazu gehören beispielsweise **Körpergefühlsstörungen, illusionäre Verkennungen** (normale Eindrücke, die aber krankhaft umgedeutet werden), vor allem aber die nachvollziehbar verwirrenden bis in Panik versetzenden krankhaften Phänomene von **Depersonalisation** (bin ich noch ich selber?) oder **Derealisation** (alles so sonderbar, komisch, eigenartig).

Zu den schwerwiegendsten Beeinträchtigungen gehören die so genannten **Wahrnehmungsveränderungen**, also Sinnestäuschungen, bei denen natürliche Wahrnehmungen krankhaft verändert erscheinen: alles zu groß, zu klein, verzerrt in Größe und Gestalt u. a. Das sind dann zwar vorübergehende, aber doch zumindest psychose-nahe Episoden (also wie bei einer schizophrenen Psychose). Wenn dann noch intensive illusionäre Verkennungen (s. o.), ja akustische (Gehörs-) oder andere Halluzinationen sowie wahnähnliche Ideen hinzukommen, dann wird dieses Krankheitsbild schwer erträglich, und zwar sowohl für den Betroffenen als auch für seine ratlose Umgebung. Die Langzeitfolgen kann man sich denken.

So gesehen ist das Beschwerdebild einer schizotypischen Persönlichkeitsstörung eine gewaltige Belastung, wie man dies von eindeutig schizophrenen und vor allem im Alltag auffallenden Erkrankten her kennt. Andererseits aber „nur“ in einer Form, Häufigkeit und Ausprägung, wie sie ggf. noch tolerierbar sein könnte – sofern sich alles in einem halbwegs akzeptablen Rahmen bewegt und nach relativ kurzer Zeit wieder normalisiert. „Man müsste doch irgendwann wieder einmal Vernunft annehmen können“ (Zitat). Doch das konsequent (!) zu kontrollieren ist dem Betroffenen in der Regel nicht gegeben. Denn gerade die psychose-nahen Symptome (s. o.) treten im Allgemeinen ohne äußere Veranlassung, ohne Vorwarnung und oft in den heikelsten Situationen auf – mit allen Folgen. Und sie münden meist in das, was viele dieser

Kranken letztlich und damit definitiv und lebenslang prägt, nämlich Rückzug, Isolation und Vereinsamung.

Fließende Übergänge zur Normalität – kreativer Schub?

Nach all dem könnte man meinen, hier handele es sich nun aber wirklich um eine besonders abnorme seelische Störung, vor allem wenn man die nachfolgenden charakteristischen Eigenheiten dieses Leidens überfliegt. Doch so einfach liegen die Dinge nicht – wie so oft in der Seelenheilkunde. Deshalb zuvor ein Einschub, der das ganze wieder relativiert (und vor allem die Probleme einer exakten Diagnose und damit nachfolgenden Therapie deutlich macht):

Es gibt nämlich bei der schizotypischen Persönlichkeitsstörung nicht nur fließende Übergänge zur Normalität (wenngleich vielleicht ein wenig „abgehoben“), es gibt auch die Möglichkeit zu fruchtbarer Kreativität, denn gerade solche Persönlichkeitsstrukturen können durchaus konstruktiv sensibel, ahnungsvoll und beispielsweise künstlerisch produktiv sein. Zwar reagieren sie insbesondere im zwischenmenschlichen Bereich hochgradig empfindsam, fühlen sich in Gesellschaft anderer eher unwohl und fallen häufig als Einzelgänger auf. Dies aber muss nicht nur negative Folgen haben. Denn wenn eine künstlerische Begabung hinzukommt, ist sie in solchen psychosozialen Konstellationen nicht selten besonders ergiebig („zurückgezogen zwar, aber damit auch unbeeinflussbar, unverbraucht und voller Schaffenskraft“). Das kann man in den Biographien so mancher Maler, Musiker, Schriftsteller, Bildhauer und anderer Künstler nachlesen (z. B. in den berühmten Pathographien von W. Lange-Eichbaum und W. Kurth in 11 Bänden mit dem (heute vielleicht nicht mehr ganz so zeitgemäß erscheinenden) Titel: Genie, Irrsinn und Ruhm, 1985 bis 1996.

Berufe oder Berufungen mit Kontaktzwang mögen bei schizotypisch Erkrankten ihre Probleme machen, wer hingegen die Einsamkeit als gestalterische Grundlage braucht, kann mit einer solchen Wesenart durchaus erfolgreich sein. Ähnliches gilt übrigens auch für nicht wenige „Forscher-Naturen“ in wissenschaftlich ergiebiger Zurückgezogenheit.

Oder auch hier in wenigen Worten: Schizotypische Eigenheiten müssen nicht grundsätzlich hindernd, befremdend, belastend, quälend oder gar zerstörerisch sein. Sie können auch einer fruchtbaren Kreativität zum Durchbruch verhelfen, nicht zuletzt durch den kräftesparenden Rückzug in und zu sich selber – im Interesse von Gesellschaft, Kultur und wissenschaftlichem Fortschritt. Ob das dann auch dem Betreffenden voll zugute kommt, bleibt eine andere Frage. Möglicherweise hätte er persönlich mehr vom Leben, wenn er erfolgreich *und* „normal“ kontaktfähig wäre.

Charakteristische Besonderheiten des schizotypischen Beschwerdebildes

Drei für Diagnose und Therapie interessante Aspekte sind es noch, die das schizotypische Beschwerdebild charakterisieren sollen, was vor allem die psychosozialen Folgen anbelangt. Im Einzelnen (nach P. Fiedler):

- **Depersonalisations-Angst:** Unter einer Depersonalisation versteht man – wie bereits erwähnt – das Gefühl von „ich bin nicht mehr ich selber“, „irgend etwas ist mit mir los, dass mich vom normalen Fühlen, Denken und damit Kommunizieren, Einordnen, Leistung erbringen usw. abzudrängen droht“.

Die Psychiater sprechen von unterschiedlichen Ich-Erlebnisstörungen. Beispiele: sich selbst ferne, entfremdet, unvertraut, schattenhaft, unlebendig und unwirklich vorkommend sein u. a.

Bei genauem Nachfragen zeigt sich dann, dass diese Entfremdung von sich selber (De-Personalisation) auch eine Entfremdung der menschlichen und sachlichen Umwelt nach sich zieht (De-Realisation). Sehr treffend auch die Konsequenzen, ausgedrückt in der Charakterisierung: „Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit“ oder auf deutsch: Alles ist plötzlich anders – aber wie und warum eigentlich? Und vor allem: Was heißt das für mich und wie gehe ich damit um – insbesondere im Alltag?

Die Angst vor solchen Entfremdungs-Phänomenen führt gerade bei schizotypischen Beschwerdebildern dazu, jene Situationen zu meiden, in denen so etwas ausgelöst, besonders irritierend, peinlich oder quälend sein könnte, vor allem aber zwischenmenschliche Situationen, in denen ggf. ausgeprägte Gemütsregungen zu erwarten sind. Die Betroffenen werden sich also bemühen, aufwühlende Erfahrungen zu umgehen.

So etwas nennen die Fachleute eine „Affekt-Vermeidung“ (Affekt = Gefühl, Gemüt, Stimmung, in der Allgemeinsprache eine eher unkontrollierte Gefühlswallung mit entsprechenden Folgen). Diese Affekt-Vermeidung wird besonders bei schizophren Erkrankten beobachtet und ohne nähere Kenntnisse von Patient und Leidensbild rasch negativ interpretiert, nämlich als Mangel oder Verlust gemütsmäßiger Ansprechbarkeit und zwischenmenschlicher Schwingungsfähigkeit (genereller Vorwurf: borniert, „wurstig“). Die Betroffenen erscheinen dann gemütsarm bis gemütskalt, lieblos, gleichgültig, teilnahmslos, manchmal sogar kaltherzig, schamlos oder brutal.

Je nach Person kann dies bei entsprechender Wesensart durchaus zutreffen, in der Mehrzahl der Fälle wohl aber nicht, vor allem nicht auf Dauer bewusst und gewünscht, denn die negativen Konsequenzen in Partnerschaft, Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis und am Arbeitsplatz liegen auf der Hand.

Bei den schizotypischen Patienten handelt es sich darüber hinaus noch auf der Basis einer biologischen Anlage um eine regelrecht eingeübte „Sicherheits-Distanzierung“. Diese dient dem Schutz vor gefühlsmäßiger Überflutung und damit Verunsicherung im Alltag. Denn sie haben – ähnlich, wenn nicht ganz so ausgeprägt wie bei schizophren Erkrankten – eine Art „Filter-Störung“. Damit können sie Gedanken und Gefühle nicht so wirkungsvoll werten, einordnen und vor allem das aussortieren, was sich für sie als nicht wesentlich herausstellt. Sie sind also ständig in Gefahr „überflutet“ zu werden. Damit sind sie auch ununterbrochen negativen Gefühlen gleichsam hilflos ausgeliefert und geraten damit rasch in Bedrängnis. Also bauen sie um sich herum eine Art „seelischen Wall“ auf, um dieses Zuviel an nicht aussortierbaren Belastungen und damit letztlich einen Zusammenbruch mangels sinnvoll gespeicherter und nur gezielt genutzter Kraft-Reserven zu vermeiden.

Leider führt diese aktive Aussortierung auch zur Vermeidung und damit zum Defizit gemütsmäßiger Erfahrungen, und damit auf längere Sicht zu einer zwischenmenschlichen, gesellschaftlichen und manchmal auch beruflichen Unsicherheit, die den zu erwartenden Teufelskreis noch mehr anheizt. Denn wenn man nicht täglich „trainiert“, seine Erlebnisse und damit Erfahrungen gefühlsmäßig richtig einzuschätzen, konkret zu beurteilen und damit zu ordnen und für die Zukunft zweckmäßig verfügbar zu halten, dann fehlt einem am Schluss jene Routine im „zwischenmenschlichen Gefühlshaushalt“, die jeder Gesunde von sich aus und ohne großes Nachdenken üben, praktizieren und nutzen darf.

Bei den schizotypischen Patienten wird auf jeden Fall eines deutlich: Mit dieser Verunsicherung aufgrund entsprechender Gemütsstrukturen bzw. -strategien lassen sich auch eine Reihe eigentümlicher Verhaltensweisen erklären. Beispiele: Beziehungsideen, seltsame Glaubensinhalte bis hin zum magischen Denken u. a. (Einzelheiten s. o.).

- **Intellektuelle und körperliche Irritationen:** Viele der subjektiv erlebten Störungen betreffen auch die Aufmerksamkeits- und Informationsverarbeitung (Fachbegriff: kognitive Leistungsfähigkeit). Auch dies ist dem Gesunden von Natur aus gegeben, darüber denkt keiner länger nach. Schizotypisch Erkrankte aber sind vor allem in zwischenmenschlichen Auseinandersetzungen und Krisen nur schwer in der Lage, ihrem Denken eine logische Ordnung zu geben. Das aber ist wichtig, und zwar wiederum aus den gleichen Überlegungen heraus: Bedeutsame und weniger wesentliche Informationen trennen können um danach seine Reaktion auszurichten, vor allem auf möglichst energie-sparende Weise. Ist dies nicht der Fall, sind aufgrund ständiger Überforderungen die seelischen, geistigen und sogar körperlichen Reserven bald aufgebraucht. Es drohen Müdigkeit, Mattigkeit, rasche Erschöpfbarkeit, und auch das auf allen drei Ebenen, nämlich seelisch, geistige und körperlich – mit den dann wieder psychosozial beeinträchtigenden Folgen.

Was die körperlichen Belastungen anbelangt, so klagen schizotypische Patienten nicht selten über so genannte *somatoforme Beeinträchtigungen*. Das ist ein neuer Fachbegriff, der auch für die frühere Bezeichnung „psychosomatische Störungen“ steht. Und dies heißt soviel wie: Unverarbeitete seelische Konflikte äußern sich körperlich, z. B. was Kopf, Herz-Kreislauf, Magen-Darm, Wirbelsäule und Gelenke u. a. anbelangt – aber ohne organisch nachweisbaren Grund.

Wenn also ständig solche nicht nachweisbaren körperlichen Beschwerden ertragen werden müssen, dann ist das schon für nicht-schizotypisch Erkrankte ein Problem, für diese Patienten aber noch mehr. Denn die haben ja die Eigenart, für ihre körperlichen Beschwerden ebenfalls Gründe zu suchen, allerdings weniger bei sich, mehr durch äußere Auslöser, insbesondere aber andere Menschen verursacht. Das kann natürlich rasch zu Auseinandersetzungen führen („unverfroren“) und einen Teufelskreis anheizen („meiden“).

Diese unterschiedliche Einstellung, was die Suche nach dem „Schuldigen“ anbelangt, wenn es sich um psychosomatisch interpretierbare Krankheitszeichen handelt, ist übrigens ein gutes Abgrenzungsmerkmal bei schizophrenen und auch schizotypisch Erkrankten gegenüber rein psychosomatisch (somatoform) Betroffenen und Gesunden, die in dieser Hinsicht aber auch nur leichtere Beeinträchtigungen erdulden müssen. Letztere suchen die Gründe eher bei sich, ihren eigenen seelischen, körperlichen und psychosozialen Schwachpunkten. Schizophrene und schizotypische Patienten hingegen neigen – wie erwähnt – öfter dazu, äußerliche Ursachen zu verdächtigen, was sowohl vermutete technische als auch menschliche Belastungsfaktoren anbelangt. Die Folgen kann man sich denken (s. o.).

- **Verhaltensdefizite und sozialer Rückzug:** Diese unglücklichen Strategien führen zum dritten Schwerpunkt des Leidensbildes, nämlich zu zwischenmenschlichen Auffälligkeiten und – die Umwelt lässt sich das nicht lange gefallen – zu den schon mehrfach erwähnten End-Folgen: Rückzug und damit Isolationsgefahr. Denn die Familie, Freunde, Nachbarn und Arbeitskollegen empfinden diesen ständig nach Ursachen für die eigenen Befindlichkeitsstörungen suchenden Argwohn als befremdlich, anmaßend oder gar verstiegen bis exzentrisch (überspannt), vor allem wenn er sich mit versteckten oder gar offenen Vorwürfen gepaart findet. Also ziehen sich die Bezugspersonen ihrerseits zurück, meiden den Kontakt mit dem schizotypisch Erkrankten (der aber als Kranker gar nicht erkannt wird, nur als belastend bis boshaft), isolieren ihn dadurch und drängen ihn noch mehr in Argwohn, wenn nicht gar Furchtsamkeit bis hin zu panischen Ängsten. Das aber bestätigt den Patienten in seinen irrtümlichen (krankhaften) Vermutungen, erhöht seine seelische Verletzlichkeit und untergräbt das ohnehin nur unzureichend kontrollierbare Gefühlsleben.

Den Ausgleich für diese instabile Gemütslage suchen die Betroffenen dann oftmals ausgerechnet wieder in jenen folgenschweren Hilfs-Konstruktionen, die

ihnen wiederum am meisten schaden werden: Misstrauen gegen aufrichtig unterstützungswillige Mitmenschen auf der einen und abergläubisch anmutende, wenn nicht gar wahnhafte Vorstellungen auf der anderen Seite. Bisweilen werden sie auch zur leichten Beute sektiererischer oder sonst wie suspekter gesellschaftlicher Strömungen und Organisationen.

Im Extremfall drohen dann auch noch die erwähnten Depersonalisations-Erfahrungen, die – wie der Fachbegriff lautet – einer psychotischen Dekompensation sehr ähnlich sind oder gar psychotisch „abirren“ können, d.h. in Wahn, Ich-Störungen, Sinnestäuschungen u. a.

Die Konsequenz ist eine immer häufigere und insbesondere in kritischen Situationen grundsätzliche Vermeidung zwischenmenschlicher Kontakte, was nach und nach zu einem sozialen Defizit führt. Oder auf deutsch: Das zwischenmenschliche Alltagstraining fällt weg, der Betroffene wird und wirkt hilflos, sonderbar, „ver-rückt“, „irr“. So etwas lässt sich auch später nur sehr schwer wieder korrigieren. Derlei vergisst niemand so schnell und bleibt – selbst bei gutem Willen und ausreichendem Fachwissen – auch in Zukunft lieber auf Distanz. Dieser Ablauf erklärt auch gelegentliche Entwicklungsrückstände der schizotypisch Erkrankten im Bereich der so genannten zwischenmenschlichen Kompetenzen („Alltags-Sachverstand“ → „Alltags-Routine“).

Das führt letztendlich dazu, dass sogar alltägliche gemütsmäßige, d.h. zwischenmenschliche, konkret gesellschaftliche und berufliche Umgangsformen nicht oder nur verzögert erlernt und gefestigt werden – nur um eine verstärkte Verletzlichkeit zu vermeiden. Und dies hat zur Folge, dass sich die erwähnten Verhaltensdefizite, insbesondere aber die irritierende Gemüts-Verarmung ständig vergrößern und das Risiko der seelischen Verwundbarkeit (Fachbegriff: Vulnerabilität) ansteigt, bis vielleicht eine wirkliche psychotische Störung mit den erwähnten Hauptsymptomen Wahn, Sinnestäuschungen, Ich-Störung u. a. ausbricht. Gelegentlich entwickelt sich sogar ein eindeutige Schizophrenie. Dann wissen plötzlich alle Bescheid oder haben es „schon immer geahnt“.

Definition und Klassifikation der schizotypischen Persönlichkeitsstörung / schizotypen Störung

● Diagnostische Kriterien für die schizotypische Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV-TR nach der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA)

A. Ein tiefgreifendes Muster sozialer und zwischenmenschlicher Defizite, das durch akutes Unbehagen in und mangelnde Fähigkeit zu engen Beziehungen gekennzeichnet ist. Weiterhin treten Verzerrungen der Wahrnehmung oder des Denkens und eigentümliches Verhalten auf. Die Störung beginnt

im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich in verschiedenen Situationen. Wenigstens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

- (1) Beziehungsideen (jedoch kein Beziehungswahn),
- (2) seltsame Überzeugungen oder magische Denkinhalte, die das Verhalten beeinflussen und nicht mit den Normen der jeweiligen subkulturellen Gruppen übereinstimmen (z. B. Aberglaube, Glaube an Hellseherei, Telepathie oder an den „sechsten Sinn“; bei Kindern und Heranwachsenden bizarre Phantasien und Beschäftigungen),
- (3) ungewöhnliche Wahrnehmungserfahrungen einschließlich körperbezogener Illusionen,
- (4) seltsame Denk- und Sprechweise (z. B. vage, umständlich, metaphorisch, übergenau, stereotyp),
- (5) Argwohn oder paranoide Vorstellungen,
- (6) inadäquater oder eingeschränkter Affekt,
- (7) Verhalten oder äußere Erscheinung sind seltsam, exzentrisch oder merkwürdig,
- (8) Mangel an engen Freunden oder Vertrauten außer Verwandten ersten Grades,
- (9) ausgeprägte soziale Angst, die nicht in zunehmender Vertrautheit abnimmt und die eher mit paranoiden Befürchtungen als mit negativer Selbstbeurteilung zusammenhängt.

B. Tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Schizophrenie, einer affektiven Störung mit psychotischen Merkmalen, einer anderen psychotischen Störung oder tiefgreifenden Entwicklungsstörung auf.

● **Diagnostische Kriterien für die schizotype Störung nach dem ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO)**

Eine Störung mit exzentrischem Verhalten und Anomalien des Denkens und der Stimmung, die schizophren wirken, obwohl nie eindeutige und charakteristische Symptome aufgetreten sind. Es gibt kein beherrschendes oder typisches Merkmal; jedes der folgenden kann vorhanden sein:

1. Inadäquater oder eingeschränkter Affekt (der Patient erscheint kalt und unnahbar).
2. Seltsame(s), exzentrische(s) und eigentümliche(s) Verhalten und Erscheinung.
3. Wenig soziale Bezüge und Tendenz zu sozialem Rückzug.
4. Seltsame Glaubensinhalte und magisches Denken, die das Verhalten beeinflussen und im Widerspruch zu (sub)kulturellen Normen stehen.
5. Misstrauen oder paranoide Ideen.
6. Zwanghaftes Grübeln ohne inneren Widerstand, oft mit dysmorphophoben, sexuellen oder aggressiven Inhalten.

7. Ungewöhnliche Wahrnehmungsinhalte mit Körpergefühlsstörungen oder anderen Illusionen, mit Depersonalisations- oder Derealisationserleben.
8. Denken und Sprache vage, umständlich, metaphorisch, gekünstelt, stereotyp oder anders seltsam, ohne ausgeprägte Zerfahrenheit.
9. Gelegentlich vorübergehende quasi-psychotische Episoden mit intensiven Illusionen, akustischen und anderen Halluzinationen und wahnähnlichen Ideen; diese Episoden treten im Allgemeinen ohne äußere Veranlassung auf.

Die Störung zeigt einen chronischen Verlauf mit unterschiedlicher Intensität. Gelegentlich entwickelt sich eine eindeutige Schizophrenie. Es lässt sich kein exakter Beginn feststellen; Entwicklung und Verlauf entsprechen gewöhnlich einer Persönlichkeitsstörung. Sie findet sich häufiger bei Personen mit manifest schizophren Erkrankten in der Familie. Man nimmt an, dass sie einen Teil des genetischen „Spektrums“ der Schizophrenie verkörpert.

● HÄUFIGKEIT – GESCHLECHT – ALTER – FAMILIÄRES VERTEILUNGSMUSTER

Über die *Häufigkeit* der schizotypischen Persönlichkeitsstörung gibt es zwar aus US-amerikanischer Sicht entsprechende Vermutungen, doch pflegt man hier international noch etwas zurückhaltend zu sein. Der Grund liegt nicht zuletzt darin, dass beispielsweise die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrer Internationalen Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 empfiehlt, die schizotypen Störungen (wie es dort genannt wird) nicht im Allgemeinen Alltag von Klinik und Praxis diagnostisch und therapeutisch anzuwenden, da noch keine klaren Grenzen zur Schizophrenia simplex oder zu den schizoiden bzw. paranoiden Persönlichkeitsstörungen herausgearbeitet werden konnten (Einzelheiten dazu siehe Einleitung).

- Wenn allerdings *Häufigkeitsangaben* gemacht werden, dann liegen sie bei etwa 3% der Gesamtbevölkerung.
- *Altersmäßig* sind alle Gruppierungen betroffen, zumal sich die schizotypische Persönlichkeitsstörung schon in Kindheit und Jugend, spätestens im frühen Erwachsenenalter äußern kann.

Dabei – dies sei für das Kapitel „Beschwerdebild“ ergänzt – erscheinen schon entsprechend betroffene Kinder als merkwürdig oder eigentümlich und ziehen deshalb gehäuft Hänseleien auf sich. Sie haben auch wenig Freundschaften mit Gleichaltrigen, geraten rasch in Isolation und damit Einsamkeit, entwickeln soziale Ängste (z. B. für andere Menschen schlechthin), fallen öfter durch schlechtere Schulleistungen auf, reagieren insgesamt übersensibel und äußern nicht selten schon in diesem Alter außergewöhnliche Denk- und Sprechweisen, bizarre Phantasien.

Außerdem kann es als Reaktion auf entsprechende Belastungen schon bei Kindern und Jugendlichen zu vorübergehenden psychotischen Episoden kommen (z. B. Wahn und Sinnestäuschungen), die allerdings nur Minuten bis maximal einige Stunden andauern, selten länger.

Im Allgemeinen beginnt das Leiden aber im frühen Erwachsenenalter und hat dann einen relativ stabilen Krankheitsverlauf. Nur wenige Betroffene entwickeln eine Schizophrenie oder sonstige psychotische Störungen.

- *Geschlechtsspezifisch* findet man die schizotypische Persönlichkeitsstörung – zumindest nach dem derzeitigen Wissensstand – bei Männern etwas häufiger als bei Frauen.
- Das *familiäre Verteilungsmuster*, das auf eine erbliche (Fachbegriff: hereditäre) Belastung verweist, besagt nach dem aktuellen Stand der Forschung folgendes: Die schizotypische Persönlichkeitsstörung scheint familiär gehäuft aufzutreten und ist bei Verwandten ersten Grades schizophrener Patienten häufiger als in der Normalbevölkerung anzutreffen. Es scheint auch eine leichte Häufung von Schizophrenie oder anderen psychotischen Störungen bei den Angehörigen eines schizotypisch Erkrankten vorzuliegen.

● DIFFERENTIALDIAGNOSTISCHE ASPEKTE – WAS KÖNNTE ES SONST NOCH SEIN?

Schizotypisch Erkrankte gehen nur selten zu ihrem Hausarzt, wenn es sich um seelische Störungen handelt, und schon gar nicht, wenn es mit ihrer „besonderen Wesensart“ zusammenhängen soll (was sie ohnehin lieber mit widrigen Umständen oder unfreundlich gesonnenen Mitmenschen erklären). Und sie nutzen so gut wie nie (freiwillig) die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten eines Psychologen, Psychiaters oder Nervenarztes („bin ich verrückt?“).

Wenn es allerdings einmal zu einer solchen Konsultation kommt (in der Regel über den Hausarzt vermittelt oder wenn der Leidensdruck schließlich zu groß bzw. die psychosozialen, insbesondere zwischenmenschlichen und beruflichen Folgen zu belastend zu werden drohen), dann muss sich der Psychiater oder Nervenarzt erst einmal Gedanken darüber machen, was es sonst noch sein könnte, außer der vermuteten schizotypischen Persönlichkeitsstörung. Das aber ist ein weites Feld, je mehr man weiß, desto umfassender und ggf. verwirrender. Im Einzelnen:

Als Erstes muss man sich mit dem Gedanken vertraut machen, dass gerade bei Persönlichkeitsstörungen, und hier insbesondere bei den schizotypisch

Erkrankten ein Leidensbild zum anderen kommen kann. So etwas nennt man – wie erwähnt – eine Ko-Morbidität, also eine gleichzeitige Belastung durch zwei oder gar mehr Krankheiten. So meint man beispielsweise festgestellt zu haben, dass mehr als die Hälfte der schizotypischen Patienten wenigstens eine depressive Episode erleiden muss. Und sogar die verschiedenen Persönlichkeitsstörungen können gemeinsam auftreten, vor allem die schizoiden, paranoiden, vermeidend-selbstunsicheren und Borderline-Persönlichkeitsstörungen zum schizotypischen Krankheitsbild hinzu.

Wie aber ist das konkret festzustellen bzw. auszuschließen?

- **Persönlichkeitsänderungen durch äußere Beeinträchtigungen:** Wenn von Persönlichkeitsstörungen die Rede ist, dann wird viel zu selten bedacht, dass es auch *Persönlichkeitsänderungen* gibt. Dabei handelt es sich um Phänomene, die sich neben der „seit jeher“ vorbestehenden Persönlichkeitsstörung entwickelt haben. Was kann zu einer *Persönlichkeitsänderung* führen?
 - Zum einen eine schwere andere seelische Störung, z. B. Alkoholismus, Rauschdrogen-Konsum, Medikamenten-Abhängigkeit.
 - Zum anderen eine körperliche Krankheit, die vor allem einen negativen Einfluss auf das Zentrale Nervensystem hat. Beispiele: neurologische Erkrankungen wie Parkinson, Multiple Sklerose, Hirnhaut- bzw. Gehirnentzündung u. a.
 - *Persönlichkeitsänderungen* sind aber auch möglich nach übermäßiger und vor allem lang anhaltender Belastung jeglicher Art, d. h. zwischenmenschlich, beruflich usw.

In solchen Fällen bezieht sich die Änderung der Persönlichkeit dann in der Regel auf das Denken, Wahrnehmen, Verhalten bezüglich Umwelt und eigener Person. Meist handelt es sich um eine nachhaltige traumatische Erfahrung (z. B. posttraumatische Belastungsstörung nach einem Schicksalsschlag, Unfall, Krankheit, Überfall u. a.).

Diese kann sich beispielsweise in Gefühlen der Leere, der Hoffnungslosigkeit, ja sogar in Bedrohtheit und Entfremdung, in misstrauischer bis feindlicher Haltung gegenüber der Umwelt äußern. Dazu kommen psychovegetative Reaktionen mit entsprechenden Beeinträchtigungen wie Schweißausbrüche, wandernde Missempfindungen, Schlafstörungen usw.

In rein seelischer Hinsicht irritieren Interessenschwund, Passivität, hypochondrische Klagen, Stimmungslabilität, ja dauerhafte Miss-Stimmung und Angst. Psychosozial drohen beispielsweise der Einbruch zwischenmenschlicher Beziehungen mit Rückzug und Isolationsgefahr (und die oft felsenfeste

Überzeugung, durch solche Beeinträchtigung seelisch, körperlich und gesellschaftlich benachteiligt, ja stigmatisiert bis diskriminiert worden zu sein).

Schizotypische, zumindest aber ähnlich wirkende Eigenheiten können also auch nach einer längeren seelischen, körperlichen und psychosozialen Belastung auftreten. Das setzt aber voraus, dass vor dem Ereignis keine Persönlichkeitsstörung vorhanden war, dass es sich in diesem Fall „lediglich“ um eine Persönlichkeitsänderung mit nachvollziehbarer Ursache handelt.

- **Autismus und Asperger-Syndrom:** Wenn entsprechende Beeinträchtigungen vorliegen, die bereits im Kindes- und Jugendalter Probleme bereiteten, gilt es auch autistische Störungen, vor allem ein Asperger-Syndrom sowie entsprechende Sprach- und Kommunikationsstörungen in dieser Altersstufe abzuklären. Einzelheiten dazu siehe die Fachliteratur und die entsprechenden Kapitel in dieser Serie.

Hier handelt es sich um auffällige und damit letztlich einsame Kinder, deren Verhalten durch exzentrische (d. h. verstiegene, überspannte) und/oder Sprach-Ungewöhnlichkeiten geprägt ist. Dabei sollten gerade bei Autismus und Asperger-Störungen größere Defizite im Bereich der sozialen Wahrnehmung, der gemütsmäßigen Schwingungsfähigkeit und vor allem die stereotypen Verhaltensweisen und Interessen (z. B. übertriebene Gestik, ständig wiederholte Redewendungen) möglichst rasch an die richtige Diagnose denken lassen. Das aber setzt auf jeden Fall einen Facharzt, hier einen Kinder- und Jugendpsychiater voraus.

- **Schizophrenie vom residualen Typus, wahnhafte Störungen u. a.:** Die Frage „Schizophrenie oder nicht?“ lässt sich im Allgemeinen befriedigend klären. Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel mit inzwischen eindeutigen diagnostischen und differenzialdiagnostischen Kennzeichen. Eine Persönlichkeitsstörung pflegt in der Regel sehr früh aufzufallen, eine schizophrene Psychose oder wahnhafte Störung beim männlichen Geschlecht zwar auch schon in der Jugend, bei Frauen eher später. Schließlich sind es die zusätzlichen charakteristischen psychotischen Symptome (z. B. Wahn und Sinnestäuschungen), die zur richtigen Diagnose führen. Etwas schwieriger wird es bei der abgeklungenen schizophrenen Psychose, bei der noch Rest-Symptome fortauern (Schizophrenie vom residualen (Rest-)Typus). Dort aber hat man dann in der Vorgeschichte den entsprechenden Hinweis auf eine akute schizophrene Psychose mit den erwähnten Symptomen.

Eine schizotypische Persönlichkeitsstörung hingegen kann zwar ebenfalls psychotische Symptome entwickeln (z. B. Wahn, Sinnestäuschungen), in der Regel aber relativ kurz. Dann bleibt wieder das übrig, was schon zuvor auffiel, nämlich die schizotypische Wesensart.

- **Andere Persönlichkeitsstörungen:** Problematischer kann es bei der Frage werden, ob auch andere Persönlichkeitsstörungen eine Rolle spielen. Das ist möglich bzw. gar nicht so selten und derzeit ein Hauptthema des aktuellen Forschungsinteresses. Wo stellen sich also hier die meisten Probleme?
- Bei der **Borderline-Persönlichkeitsstörung** kann es ebenfalls zu vorübergehenden psychose-ähnlichen Krankheitszeichen kommen (s. o.), die aber meist eng mit gemütsmäßigen Beeinträchtigungen und entsprechenden Reaktionen auf (scheinbare) zwischenmenschlichen Belastungen auftreten. Beispiele: intensive Wutreaktionen, Angst, depressive Verstimmungen, Enttäuschung, gelegentlich auch Depersonalisations- und Derealisationsphänomene („ich bin nicht mehr ich“ und „alles ist so sonderbar um mich herum“).

Im Gegensatz dazu haben schizotypisch Erkrankte eher kurz- bis mittelfristige psychose-ähnliche Symptome, die sich vor allem unter (psychosozialer) Belastung noch zu verschlechtern pflegen. Und obwohl Rückzug und Isolationsgefahr auch bei Borderline-Patienten auftreten können, sind sie meist sekundär auf wiederholte zwischenmenschliche Konflikte und insbesondere die erwähnten häufigen Stimmungswechsel und aggressiven Durchbrüche zurückzuführen und weniger das Resultat einer anhaltenden psychosozialen Kontaktschwäche. Auch zeigen schizotypisch Erkrankte nicht die für Borderline-Patienten charakteristischen impulsiven oder manipulierenden (vor allem die anderen benützenden) Verhaltensweisen.

Allerdings scheinen in fast der Hälfte der Fälle beide Krankheitsbilder zusammen vorzukommen, wie zumindest aus einigen Untersuchungen hervorgeht.

Am besten abgrenzbar scheinen

- - bei *schizotypisch Erkrankten* kognitive (geistige) Beeinträchtigungen und insbesondere die Neigung zum magischen Denken, ferner seltsam anmutende Kommunikations-Eigenheiten sowie misstrauisch-wahnhaft Vorstellungen und soziale Ängste.
- - Bei den *Borderline-Persönlichkeitsstörungen* irritieren vor allem Affekt-Durchbrüche (Wut, Enttäuschung, Vorwürfe), selbstschädigendes Verhalten (z. B. Alkohol, Rauschdrogen, Medikamente, auch nicht-stoffgebundene Suchtformen mit hohem Risiko) und insbesondere selbstverletzende Maßnahmen.
- Bei den **schizoiden und paranoiden Persönlichkeitsstörungen** liegen ebenfalls Probleme im zwischenmenschlichen Bereich vor (befremdliche

Distanzierungsneigung und eingeschränkte gefühlsmäßige Zuwendung sowie Schwingungsfähigkeit). Schizotypisch Erkrankte zeigen aber vor allem Verzerrungen des Denkens und Wahrnehmens sowie eine ausgeprägte Exzentrik (Verstiegenheit) und Merkwürdigkeit in Dingen des Alltags, und nicht zuletzt sprachliche Eigenwilligkeiten.

- Bei den **vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörungen** liegt wenigstens ein aktives Verlangen nach zwischenmenschlichen Beziehungen vor, auch wenn es von der Furcht vor Zurückweisung und Demütigung ausgebremst wird. Bei schizotypisch Erkrankten hingegen fehlt der Wunsch nach zwischenmenschlichen Kontakten, das Rückzugsverhalten ist deshalb ein eher durchgängiges Kommunikationsmuster – mit allen Folgen.
- Bei den **narzisstischen Persönlichkeitsstörungen** können zwar ebenfalls Misstrauen, sozialer Rückzug oder Entfremdung irritieren, doch hier entsprechen diese Eigenschaften lediglich der Angst, dass persönlichen Unzulänglichkeiten und Schwächen aufgedeckt werden, was für diese Wesensart schier unerträglich ist. Das aber gerade belastet den schizotypisch Erkrankten am wenigsten, sieht er doch die Probleme in der „unfreundlichen Umwelt“ oder misslichen situativen Bedingungen.
- Und schließlich pflegen bestimmte **schizotypische Merkmale während der Adoleszenz** (also bei Heranwachsenden) eher Ausdruck von vorübergehenden gemütsmäßigen Auffälligkeiten zu sein: soziale Ängstlichkeit, keine engen Freunde, seltsames exzentrisches Verhalten, vages, weitschweifiges oder übermäßig abstraktes, „mystisch befrachtetes“ Denken, unnötiger Argwohn, skeptisches Misstrauen, gemütsmäßige Einschränkungen u. a. Doch alles zeitlich begrenzt und nicht als anhaltende Persönlichkeitsstörung, die das ganze Leben zu beeinträchtigen droht.

● WIE ERKLÄRT MAN SICH EINE SCHIZOTYPISCHE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG?

Die wichtigste Erkenntnis, die alle bisherigen Untersuchungsergebnisse durchzieht, ist der Hinweis auf die erbliche Belastung bzw. das erhöhte genetische Risiko für schizotypische Persönlichkeitsstörungen durch eine Schizophrenie. Entsprechende Studien ergaben den Verdacht, der inzwischen immer häufiger abgesichert zu werden scheint, dass es sich bei beiden Krankheiten um gleiche oder zumindest ähnliche Grundstörungen handelt, die bei der schizophrenen Psychose „durchschlagen“, bei der schizotypischen Persönlichkeitsstörung wahrscheinlich eher unterschwellig und damit durch die Betroffenen besser kontrollierbar bleiben. Bei den wichtigsten ähnlichen krankhaften Phänomenen

handelt es sich vor allem um kognitive, Aufmerksamkeits- bzw. Informationsstörungen, die denen der Schizophrenen weitgehend gleichen.

In noch weiter „verdünnter“ Form ließen sich auch bei sonstigen, nicht schizotypisch erkrankten Angehörigen schizophrener Patienten zwischenmenschlich durchaus auffällige Beeinträchtigungen feststellen: soziale Ängstlichkeit, sprachliche Verstiegenheit, Eigentümlichkeiten im Gemütsleben und in der äußeren Erscheinung u. a. – nur eben noch weniger alltags-belastend und damit auffällig. Vor allem werden diese genetisch nicht so direkt betroffenen Verwandten von den schizophrenie-nahen Grundstörungen verschont, wie sie die schizotypischen Persönlichkeitsstörung heimsucht, nämlich Beziehungs-ideen, Neigung zu magischem Denken sowie ggf. sogar zu ungewöhnlichen Wahrnehmungen.

Oder kurz: Es gibt offenbar eine „Verdünnungsreihe“ entsprechender Symptome im Verwandtenkreis der Schizophrenen, die in einer ersten mildereren Stufe Krankheitszeichen der schizotypischen Persönlichkeitsstörung hinnehmen müssen und in einer zweiten, noch weniger belastenden bestimmte Symptome, die zwar an eine schizotypische Persönlichkeitsstörung erinnern, aber nicht deren Kern-Symptome zu ertragen haben.

Um aber die Komplexität dieses Phänomens beim derzeitigen Stand der Forschung noch zu untermauern, sei nicht verschwiegen, dass es auch Untersuchungen gibt, die kein erhöhtes Risiko für schizotypische Persönlichkeitsstörungen bei Verwandten von Schizophrenen feststellen konnten. Das mündet dann in eine weitere Überlegung, nämlich:

Zwar können die schizotypischen Persönlichkeitsstörungen von der Schizophrenie genetisch (erblich) abgeleitet werden, die Schizophrenie jedoch nicht von der schizotypischen Persönlichkeitsstörung. Damit würde Letztere ihre prämorbid Bedeutung (Hinweis auf Warn-Symptome vor Ausbruch der Krankheit) für Schizophrenie verlieren. Deshalb halten einige Wissenschaftler die schizotypische Persönlichkeitsstörung für ein selbstständiges Krankheitsbild, das zwar manche Berührungspunkte mit der Schizophrenie hat, aber als eigenständiges Leiden geführt werden sollte.

Zu allem hin gibt es aber nicht nur biologische (also die krankhaften Hirnfunktionen betreffende), sondern auch psychologische Erklärungsansätze (die man heute sinnvollerweise zusammen als bio-psychologische Erklärungsstrukturen nutzt, im erweiterten Sinne auch als bio-psycho-sozial bezeichnet).

Diese psychologischen Überlegungen besagen, dass die gleichsam im Wartestand befindlichen schizophrenie-nahen Störungen (z. B. was Denken, Wahrnehmen, aber auch Handlungsansätze anbelangt) ähnlich wie bei der Schizophrenie erst dann „durchschlagen“, wenn die subjektive(!) Belastung für den Betreffenden eine bis dahin tolerierbare Grenze überschreitet. Beispiele: Steigende berufliche Leistungsanforderungen, zwischenmenschliche Aus-

einandersetzungen oder sogar körperliche Belastung durch ernstere Erkrankungen, Unfälle u. a. Dann kann man die Eigenarten der schizotypischen Persönlichkeitsstörung teils als Reaktion auf diese Belastung erklären (vom Unbehagen bis zur ängstlicher Panik), teils als persönlichkeitspezifischen Bewältigungsversuch zum Schutz vor Extrem-Belastungen (beispielsweise in Form sozialen Rückzugs oder als einer Art „gemütsmäßiges Mauern“, um keine kritischen, geschweige denn krankheitsgefährlichen Auseinandersetzungen an sich heranzulassen).

Und auch bezüglich der Kindheitsentwicklung hat man eine Erklärung gefunden, die plausibel erscheint: Man geht nämlich davon aus, dass bei Kindern mit einer schizotypischen Persönlichkeitsstörung eine besondere, vor allem schützende Phantasie ausgebaut wird. Und die könnte bis zur pseudo-halluzinatorischen Erfahrung gehen, also beispielsweise nicht-krankhafte, weil aktiv und bewusst eingesetzte Sinnestäuschungen. Und warum? Weil sich die Betroffenen damit vor unangenehmen geistigen und gemütsmäßigen Erfahrungen abzuschirmen suchen, insbesondere was das gespannte Verhältnis zu Vater, Mutter, Geschwistern u. a. anbelangt. Dies vor allem bei jenen Eltern oder nahen Angehörigen, die selber kühl, zurückhaltend und insbesondere vage in ihrer Erziehung vorgehen, weil sie mit den gleichen Beeinträchtigungen zu kämpfen haben. Ähnliches gelte übrigens auch für übersensible und überängstliche Kinder, die schon früh gezwungen seien sich gegenüber herabsetzenden und geringschätzig auftretenden Erwachsenen durch einen selbst-isolierenden Rückzug zu schützen.

Auf jeden Fall wird bei allen Erklärungsmustern deutlich, dass sich die genetische und psychologische Nähe der schizotypischen Persönlichkeitsstörung zur Schizophrenie zwar nicht in jedem Einzelfall überzeugend, generell aber doch immer konkreter abzuzeichnen scheint. Das erklärt auch die zunehmende Attraktivität, die gerade dieses Forschungsthema in den letzten Jahren gewonnen hat. Deshalb dürfte in absehbarer Zeit mit weiteren wichtigen Erkenntnissen zu rechnen sein – im Interesse der Betroffenen, vor allem was Früh-Diagnose und Therapie, vielleicht sogar Prävention (Vorbeugung) anbelangt.

Denn wenn auch nur wenige Patienten mit dieser genetischen Ausgangslage unter extremer äußerer Belastung schließlich eine ausgeprägte schizophrene Psychose entwickeln, so ist doch die Belastung und damit Krankheitsgefährdung über ein ganzes Leben hinweg nicht zu unterschätzen.

● WIE BEHANDELT MAN EINE SCHIZOTYPISCHE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG?

Auch wenn es durchaus Unterschiede gibt zu den paranoiden (wahnhaften) und schizoiden (ebenfalls der Schizophrenie ähnlichen, allerdings vom Be-

schwerdebild her nicht gleichen) Persönlichkeitsstörung, geht es bei der Behandlung auch hier erst einmal um den vorsichtigen Aufbau einer tragfähigen Beziehung.

Und das ist in diesem Fall besonders schwierig, denn gerade die schizotypischen Persönlichkeitsstörungen weisen den stärksten Beeinträchtigungsgrad auf, vor allem im zwischenmenschlichen Bereich. Dabei ist es insbesondere die ausgeprägte Angst vor Nähe und Bindung, die der Nervenarzt, Psychiater oder Psychologe mit entsprechender Ausbildung zu berücksichtigen hat. So kann die Therapeut-Patient-Beziehung nur langsam intensiviert und der Kontakt nur allmählich enger werden. Insbesondere muss der Therapeut die an sich „befremdlichen“ Gefühle und Reaktionen des Patienten verstehen lernen und ihm dabei helfen, diese in wachsendem Maße wahrzunehmen und darüber zu sprechen.

Wenn in dieser Beziehung ein gewisses Vertrauen entstanden ist, kann man das Gespräch schließlich auf die Beziehung zu anderen Menschen erweitern. Denn darum geht es schlussendlich: Der Kontakt zum Therapeuten ist zeitlich begrenzt, doch der zur Umwelt eine „Aufgabe für den Rest des Lebens“.

Medikamentös sind antipsychotisch wirksame Neuroleptika gefragt. In Einzelfällen wird man auch auf bestimmte Antidepressiva (so genannte trizyklische, MAO-A-Hemmer- und SSRI-Antidepressiva) zurückgreifen, vor allem wenn sich die Unfähigkeit Freude zu empfinden, das Fehlen von Vergnügen in Situationen, die normalerweise mit Lustgefühlen verbunden sind sowie Antriebsmangel und Rückzugsgefahr nicht anders in den Griff bekommen lassen.

Allerdings wird man gerade in diesem Bereich auf überschießende Reaktionen achten müssen (zu ausgeprägte dynamische Aktivierung, gleichsam als Kipp-Reaktion?) oder auf deutsch: Früher zu wenig, plötzlich aber medikamentös stimuliert zu viel Kontaktwünsche? Denn gerade das müsste das nähere Umfeld besonders irritieren, weil der Patient bisher als eigentlich gefühlsdistanziert, zurückgezogen bis einzelgängerisch empfunden wurde – und nun?

Verhaltenstherapeutisch geht es bei den schizotypischen Persönlichkeitsstörungen um das Training sozialer Fertigkeiten (wie komme ich mit dem Alltag und seinen „banalen“ Anforderungen zurecht?) und der Verbesserung der kognitiven (geistigen) Leistungsfähigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich.

Nicht zu vernachlässigen ist auch das Training zur Bewältigung furchtsamer (Rückzugs-)Reaktionen, speziell in ggf. krisen-nahen Situationen von Familie, Partnerschaft, Nachbarschaft, Freundeskreis (sofern vorhanden), Beruf u. a.

Die **Heilungsaussichten (Prognose)** hängen vom Einzelfall ab, d. h. von der Schwere der vorgegebenen erblichen und psychosozialen Belastungen, von der Mitarbeit des Patienten (zu der er oftmals erst therapeutisch angeregt werden muss), von der Reaktion auf ggf. notwendige Psychopharmaka, vom

Verhältnis zum Therapeuten, von der Zeit (und Kraft?) die dieser zu investieren in der Lage ist, vom persönlichen Umfeld des Patienten (die ein weitsichtiger Arzt oder Psychologe frühzeitig in die Behandlung einbezieht, um damit Ko-Therapeuten aufzubauen) – und von schicksalhaften Belastungen, die jeden treffen und niemand vorausszusehen vermag.

Insgesamt aber gehören schizotypische Persönlichkeitsstörungen aufgrund ihrer Krankheits-Mittelstellung zu jenen Patienten, die eine fachlich besonders erfahrene Behandlung mit „langem Atem“ erfordern, soll sich das (meist als Erkrankung bisher unerkannte) Leidensbild soweit mildern lassen, dass Patient und Umfeld(!) ein tragbares Verhältnis zueinander finden dürfen.

LITERATUR

Wachsende Zahl wissenschaftlicher Publikationen, spezieller Fachbücher und andeutungsweise sogar allgemein verständlicher Beiträge.

Grundlage vorliegender Ausführung sind die entsprechenden Kapitel in

APA: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR. Hogrefe-Verlag für Psychologie, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 2003

Bleuler, E.: Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. In: G. Aschaffenburg (Hrsg.): Handbuch der Psychiatrie, spezieller Teil 4. Deuticke-Verlag, Wien 1911*

Bleuler, M.: Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Thieme-Verlag, Stuttgart 1972*

Ciampi, L., C. Müller: Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1976

Faust, V.: Der psychisch Kranke in unserer Gesellschaft. – Was befürchtet der psychisch Kranke vom Gesunden - was weiß der Gesunde vom psychisch Kranken? Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1981

Fiedler, P.: Persönlichkeitsstörungen. PsychologieVerlagsUnion, Weinheim 2001

Gross, G. u. Mitarb. (Hrsg.): Persönlichkeit - Persönlichkeitsstörung - Psychose. Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 1996

Gross, G. u. Mitarb.: Früherkennung idiopathischer Psychosyndrome. In: G. Huber (Hrsg.): Idiopathische Psychosen. Psychopathologie-Neurobiologie-Therapie. Schattauer-Verlag, Stuttgart 1990

Kernberg, O.F. u. Mitarb. (Hrsg.): Handbuch der Borderline-Störungen. Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2000

Kraepelin, E.: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Barth-Verlag, Leipzig 1903*

Kretschmer, E.: Der sensitive Beziehungswahn. Springer-Verlag, Berlin 1918*

Lange-Eichbaum, W., W. Kurth: Genie, Irrsinn und Ruhm. Bd. 1 - 11, Ernst-Reinhardt-Verlag, München-Basel 1985-1996

Marneros, A. u. Mitarb.: Affektive, schizoaffektive und schizophrene Psychosen - eine vergleichende Langzeitstudie. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo 1991

Saß, H.: Persönlichkeitsstörungen. In: V. Faust (Hrsg.): Psychiatrie - Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1996

Saß, H.: Psychopathie - Soziopathie - Dissozialität. Zur Differentialtypologie der Persönlichkeitsstörungen. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1987

Saß, H., Herpetz, S. (Hrsg.): Psychotherapie der Persönlichkeitsstörung. Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1999

Saß, D.: Persönlichkeitsstörungen. In: H. Helmchen u. Mitarb. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart, Band 6: Erlebens- und Verhaltensstörungen. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2000

Tress, W. u. Mitarb. (Hrsg.): Persönlichkeitsstörungen. Leitlinien und Quellentext. Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2002

WHO: Internationale Klassifikation psychischer Störungen - ICD-10. Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto 2003

WHO: Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen. Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle 2001

*) Historische Überblicke

Weitere Literaturhinweise siehe die Kapitel *Die Neurosen - einst und heute*, *Persönlichkeitsstörungen - allgemeiner Überblick*, die *Schizophrenien* und andere Kapitel zu vergleichbaren Themen wie *wahnhafte Störungen* u. a.