

Rainer Sachse

Klärungsorientierte Verhaltenstherapie der schizoiden Persönlichkeitsstörung

Clarification-oriented behavior therapy of the schizoid personality disorder

Zusammenfassung

Klienten mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung weisen im Therapieprozess charakteristische Probleme auf: Sie halten Therapeuten auf Distanz, öffnen sich nur langsam, weisen kaum Änderungsmotivation auf und zeigen oft starke soziale Kompetenzdefizite. Der Artikel beschreibt die Charakteristika der Störung, die therapeutischen Probleme und entwickelt therapeutische Handlungsstrategien.

Summary

Clients suffering from a schizoid personality disorder exhibit characteristic problems in the therapy process: They keep their distance to the therapist, open themselves only slowly, hardly show any motivation to bring about changes, and more often than not have substantial social competence deficits. The article describes the characteristics of the disorder, the therapeutic problems, and develops strategies for therapeutic actions.

Schlüsselwörter

Schizoide Persönlichkeitsstörung
Klärungsorientierte Psychotherapie
Beziehungsgestaltung
Schema-Bearbeitung
Ein-Personen-Rollenspiel

Keywords

schizoid personality disorder
clarification oriented psychotherapy
relationship formation
schema processing
one person role playing

1 Beschreibung der Störung

Die schizoide Persönlichkeitsstörung (SCH) rangiert, wie andere Persönlichkeitsstörungen auch, von einem leichten Stil bis zu einer schweren Störung. Sie ist als schwere Störung sozial stark auffällig: Die Personen reagieren kaum auf soziale Signale, sie interagieren kaum mit anderen, wirken unemotional und „hölzern“. Schwere schizoide Störungen sind jedoch selten; als eher leichter Stil kommt SCH jedoch häufig vor (Yontef, 2001), vor allem als Co-Morbidität mit anderen Persönlichkeitsstörungen.

Empirisch erweisen sich einige Charakteristika von SCH als valide: Personen mit SCH

- weisen einen Mangel an Bindung an andere Personen auf,
- zeigen wenig Engagement im Hinblick auf soziale Kontakte,
- zeigen oft mangelnde soziale Kompetenzen und mangelnde Fähigkeiten, das Verhalten oder die Emotionen anderer zu verstehen,
- weisen ein hohes Ausmaß an Anhedonie auf und Schwierigkeiten, Freude zu empfinden (Harper, 2004; Katz, 2004; Martens, 2011; Mittal et al., 2007; Nirestean et al., 2012; Rasmussen, 2005; Yan et al., 2011).

Personen mit SCH zeigen aber dennoch auch eine starke Sehnsucht nach Nähe (Thylstrup & Hesse, 2009) und weisen eine erhöhte Komorbidität mit Depressionen auf (Bockian, 2006; Skodal et al., 2011).

Personen mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung (SCH) gehen aufgrund ihrer Schemata davon aus, dass „Beziehungen sich nicht lohnen“ und dass Beziehungen auch eher gefährlich sind. Und so bauen sie sich selbst gegenüber ein Glaubenssystem auf, dass sie Menschen auch nicht brauchen: Sie schaffen damit eine sehr starke „Selbst-Täuschung“ der Art: „Ich komme gut allein klar.“

Personen mit SCH nehmen wenig soziale Kontakte auf: Daher fehlen ihnen auch in aller Regel soziale Trainingsmöglichkeiten; und damit weisen sie meist (starke) soziale Kompetenzdefizite auf. Anders als bei Selbstunsicheren gehen die Defizite manchmal so weit, dass sie soziale Regeln nicht (gut) kennen und soziale Interaktionen nicht verstehen (Millon, 1996), was wiederum ihr Vermeidungsverhalten verstärkt.

Sie nehmen soziale Kontakte auf, wenn sie es müssen, wirken dann aber oft auf andere hölzern, unbeholfen und manchmal „arrogant“ (was meist eine Fehlinterpretation ihrer Unsicherheit ist). Ihr Sozialverhalten ist z.T. Ausdruck dieser Defizite, z.T. aber auch Ausdruck der Strategie, andere auf Distanz zu halten: Sie gehen in Interaktionen und zeigen dabei oft keinen affektiven Ausdruck. Sie lächeln nicht, reagieren nicht auf das Lächeln anderer, zeigen keine Mimik, reduzierte Gesten u.Ä. Auf Interaktionspartner wirken sie dann wie „Zombies“, was diese stark verunsichert und dazu verleitet, den Kontakt mit den Personen zu meiden.

Personen mit einem schizoiden Stil haben zwar Kontakte und auch Partnerschaften, genießen es jedoch, allein zu sein; sie haben nur wenige Freunde ,und obwohl sie oft durchaus hohe soziale Kompetenzen aufweisen können, mögen sie Veranstaltungen wenig, auf denen sich mehr als 4 Menschen aufhalten, insbesondere wenn sie diese nicht kennen.

Sie beobachten andere und nehmen wahr, dass diese Beziehungen haben und sich in diesen wohlfühlen; dies kann eine diffuse Sehnsucht und diffuse Unzufriedenheit auslösen. In der Realität bemerken sie auch oft, dass sie doch weniger gut klarkommen, als sie glauben wollen.

3 Störungsmodell

Nach dem Modell der Doppelten Handlungsregulation (Sachse, 1999, 2001; Sachse et al., 2010) weisen Personen mit SCH charakteristische Beziehungsmotive, Schemata und manipulative Spielstrukturen auf.

3.1 Beziehungsmotive

Beziehungsmotive sind Motive danach, von Interaktionspartnern (IP) bestimmte Arten von Feedback und von Interaktionen zu erhalten. Werden Beziehungsmotive in der Biographie systematisch frustriert, dann bleiben sie hoch in der Motiv-Hierarchie, also steuern sie weiterhin das Verhalten in charakteristischer Weise.

Personen mit SCH weisen meist Eltern auf, die sich zwar um die Kinder kümmern, jedoch emotional kalt, wenig empathisch sind und dem Kind kaum emotionale Unterstützung und Solidarität geben. Daher sind bei SCH vor allem vier Beziehungsmotive relevant:

- **Anerkennung:** Sie haben ein starkes Bedürfnis, gesehen, positiv definiert und als Person geschätzt zu werden.

- Wichtigkeit: Das Bedürfnis, im Leben anderer eine wesentliche Rolle zu spielen, anderen Personen etwas zu bedeuten.
- Verlässlichkeit: Das Bedürfnis, stabile, überdauernde und belastbare Beziehungen zu haben.
- Solidarität: Das Bedürfnis, von anderen Unterstützung, Hilfe, Verteidigung zu bekommen.

Da die SCH systematisch die Erfahrung machen, das alles nicht zu bekommen, realisieren sie ein hohes Maß an Selbsttäuschung: Sie gehen davon aus, dass sie andere Menschen nicht brauchen und blenden diese Bedürfnisse systematisch aus dem Bewusstsein aus: Sie merken kaum noch, dass sie diese Bedürfnisse haben und behaupten, andere Menschen nicht zu brauchen; arbeitet man mit den SCH therapeutisch, wird aber deutlich, dass dies nicht stimmt.

3.2 Schemata

Schemata sind psychische Strukturen, die sich in der Biographie bilden, die bestimmte Arten von Annahmen enthalten, die schnell und automatisch durch bestimmte Situationen oder Gedanken aktiviert werden und die, einmal aktiviert, die aktuelle Informationsverarbeitung und Handlungsregulation einer Person stark steuern.

3.2.1 Selbst-Schemata

Selbst-Schemata enthalten Annahmen über die eigene Person.

Die Klienten mit schizoider Persönlichkeitsstörung werden wahrscheinlich in ihrer Biographie nicht direkt abgewertet; sie werden „nur“ nicht aufgewertet. Man kann annehmen, dass Schemata entstehen wie:

- Ich weiß nicht, was ich kann.
- Ich weiß nicht, was ich für andere wert bin.
- Ich weiß nicht, was ich anderen zu bieten habe.
- Ich weiß nicht, wie attraktiv ich bin.
- Ich weiß nicht, wie ich mit anderen umgehen soll.

Das bedeutet, das Selbstschema ist wahrscheinlich von Unsicherheiten und Zweifeln beherrscht. Und diese würden es der Person auch nicht gerade erleichtern, Beziehungen aufzunehmen, selbst wenn es die anderen Probleme nicht gäbe.

3.2.2 Beziehungsschemata

Beziehungsschemata enthalten Annahmen darüber, wie „Beziehungen funktionieren“.

Ein zentrales Schema der Klienten mit schizoider Persönlichkeitsstörung lautet: „Beziehungen sind nicht nährend, nicht förderlich.“ Es gibt Annahmen wie:

- In Beziehungen erhält man keine Anerkennung, keine Zuwendung.
- In Beziehungen bin ich anderen nicht wichtig, kann ich im Leben anderer keine Rolle spielen.
- Beziehungen sind nicht verlässlich; Beziehungen sind allenfalls Zweckbündnisse.
- In Beziehungen hilft einem niemand, man kann sich auf niemanden wirklich verlassen.
- Beziehungen sind insgesamt kalt, unfreundlich, anstrengend, unerfreulich, nutzlos.

Daraus leiten die Klienten weitere Annahmen ab, z.B.:

- Man kann sich nur auf sich selbst verlassen.
- Allein kommt man am besten klar.
- Vermeide Beziehungen, denn sie sind kahl, leer und kalt.
- In Beziehungen fühlt man sich unwohl, verlassen, allein.
- Bleib allein und kümmere Dich um Dich.

Dadurch entsteht etwas, was ich als *Flucht in die Autonomie* bezeichnen möchte. Tatsächlich haben die Klienten mit schizoider Persönlichkeitsstörung gar kein echtes Bedürfnis nach Autonomie; sie wählen die Autonomie nicht, weil sie sie möchten und schätzen. *Sie wählen die Autonomie vielmehr deshalb, weil ihnen nichts anderes übrig bleibt*: Beziehungen sind eher aversiv, in Beziehungen kann man sich auf Partner nicht verlassen; Beziehungen sind kalt und unerfreulich; man bekommt eh keine Hilfe und Unterstützung. Also bleibt einem nichts anderes übrig, als auf sich allein gestellt zu leben und alles zu tun, um sich auf sich selbst verlassen zu können. *Man muss autonom sein*; jede Alternative ist eindeutig unangenehm, unsicherer, unberechenbarer.

3.2.3 Norm-Schemata

Norm-Schemata sind Vorschriften der Person an sich selbst.

Wesentliche Norm-Schemata sind:

- Verlass Dich nur auf Dich selbst!
- Vermeide es, abhängig zu sein!
- Vermeide es, kontrolliert zu werden!
- Vermeide möglichst Kontakt!
- Lass möglichst niemanden an Dich heran!
- Gib möglichst nichts von Dir preis!

3.2.4 Regel-Schemata

Regel-Schemata sind Erwartungen der Person an Interaktionspartner.

Klienten mit SCH weisen meist keine ausgeprägten Regel-Schemata auf. Die Schemata sind oft folgender Art:

- Ich erwarte, dass andere Distanz halten.
- Ich will nicht bevormundet oder eingeschränkt werden.

3.3 Manipulation

Persönlichkeitsstörungen weisen meist ein erhöhtes Maß an manipulativem, intransparentem Handeln auf: Strategien, mit deren Hilfe eine Person einen IP dazu bringen kann, etwas Bestimmtes zu tun oder nicht zu tun, auch dann, wenn dieser das „eigentlich“ gar nicht tun will. Das Ausmaß der Manipulation ist bei Klienten mit schizoider Persönlichkeitsstörung eher gering; dies liegt daran, dass die Klienten Kontakt eher vermeiden und schon deshalb kaum manipulative Verhaltensweisen anwenden (oder lernen!).

Die einzige Strategie besteht darin, andere auf Distanz zu halten, z.B. durch eine systematische Reduktion des nonverbalen Verhaltens. Aber auch diese Strategie ist nur wenig manipulativ, indem sie eigentlich doch ziemlich transparent ist.

Interaktionsspiele werden so gut wie gar nicht gespielt.

3.4 Inneres Dilemma

Im Therapieprozess wird deutlich, dass das Image „ich brauche niemanden“ Fassade ist.

Ein schizoider Klient von mir erzählte mir mal sein „Existenzverständnis“: Er steht am Ende einer Eishöhle, die Höhle ist nach vorne hin offen, umfasst ihn aber von rundherum, sie geht nach hinten hin weiter. Er steht, noch in der Höhle, an ihrem Rand und kann hinausschauen.

Er sieht dabei auf eine sonnige Wiese, auf der sich Menschen tummeln. Er möchte gerne zu diesen Menschen gehen, traut sich aber nicht, die Höhle zu verlassen. Die Höhle gibt ihm Schutz; sie ist zwar kalt, aber auch sicher. Er kann aber auch nicht weiter in die Höhle hineingehen, denn dann verliert er den Kontakt nach draußen und das will er nicht. Also bleibt er wie angewurzelt im Höhleneingang stehen, kann nicht nach innen und kann auch nicht nach außen.

Das Bild macht das Dilemma der Klienten sehr schön klar: Es gibt ein starkes Bedürfnis nach Kontakt, nach Beziehung, aber das alles ist ganz unsicher, unberechenbar; das Alleinsein gibt Schutz, Sicherheit, aber es ist auch kalt. Aber eine Lösung ist nicht möglich, alles kann nur so bleiben, wie es ist.

3.5 Nähe und Distanz

Aufgrund ihrer Schemata nehmen die Klienten mit schizoider Persönlichkeitsstörung keine Nähe auf; und folglich gehen sie auch kaum Bindungen ein. Sie lassen allenfalls einen Freund etwas näher an sich heran.

Ihre hauptsächliche interaktionelle Strategie besteht darin, Distanz zu halten. Und dies tun sie vor allem dadurch, dass sie ihr nonverbales Interaktionsverhalten vollständig einfrieren: Sie lächeln nicht, selbst wenn jemand sie anlächelt; sie verziehen beim Gespräch keine Miene; sie machen keine Gesten, sondern sitzen völlig starr da; sie zeigen keinerlei Gefühlsregungen. In der Regel schreckt dieses Interaktionsverhalten Partner massiv ab; die Personen wirken unnahbar, arrogant, abweisend und darauf reagieren die anderen auch: Sie halten Distanz, machen keinerlei Beziehungsangebote, gehen der Person aus dem Weg.

Tatsächlich ist auch die gesamte Emotionalität der Klienten mit schizoider Persönlichkeitsstörung „runtergefahren“: Man lässt nichts an sich heran, alles ist nur noch zweckdienlich, man spürt keine Bedürfnisse, keine Nähe mehr; damit ist einem interaktionell „alles egal“: und damit spürt man keinen Ärger mehr, keine Freude, nichts. Alles ist grau. Damit wird man natürlich interaktionell auch zu einer lebenden Schlaftablette: Man ist nicht unterhaltsam, nicht aufmunternd, nicht charmant, ohne jede Ausstrahlung und damit vollständig unattraktiv.

Auch viele Therapeuten sind vom Interaktionsverhalten der Klienten irritiert; sie reagieren darauf, indem sie ebenfalls ihr nonverbales Verhalten „herunterfahren“: Sie lächeln nicht mehr, machen keine Mimik, keine Gesten mehr, verhalten sich wie eine Mumie mit Therapieauftrag.

4 Therapeutisches Vorgehen

4.1 Komplementarität zur Motivebene

Eine Komplementarität auf der Motivebene bedeutet, dass ein Therapeut erkennt, welches die zentralen Beziehungsmotive des Klienten sind und sich dazu, im Rahmen der therapeutischen Regeln, bedürfnisbefriedigend verhält; dadurch baut er eine vertrauensvolle Beziehung zum Klienten auf, er schafft „Beziehungskredit“ (Sachse, 2003).

Komplementarität zur Motivebene bedeutet bei Klienten mit schizoider Persönlichkeitsstörung vor allem, dass der Therapeut sich dem Klienten zuwendet und zugewandt bleibt.

Dies impliziert auch, dass der Therapeut sich bemüht, sein nonverbales Verhalten *nicht* „herunterzufahren“: Der Therapeut lächelt den Klienten weiterhin an, auch wenn der Klient nicht zurücklächelt; der Therapeut bleibt weiterhin freundlich, auch wenn der Klient keine Miene verzieht; der Therapeut bleibt weiterhin an dem Klienten und an dessen Aussagen interessiert, selbst wenn (noch) kaum relevante Informationen vom Klienten kommen; der Therapeut unterstreicht seine Aussagen weiterhin durch Gesten, selbst wenn der Klient völlig starr sitzt. Der Therapeut kann durch sein nonverbales Verhalten

- dem Klienten *zeigen*, dass er zugewandt ist und *bleibt*;
- dem Klienten Interesse und Respekt bekunden;
- dem Klienten *zeigen*, dass er sich nicht abschrecken lässt, dass er sich nicht zurückzieht, dass er den Klienten nicht für arrogant hält, kurz: dass er sich *nicht* so verhält wie andere Interaktionspartner.

Somit signalisiert der Therapeut *auf allen Kommunikationskanälen*, dass er den Klienten schätzt, respektiert, sich für ihn interessiert, loyal ist, verlässlich ist und verhält sich damit komplementär zu den wichtigsten Beziehungsmotiven.

Besonders wichtig ist aber, dass der Klient mit dem Therapeuten die Erfahrung macht, dass der Therapeut *sich intensiv um ein Verstehen des Klienten bemüht* und versucht, sich in das Erleben und die Verarbeitungsweisen des Klienten hineinzusetzen. Und der Klient sollte auch die Erfahrung machen, dass der Therapeut ihn *wirklich versteht*; dazu ist es wichtig, dass der Therapeut viel von dem, was er versteht, verbalisiert und expliziert. Verstehen und Verständnis bringt wahrscheinlich am meisten Beziehungskredit. Auf diese Weise gewinnt der

Klient allmählich Vertrauen zum Therapeuten; gibt langsam einen Teil seiner Autonomie auf, lässt sich auf den Therapeuten ein und lässt sich von ihm helfen. Alle diese Prozesse sind für den schizoiden Klienten schwierig; er kann sich erst langsam und probeweise auf den Therapeuten einlassen.

Wenn der Klient in der Stunde schweigen will, dann schweigt der Therapeut auch; er bleibt bei dem Klienten sitzen, bleibt aufmerksam, beobachtet den Klienten nicht, sondern guckt nur ab und zu zum Klienten hin; bietet dem Klienten an, zu reden, wenn der Klient reden will. Ansonsten akzeptiert der Therapeut das Schweigen völlig. Macht der Klient smalltalk, dann macht der Therapeut mit. Der Therapeut macht somit in der ersten Phase der Therapie (5-15 Stunden) in erster Linie *ein Beziehungsangebot und kein Inhalts- oder Bearbeitungsangebot!* Das Ziel ist nur: Kontakt zum Klienten zu bekommen, dem Klienten vermitteln, dass ihm, entgegen seiner Annahmen, der Kontakt zum Therapeuten gut tun könnte, dass die Beziehung ihm wichtig werden könnte. Erst wenn diese Ziele erreicht sind, kann inhaltlich gearbeitet werden, können z.B. Schemata bearbeitet werden.

4.2 Explizierung von Beziehungsmotiven

Explizieren von Beziehungsmotiven bedeutet, dass ein Therapeut dem Klienten immer wieder verdeutlicht, was der Klient möchte, was ihm wichtig ist, wonach er sich sehnt usw., sodass der Klient Schritt für Schritt eine Repräsentation seiner Motive schaffen kann und weiß, was ihm wirklich wichtig ist (Sachse, 2003).

Die Explizierung der Beziehungsmotive ist bei den Klienten mit schizoider Persönlichkeitsstörung extrem wesentlich. Die Klienten benötigen eine Repräsentation dessen, was ihnen wirklich wichtig ist; ohne dieses Wissen erlangen sie auch keine Änderungsmotivation. Denn die Hauptkosten des Systems bestehen im Wesentlichen darin, dass die Klienten ihre Bedürfnisse nicht erfüllen können. Sind die Bedürfnisse jedoch klar, dann kann man daran arbeiten, was man verändern kann und muss, um der Befriedigung der Bedürfnisse möglichst nahe zu kommen.

Man muss jedoch damit rechnen, dass eine Explizierung wesentlicher Motive bei den Klienten dazu führen kann, dass sich internale Konflikte massiv verstärken: Je stärker die Motive dann klar werden, desto stärker wird das Bedürfnis des Klienten werden, an den Schemata zu arbeiten; und damit sollte dann auch umso stärker an den Schemata gearbeitet werden. Somit

gehen Explizierung der Motive, Explizierung der Schemata und Bearbeitung der Schemata Hand in Hand.

4.3 Ressourcen-Aktivierung

Bei Klienten mit SCH ist Ressourcen-Aktivierung wesentlich, da Klienten oft ihre Fähigkeiten und Kompetenzen systematisch unterschätzen. Jedoch muss ein Therapeut hier im Hinblick auf soziale Kompetenzen auch mit realen Defiziten rechnen, sodass oft Kompetenzen durch Trainings erst aufgebaut werden müssen.

4.4 Klären von Schemata

Langsam, Stück für Stück (oder Scheibchen für Scheibchen) werden die Annahmen des Klienten herausgearbeitet. Dabei hilft der Therapeut stark durch Explizierungen, um dem Klienten bei einer Repräsentation der Schemata zu helfen (Sachse, 2003).

Insbesondere muss dem Klienten auch klar werden, dass die Autonomie nicht etwas ist, was der Klient wirklich anstrebt, weil es eine hohe Attraktivität hat, sondern dass der Klient Autonomie realisiert, weil er keine Wahl zu haben glaubt. Dies muss dem Klienten klar sein, damit er überhaupt motiviert ist, an seinen Annahmen zu arbeiten, also daran, wie viel Autonomie er aufgeben kann und will, um andere Ziele, wie Kontakt zu anderen, zu erreichen.

Auch sollte dem Klienten deutlich werden, dass er auch nur deshalb davon ausgeht, dass er keine Beziehungen braucht, weil er glaubt, Beziehungen seien eh nichts Angenehmes. Der Klient muss dieses Selbst-Image in Frage stellen, sonst kann er sein Schneckenhaus nicht verlassen; in-Frage-stellen kann er es aber nur, wenn ihm deutlich ist, was er tut.

Biographische Arbeit kann bei Klienten mit schizoider Persönlichkeitsstörung sehr bedeutsam sein, damit der Klient versteht, wie er zu seinen Annahmen und Strategien gekommen ist. Dies hilft ihm meist auch zu erkennen, dass diese Annahmen nicht zwingend sind und nicht „die Realität“ abbilden.

4.5 Bearbeiten von Schemata

Eine systematische Bearbeitung der Schemata ist erst relativ spät in der Therapie möglich. Voraussetzung ist, neben einem ausreichenden Beziehungskredit vor allem, dass der Klient seine Motive kennt, seine Schemata kennt und eine Veränderung tatsächlich *will*.

Auch hier eignet sich sehr gut das Ein-Personen-Rollenspiel: Der Klient kann selbst eine Annahme prüfen wie „Beziehungen bringen nichts“. Er kann sich klarmachen, dass diese Annahme auf Erfahrungen in der Familie zurückgeht und dass er viele Personen sieht, für die das offenbar nicht gilt. Er kann sich auch klarmachen, dass er die Annahme prüfen kann, dass aber die einzige Möglichkeit, sie zu prüfen, darin besteht, sich zumindest probeweise auf eine Beziehung einzulassen (Sachse, 1983; Sachse et al., 2008, 2011).

Der Klient sollte sich in der Therapeut-Funktion auch selbst klarmachen, wie er selbst sein System konstruiert hat: warum er in die Autonomie geflüchtet ist, welche Vorteile das bringt, aber auch: welche Kosten das hat. Und er sollte an der Frage arbeiten, ob er diese Kosten tatsächlich will.

Deutlich sollte auch werden, dass der Klient die Autonomie auch keineswegs völlig aufgeben muss; dass er durchaus Kompromisse herstellen kann zwischen Nähe/Bindung und Autonomie/Auf-sich-selbst-verlassen. Denn bestimmte Aspekte der Autonomie wird der Klient wahrscheinlich immer brauchen. Die Annahme jedoch, man sei entweder völlig autonom oder völlig gebunden, kann als dichotomes Denken entlarvt werden.

4.6 Trainings

Bei Klienten mit schizoider Persönlichkeitsstörung muss man damit rechnen, dass sie, die Interaktionen und damit entsprechende Erfahrungen systematisch vermieden haben, *massive soziale Kompetenzdefizite* aufweisen, die in der Regel noch weitgehender sind als bei Klienten mit selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung. Die Inkompetenz kann so weit gehen, dass den Klienten grundlegende soziale Regeln fremd sind. Daher wird man kaum an entsprechenden Kompetenztrainings vorbeikommen. Gerade auch Video-Feedback ist erforderlich, um den Klienten deutlich zu machen, dass sie ihr nonverbales Verhalten verändern sollten und ihnen Feedback über Veränderungen zu ermöglichen.

Literatur

- Bockian, N.R. (2006). Depression in Schizoid Personality Disorder. In: N.R. Bockian (Ed.), *Personality-guided therapy for depression*, 63-90. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Harper, R.G. (2004). Schizoid personality. In: R. Harper (Ed.), *Personality-guided therapy in behavioral medicine*, 47-64. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Katz, J.S. (2004). The schizoid personality disorder. In: J.F. Masterson & A.R. Lieberman (Eds.), *A therapist's guide to the personality disorders*, 91-109. Phoenix, AZ, US: Zeig, Tucker & Theisen.
- Martens, W.H.J. (2011). A schizoid man. *The European Journal of Psychiatry*, 25 (2), 111-113.
- Mittal, V.A., Kalus, O., Bernstein, D.P. & Siever, L.J. (2007). Schizoid Personality Disorder. In: W. O'Donohue, K.A. Fowler & S.O. Lilienfeld (Eds.), *Personality Disorders*, 63-80. Thousand Oaks: Sage.
- Nirestean, A., Lukacs, E., Cimpan, D., Taran, L. (2012). Complex case: Schizoid personality disorder – the peculiarities of their interpersonal relationships and existential roles. *Personality and Mental Health*, 6 (1), 69-74.
- Rasmussen, P.R. (2005). The schizoid prototype. In: P.R. Rasmussen (Ed.), *Personality-guided cognitive-behavioral therapy*, 73-87. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Sachse, R. (1983). Das Ein-Personen-Rollenspiel: Ein integratives Therapieverfahren. *Partnerberatung*, 4, 187-200.
- Sachse, R. (1999). *Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile*. Göttingen: Hogrefe, 2. Auflage.
- Sachse, R. (2001). *Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Fasbender, J., Breil, J. & Sachse, M. (2011). Bearbeitung von Schemata im Ein-Personen-Rollenspiel. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & M. Sachse (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie II*, 184-204. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R., Püschel, O., Fasbender, J. & Breil, J. (2008). *Klärungsorientierte Schema-Bearbeitung – Dysfunktionale Schemata effektiv verändern*. Göttingen: Hogrefe.

- Sachse, R., Sachse, M. & Fasbender, J. (2010). *Klärungsorientierte Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Skodol, A.E., Grilo, C.M., Keyes, K.M., Geier, T., Grant, B.F. & Hasin, D.S. (2011). Relationship of personality disorders to the course of major depressive disorder in a nationally representative sample. *The American Journal of Psychiatry*, 168 (3), 257-264.
- Thylstrup, B. & Hesse, M. (2009). "I am not Complaining" – Ambivalence Construct in Schizoid Personality Disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 63 (2), 147-167.
- Yan, C., Liu, W.H., Cao, Y. & Chan, R.C.K. (2011). Self-reported pleasure experience and motivation in individuals with schizotypal personality disorders proneness. *East Asian Archives of Psychiatry*, 21 (3), 115-122.
- Yontef, G. (2001). Psychotherapy of schizoid process. *Transactional Analysis Journal*, 31 (1), 7-23.