

**Teil I Konzeptuelle, psychiatrie-  
geschichtliche und differential-  
diagnostische Aspekte**



# 1 Das Schizoidie-Konzept im Lauf der Psychiatriegeschichte

*Hans-Peter Kapfhammer*

## 1.1 Einleitung

*»Es läßt sich aus dem Charakter der Geistesabnormität auf die natürliche Anlage eines Individuums; sowie umgekehrt aus seiner Anlage und Bildungsstufe auf die Geistesabnormität schließen, derer ein bestimmtes Individuum fähig ist.«  
(Haindorf 1811, S. 425)*

Der allgemeine Zusammenhang von Persönlichkeit und psychischer Krankheit begleitet die Konzeptgeschichte der neuzeitlichen Psychiatrie seit ihren Anfängen im 19. Jahrhundert (Janzarik 1988). Dieser Zusammenhang wird in einem fortlaufenden Diskurs thematisiert. Es gilt zunächst die Annahme, dass ein Individuum die bestimmenden Merkmale seiner Persönlichkeit subjektiv in aller Regel als synton erlebt, auch wenn diese in einer objektivierenden Außensicht als auffällig beurteilt werden. Psychische Symptome hingegen erlebt es als dyston und leidet unter ihnen. Eine frühe wissenschaftliche Frage nach dem inneren Zusammenhang zielt darauf, ob und inwieweit bestimmte Merkmale der Persönlichkeit in ihrer quantitativen Ausprägung oder in ihrem qualitativen Gesamtgefüge zu definierten psychischen Symptombildungen prädisponieren können. Unter dem klinischen Eindruck der großen psychotischen Erkrankungen, wie sie in der Gegenüberstellung von »Dementia praecox« einerseits, von »manisch-depressivem Irresein« andererseits durch Emil Kraepelin erstmals klassifikatorisch erscheinen, stellt sich diese Frage spezifischer. Gehen bestimmte Persönlichkeitsstörungen oder Störungen der Entwicklung der Persönlichkeit mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit in diese psychotischen Erkrankungen über? Und was macht diese Disposition oder Vulnerabilität der prämorbidem Persönlichkeit aus, und wie gestaltet sich der Übergang zur jeweiligen psychotischen Erkrankung? Oder aber führt die psychotische Störung selbst zu einer grundlegenden Veränderung der Persönlichkeit, handelt es sich also bei der dann imponierenden Störung der Persönlichkeit um ein sekundäres Phänomen?

Den individuellen Spielarten der Persönlichkeit wird bereits in den frühen Systematiken psychischer Krankheiten aber auch ein eigenständiger Stellenwert eingeräumt. Es wird hier nach den Bedingungen gefragt, unter denen auffällig von einer sozialen Norm abweichende Persönlichkeiten die Qualifizierung des Krankheitswertigen erhalten sollen (Kahn 1928). Kurt Schneider (1950) vollzieht in seiner Klinischen Psychopathologie hierbei zwei aufeinandergesetzte Schritte, um jene Grenze zum Krankheitswertigen klarer aufzuzeigen. In einer Orientierung an einer nicht näher bestimmbareren »*Abweichung von einer uns*

*vorschwebenden Durchschnittsbreite von Persönlichkeiten*« beschreibt er zunächst sogenannte »*abnorme Persönlichkeiten*«. Aus dieser Gruppe kennzeichnet er dann jene näher als »*psychopathische Persönlichkeiten*«, die unter ihrer Abnormalität leiden, oder aber unter deren Abnormalität die soziale Umwelt leidet. Die Kriterien für die Beschreibung des »*Psychopathischen*« sind bei ihm streng psychopathologisch deskriptiv. Er entwirft so eine Reihe von prototypischen Persönlichkeitsstörungen, die im Weiteren auch Modell stehen für die Liste der Persönlichkeitsstörungen in den späteren Klassifikationssystemen ICD und DSM. Innerhalb der ICD nehmen die Persönlichkeitsstörungen bis in die aktuell noch gültige Version ICD-10 und der zukünftigen ICD-11, die 2019 durch die Weltgesundheitsversammlung (World Health Assembly, WHA) verabschiedet werden soll, einen eigenständigen Platz unter den anderen, empirisch gestützten psychischen Störungen ein. Mit dem DSM-III werden Persönlichkeitsstörungen aus den psychischen Krankheitsgruppen, die in einer Achse I aufgeführt werden, herausgenommen und separat in einer eigenen Achse II erfasst. Die Persönlichkeitsstörungen in beiden psychiatrischen Klassifikationssystemen bilden fortan den Ausgang für je eigenständige, theoretisch und methodisch sehr unterschiedliche biopsychosoziale Forschungsansätze (Lenzenweger und Clarkin 2004). Bis zum DSM-IV-TR wird in der klassifikatorischen Ordnung nach drei Clustern von Persönlichkeitsstörungen auch eine implizite Orientierung an den schizophrenen, den affektiven und den ängstlich-gehemmten psychischen Störungen unterlegt. D. h., ein inhärenter Zusammenhang von Persönlichkeit und ihren Störungen einerseits und definierten psychischen Störungen andererseits wird in einer theoretischen Perspektive von Spektrumsstörungen konzeptuell vorgegeben. Eine schematische Übersicht hierzu bietet das Spektrum-Modell der Persönlichkeitsstörungen nach Gunderson und Philipps (1995) (► Abb. 1.1). Diese konzeptuelle Clusterbildung ist im DSM-5 aufgegeben (Herpertz und Bronisch 2016).

Die Gliederung nach definierten Clustern von Persönlichkeitsstörungen wird hier aber beibehalten. Ein spezieller Fokus auf das Cluster A, das die schizotypische<sup>2</sup>, die schizoide und die paranoide Persönlichkeitsstörung versammelt, soll als Ausgang dienen, um in diesem Kapitel das »*Schizoidie-Konzept*« der Psychiatrie seit ihren Anfängen in einer Rückschau nachzuzeichnen. Hierbei erscheint grundlegend, dass aufeinanderfolgende Positionen nicht nur Etappen einer historischen Abfolge bilden, sondern durch die jeweils gewählten theoretischen und methodischen Zugangsweisen verschiedene Konzeptbildungen resultieren, die sich entweder vielfältig durchdringen und überlagern oder aber zu neuen konzeptuellen Auftrennungen führen (Parnas et al. 2005).

---

2 Im Unterschied zu DSM-IV und DSM-5 kennt das ICD-10 keine schizotypische Persönlichkeitsstörung, sondern führt eine schizotypische Störung im F2-Kapitel Schizophrenie, schizotypische und wahnhaftige Störungen auf.

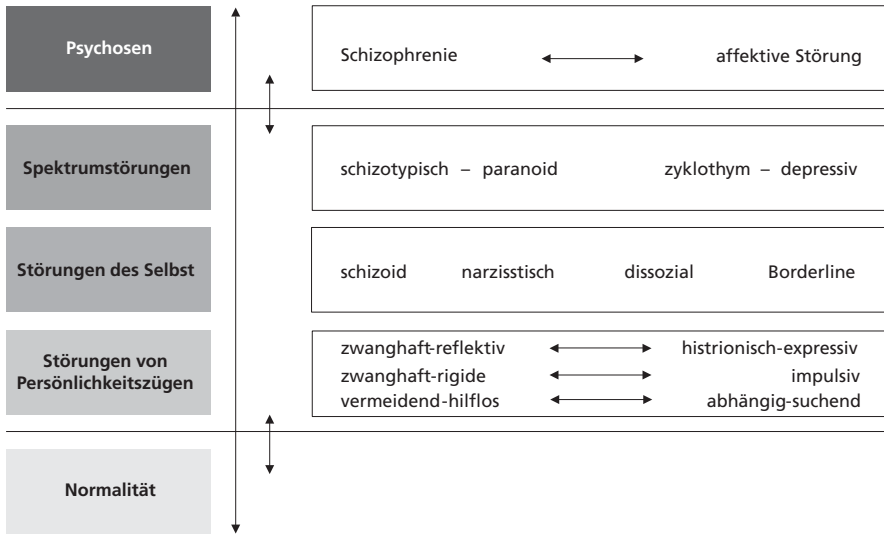


Abb. 1.1: Spektrum-Modell der Persönlichkeitsstörungen (Gunderson und Phillips 1995; modifiziert nach Herpertz und Bronisch 2017, S. 2369)

## 1.2 Schizoidie und Autismus

Der Begriff »schizoid« dürfte erstmals von Eugen Bleuler (1908) verwendet worden sein. Bleuler bezeichnete hiermit zunächst eine allgemeinspsychologische Tendenz, die jedem Menschen natürlich innewohne, nämlich seine Aufmerksamkeit weg von der Außenwelt verstärkt auf seine Innenwelt zu richten. Eine potentiell krankhafte Ausprägung in Form einer dauerhaften Ausrichtung der Aufmerksamkeit nach innen erblickte er in der »schizoiden Persönlichkeit«. Er hob bei ihr eine Merkmalskombination von ruhig, misstrauisch, dumpf und gleichzeitig sensitiv hervor und betonte als psychologische Grundlage einen Mangel an integrierter Affektivität, eine Koexistenz von widersprüchlichen emotionalen Bestrebungen. Bleuler deckte eine empirische Häufung dieser schizoiden Persönlichkeiten im familiären Umfeld von an Schizophrenie erkrankten Personen auf. Noch näher an den Grenz- oder Übergangsbereich von psychopathischer Persönlichkeit und schizophrener Erkrankung führte seine Bezeichnung »latente Schizophrenie« heran, die bei näherer klinischer Betrachtung alle wesentlichen Merkmale der Schizophrenie quasi in Miniaturausprägung zu erkennen gibt, ohne aber bereits das Stadium der akuten Erkrankung erreicht zu haben (Bleuler 1911). Kahlbaum (1890) hatte bereits früher über sehr ähnliche prämorbidie Persönlichkeitsvarianten (Präkatatonie, Heboidophrenie) der nach ihm benannten Katatonie und Hebephrenie berichtet, bei denen der nosologische Zusammenhang zur Dementia praecox bzw. zur Gruppe der Schizophre-

nien aber noch nicht erkannt war. Seine Beschreibungen hoben vor allem jene Merkmale der Persönlichkeit hervor, die in der Sphäre der intersubjektiven Kontakte als exzentrisch und merkwürdig auffielen. Auch Kraepelin (1903/1904) war sich, ähnlich wie Kahlbaum und Bleuler, eines solchen Grenz- und Übergangsbereichs bewusst. Er verwies dabei auf eine wesentliche symptomatologische Entsprechung mit der »*Schizophrenia simplex*« nach Diem (1903).

Bleulers Konzept der Schizophrenie, als Referenzrahmen seines Verständnisses von Schizoidie, beruhte auf mehrfachen theoretischen Annahmen (Bleuler 1911). Schizophrenie ist in Übereinstimmung mit dem Postulat von Griesinger auch für ihn eine somatische Krankheit des Gehirns, deren biologische Ursachen nach naturwissenschaftlichen Erkenntnisstandards noch weitgehend unbekannt sind. In einer klinischen Manifestation imponieren zunächst sogenannte »*primäre Symptome*«. Sie stehen in ihrer vor allem körperlichen bzw. organisch anmutenden Ausformung (Lockerung der Assoziation, Benommenheitszustände, Disposition zu Halluzinationen, Tremor, Pupillendifferenzen, Ödeme, katonische Anfälle) dem unbekanntem somatischen Krankheitsprozess am nächsten. Gleichwohl ist die Spaltung bzw. Desintegration auch bei ihnen bereits erkennbar. Auf diese primären Symptome reagiert die betroffene Persönlichkeit psychologisch mit sogenannten »*sekundären Symptomen*«, wie sie dem Psychiater in der Begegnung mit dem schizophrenen Patienten vertraut sind. Hat sich die schizophrene Erkrankung im weiteren Verlauf etabliert, ist eine psychopathologische Unterscheidung nach wesentlichen »*Grundsymptomen*« (Lockerung der gedanklichen Assoziationen, Affektstörung, Ambivalenz, Autismus) und nicht immer obligatorisch vorliegenden, sogenannten »*akzessorischen Symptomen*« (z. B. Wahnideen, Halluzinationen) möglich. Grundsymptome wie Zusatzsymptome der Schizophrenie sind nach Bleuler vorrangig psychologisch zu konzeptualisieren. Zugrunde liegende psychologische Mechanismen sind u. a. auch einem psychodynamischen Verständnis zugänglich. »*Schizoidie*« als charakteristisches Merkmal der prämorbidem Persönlichkeit eines zur Schizophrenie prädisponierten Menschen hat konzeptuell seine größte Nähe zum Grundsymptom des »*Autismus*« und seiner Kehrseite, der »*Spaltung*« (Bleuler M 1972). Autismus stellt weniger ein singuläres einfaches, sondern vielmehr ein komplexes Grundsymptom dar. Es beschreibt eine basale intersubjektive Distanziertheit eines Individuums im Kontakt mit seiner sozialen Umwelt. Intersubjektive Fertigkeiten sind hierbei nicht einfach reduziert, sondern vielmehr qualitativ verändert. Eine syndromale Beschreibung versammelt vielfältige Aspekte: Grundlegende Schwierigkeiten, mit anderen in Kontakt zu treten; sozialer Rückzug und persönliche Unnahbarkeit, in extremen Fällen sogar Negativismus; affektive Indifferenz, rigide Haltungen, Meinungen und Verhaltensweisen in Reaktion auf übliche Einflüsse der Umwelt; überwertige eigenartige Ideen, idiosynkratische Logik, merkwürdige Denkweise, Neigung zu wahnhaftem Denken (Parnas et al. 2005, S. 9). Für Bleuler ist mit der Schizoidie als normaler Aufmerksamkeitsverschiebung in die Innenwelt eines jeden Menschen, als morbider habitueller und fixierter Aufmerksamkeitshaltung bei der schizoiden Persönlichkeit, als risikohafter Potentialität zur vollen Psychose in der latenten Schizophrenie und als Autismus, einem komplexen Grundsymptom der klinisch manifesten Schizophre-

nie, eine kontinuierliche Entwicklungsreihe gegeben. Hierin unterscheidet er sich sowohl von Kraepelin als auch von Kurt Schneider, die beide zwar ebenfalls einen Übergangsbereich von Persönlichkeit und Psychose annehmen, jedoch in dem Hervortreten der schizophrenen Psychose die fremdartige Manifestation eines vorrangig somatischen Krankheitsprozesses und eine hieraus resultierende Diskontinuität im Erleben der betroffenen Person betonen.

Auch wenn Bleuler im Autismus den dominanten Rückzug in die Innenwelt eines Patienten pathognomonisch herausstellte, formulierte er in erster Linie Symptome und Krankheitszeichen, nicht hingegen die subjektive Innensicht des autistischen Menschen. Erst Benedetti, klinisch-psychiatrisch geprägt von der Bleulerschen Schule, wird in einer eigenständigen psychoanalytischen Konzeptualisierung im Autismus das existentielle Dilemma des schizoiden, des zur Schizophrenie prädisponierten oder des an Schizophrenie erkrankten Menschen in seiner unverwechselbaren Sprache beschreiben: »*Der Autismus ist die Rettung der Individualität in eine die Individualität par excellence zerstörende Psychose*« (Benedetti 1983, S. 23). Es ist erst die lange und geduldige psychotherapeutische Arbeit, die dieses existentielle Dilemma in seinen ganzen Ausmaßen für das subjektive Erleben des betroffenen Individuums erschließt, nicht schon die übliche psychiatrische Exploration, die allenfalls zu verkürzten Deskriptionen kommt.

### 1.3 Schizoidie und Schizothymie

In guter Übereinstimmung mit den Überlegungen von Bleuler unternahm Ernst Kretschmer (1921) einen eigenständigen Forschungsansatz, um die Übergangsreihe von Persönlichkeit und Psychose näher zu erschließen. Er begründete eine Konstitutionstypologie, die Merkmale des Körperbaus mit Temperamentsunterschieden und Charaktereigenheiten empirisch zu verbinden suchte. Leptosomer und pyknischer Körperbau schienen so mit zwei Grundtemperamenten, nämlich der *Schizothymie* und der *Zyklothymie* einerseits und je typischen Stilen des Denkens und Fühlens andererseits einherzugehen. Kretschmer unterschied normale Manifestationen des schizothymen und zyklthymen Temperaments bei gesunden Menschen, übermäßig ausgeprägte, potentiell morbide Varianten bei schizoiden bzw. zykliden Persönlichkeiten und schließlich deren intrinsische Fortbildungen zur schizophrenen Psychose einerseits, zur manisch-depressiven Psychose andererseits. Unabhängig von der methodenkritischen Beurteilung dieses konstitutionstypologischen Vorgehens (vgl. Boerner 2015, S. 128–141) erzielte Kretschmer in Anlehnung an das schizothyme Temperament eine vertiefende psychopathologische Differenzierung der Schizoidie. Weder eine dominante Hyposensitivität noch eine überwiegende Hypersensitivität sind für die Schizoidie charakteristisch. Vielmehr liegen beide Dimensionen stets zusammen in einem jeweils individuell zu bestimmenden Verhältnis vor. Kretschmer

sprach von der »*psychästhetischen Proportion*« zwischen »*hyperästhetisch-empfindsam*« und »*anästhetisch-kühl*«. Gerade diese simultane spannungsgeladene Polarisierung macht das charakteristische Wesen des schizoiden Menschen aus. So können bei der Schizoidie folgende Merkmale in einer Reihe erscheinen: »*Ungeellig, still, zurückhaltend, ernsthaft (humorlos), Sonderling; schüchtern, scheu, feinfühlig, empfindlich, nervös, aufgeregt – Natur- und Bücherfreund; Lenksam, gutmütig, brav, gleichmütig stumpf, dumm*« (Kretschmer 1921, S. 115). Das psychische Tempo der schizoiden Person weist eine unharmonische Temperamentskurve auf, wechselt zwischen sprunghaft und zäh. Ganz analog gestalten sich auch das Denken und das Fühlen. In Ausdruck und Bewegung finden sich oft situationsinadäquate Reaktionsweisen des schizoiden Menschen.

Zwei Aspekte teilte Kretschmer mit Bleuler: Auch er betonte eine kontinuierliche Übergangsreihe von Persönlichkeit und Psychose, wobei letztere als eine quantitative Steigerung der Ausprägungsgrade von natürlichen Merkmalen ersterer erscheint. Und auch er erkannte einen genuinen Zugang des psychologischen Verständnisses psychotischer Erlebnisformen. Dieser psychologische Verständnisansatz erreichte bei Kretschmer eine frühe Meisterschaft. In seiner wegweisenden und subtilen Monographie über den »*sensitiven Beziehungswahn*« (1918) demonstrierte er das multidimensionale Zusammenspiel von Persönlichkeit, Biographie, Lebenssituation und Situationserlebnis in der Pathogenese einer speziellen Wahnentwicklung.

Im Anschluss an Bleuler und Kretschmer wurden aus den idealtypischen bzw. typologischen Beschreibungen der Schizoidie auch erste Operationalisierungen vorgelegt. So forderten z. B. Kasanin und Rosen (1933) für die Diagnose einer schizoiden Persönlichkeit als präorbider Persönlichkeit der Schizophrenie das gleichzeitige Vorliegen folgender fünf Merkmale: Wenige Freunde, bevorzugte Beschäftigungen alleine, scheu und Mitläufer in Gruppen, verschlossen, extrem sensitiv. Kallmann (1938) differenzierte in seinen genetischen Untersuchungen von Kindern schizophrener Patienten einerseits sogenannte »*exzentrische Boderline-Fälle*«, aus der sich später das Konzept einer »*Borderline-Schizophrenie*« entwickelte, andererseits »*schizoide Psychopathen*«, aus der wiederum das Konzept der »*pseudopsychopathischen Schizophrenie*« entstand. Für letztere Gruppe formulierte er als kennzeichnende Merkmale: Verschlossenheit, sozialer Rückzug, impulsive, oft sinnlos und unlogisch erscheinende Delikte.

## 1.4 Schizoidie und Desintegration der Persönlichkeit

Eigenständige Fortentwicklungen des Schizoidie-Konzeptes hoben unter Beibehaltung der bereits früher beschriebenen Verhaltens- und Charaktermerkmale verstärkt das Kennzeichen der fehlenden Kohärenz, des Identitätsmangels in der Gesamtorganisation einer schizoiden Persönlichkeit hervor. Eine gewisse



Prominenz erlangte hierbei das Konzept der »*pseudoneurotischen Schizophrenie*« von Hoch und Polatin (1949). Es war bereits bedeutsam von psychoanalytischen Modellvorstellungen der amerikanischen Psychiatrie beeinflusst und mündete selbst über das sehr ähnliche Konzept der »*Borderline-Schizophrenie*« in die breite Konzeptentwicklung des »*Borderline-Spektrums*« während späterer Jahrzehnte ein (Meissner 1988). Die Autoren betonten, dass nicht einzelne Symptome, sondern vielmehr die besondere syndromale Gesamtkonstellation die klinische Diagnose ausmachten. Sie hoben neben einer grundlegenden autistischen Orientierung eine Pan-Angst, wiederkehrende depressive Einbrüche, einen quälenden Dauerzustand der Anhedonie, diskrete formale Denkstörungen, mannigfaltige Äußerungen einer polymorph perversen Sexualität, Depersonalisation, hypochondrische Gedanken und wahnhaftige Beziehungsideen hervor. Bei einer vor allem in forensisch-psychiatrischen Kontexten gehäuft anzutreffenden Variante einer sogenannten »*pseudopsychopathischen Schizophrenie*« standen wiederum als bizarr, unlogisch, sinnlos imponierende dissoziale Akte und Delikte im Vordergrund, die aber bei näherer klinischer Analyse auf einen verdeckten, wesentlich autistischen Kern der Persönlichkeit verwiesen (Dunaif und Hoch 1955). Die im Anschluss von Kety et al. (1968) formulierten klinischen Kriterien der »*Borderline- oder latenten Schizophrenie*« sind in der Entwicklung der Konzeptgeschichte in zweifacher Hinsicht herausragend zu erwähnen: Die Kriterien wurden empirisch validiert und dienten als diagnostische Grundlage für die groß angelegten US-amerikanischen und dänischen Studien an biologischen und Adoptivfamilien adoptierter schizophrener Patienten. Als solche waren diese Kriterien modellstiftend für die spätere Konzeptualisierung der schizotypischen Persönlichkeitsstörung im DSM-III (1980) als einer prägnanten schizophrenen Spektrumsstörung.

### **Klinische Kriterien der Borderline- oder latenten Schizophrenie (Kety et al. 1968; modifiziert nach Parnas et al. 2005, S. 12)**

- *Denken*: fremde, merkwürdige Denkweise; Nichtbeachtung von Realität, Logik oder Erfahrung; unpräzise, unklare, vage Sprache
- *Erleben*: kurze Episoden kognitiver Verzerrung, vorübergehende wahnhaftige Ideen; Depersonalisationsgefühle, Gefühle der Entfremdung gegenüber einer bisher vertrauten Umwelt; mikropsychotische Zustände
- *Affektivität*: Anhedonie (keine Erfahrungen großer Lust, niemals glücklich); keine emotional tiefere Beziehung mit anderen Personen
- *Beziehungen*: mag selbstsicher erscheinen, jedoch fehlende Tiefe (»Als-ob-Persönlichkeit«); sexuelle Fehlentwicklung (chaotische Fluktuation zwischen hetero- und homosexuellen Kontakten)
- *Psychopathologie*: multiple, rasch wechselnde neurotische Symptombildungen (obsessive Ruminationen, Phobien, Konversionsstörungen, psychosomatische Störungen etc.), schwere, umfassende Angst

Ein vom Hauptpfad der psychiatrischen Konzeptbildung abweichender kinderpsychiatrischer und -neurologischer Beitrag stammt von Asperger (1944). Mit der Einführung einer »*autistischen Psychopathie*« skizzierte er eine von früher Kindheit an auffällige Persönlichkeitsentwicklung. Syndromal sind hierfür kennzeichnend: Abnormes Blickverhalten, repetitive Verhaltensweisen, isolierte autistische Intelligenz mit Spezialinteressen, Einzelgängertum, Asexualität, extreme umweltbezogene Sensitivität bei affektiver Indifferenz und gelegentlicher Grausamkeit gegenüber anderen. Asperger sah in der autistischen Psychopathie keine kindliche Form einer prämorbidem Persönlichkeit der Schizophrenie. Er betonte wohl aber einen Zusammenhang zu einem breiteren »Schizoidie-Konzept«. In der weiteren Entwicklung der psychiatrischen Krankheitslehre wird dieses Asperger-Syndrom als mildere Form der Autismus-Spektrumsstörungen eingeordnet werden (Wing 1981), die mehrere tiefgreifende Entwicklungsstörungen mit eigenständiger, komplexer Ätiopathogenese versammeln, jedoch keine nosologische Nähe zur Schizophrenie aufweisen (Masi et al. 2017).

## 1.5 Schizoidie und Grundstruktur des Erlebens

Sowohl Bleuler als auch Kretschmer war bewusst, dass manifeste Verhaltensweisen und beobachtbare charakterliche Eigenheiten als klinisch-psychopathologische Merkmale der Schizoidie keineswegs schon ein vollständiges Bild der grundlegenden psychologischen Verfassung betroffener Personen zeichnen (Parnas et al. 2005). Einen je speziellen Zugang zu einer grundlegenden innerpersönlichen Sphäre des schizoiden Menschen eröffnen aber vor allem zwei methodische Ansätze, die phänomenologische und die psychodynamische Analyse. Beide Ansätze machen eine grundlegendere psychologische Organisation der schizoiden Persönlichkeit erkenntlich und erweitern so die bisherigen konzeptuellen Ausführungen.

Minkowski (1927), selbst einige Zeit an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich am Bürglhölzli unter Bleuler klinisch tätig, aber in seinem psychiatrischen Denken auch von den Philosophien Henri Bergsons und Max Schelers geprägt, legte eine vereinheitlichende phänomenologische Sichtweise auf die Infrastruktur des Bewusstseins in der Schizoidie vor, auf jene reine existentielle Form des Autismus, die jeglichen klinischen Einzelmanifestationen autistischer Symptome und Zeichen vorausgeht. Er sprach von einem Defizit in einer basalen vor-reflexiven Eingestimmtheit von Person und Umwelt. Dem schizoiden Menschen gelingt es nicht, mit der ihn umgebenden Realität in einen vitalen Kontakt zu treten. Dieser vitale Mangel, mit der Welt in einer intuitiven Resonanz zu leben, speziell auch die Mitmenschen empathisch verstehen zu können, bewirkt eine besondere Sterilität und Leere des subjektiven Bewusstseins. Er definiert eine brüchige Struktur der leiblichen und psychischen Subjektivität, des gelebten subjektiven Raums, der gelebten Zeit sowie des elementaren Umwelt-