



Loose • Graaf • Zarbock (Hrsg.)

Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen



BELTZ

Loose • Graaf • Zarbock (Hrsg.)

Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen

Christof Loose • Peter Graaf • Gerhard Zarbock (Hrsg.)

Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen

Mit Online-Materialien

BELTZ

Anschrift der Hrsg.:

Dr. Christof Loose, Dipl.-Psych.
Institut für Experimentelle Psychologie
Abteilung für Klinische Psychologie
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Universitätsstraße 1
40225 Düsseldorf
E-Mail: christof.loose@uni-duesseldorf.de

Peter Graaf, Dipl.-Psych.
Werner-Otto-Institut gGmbH
Bodelschwinghstraße 23
22337 Hamburg
E-Mail: PGraaf@werner-otto-institut.de

Dr. Gerhard Zarbock, Dipl.-Psych.
Institut für Verhaltenstherapie-Ausbildung Hamburg (IVAH)
Hans-Henny-Jahnn-Weg 51
22085 Hamburg
E-Mail: info@ivah.de

Dieses Buch ist auch als Printausgabe erhältlich
(ISBN 978-3-621-28014-3).

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52 a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen und sonstigen Bildungseinrichtungen.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

1. Auflage 2013

© Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2013
Programm PVU Psychologie Verlags Union
<http://www.beltz.de>

Lektorat: Andrea Schrameyer
Herstellung: Sonja Frank
Reihengestaltung: Federico Luci, Odenthal
Umschlagbild: Daniel Viéné, »Les voitures«; mit freundlicher Vermittlung der foxx Galerie, Zürich,
www.foxxgalerie.com
Satz: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

E-Book

ISBN 978-3-621-28061-7

Inhaltsübersicht

Geleitwort von Eckhard Roediger	13
Vorwort	15
1 Grundlagen der Anwendung von Schematherapie bei Kindern und Jugendlichen <i>Gerhard Zarbock • Christof Loose • Peter Graaf</i>	19
2 Schematherapie in der Phase vom Säugling zum Kleinstkind <i>Katharina Armour • Sophie Kröger • Gerhard Zarbock</i>	67
3 Schematherapie beim Vorschulkind <i>Christof Loose • Peter Graaf • Katharina Armour</i>	93
4 Schematherapie beim Grundschulkind <i>Peter Graaf • Christof Loose</i>	108
5 Schematherapie beim pubertierenden Kind <i>Christof Loose • Peter Graaf</i>	129
6 Schematherapie beim Jungerwachsenen <i>Christine Zens • Silka Hagena</i>	149
7 Kindbezogene Techniken und Vorgehensweisen <i>Peter Graaf • Christof Loose</i>	178
8 Elternbezogene Techniken und Vorgehensweisen <i>Peter Graaf</i>	261
9 Der schematherapeutische Ansatz im Therapieantrag <i>Christof Loose • Petra Baumann-Frankenberger • Gerhard Zarbock</i>	323
10 Schematherapie bei Kindern und Jugendlichen – ein neues Konzept entwickelt sich <i>Christof Loose • Petra Baumann-Frankenberger</i>	333
Autorenverzeichnis	343
Hinweise zu den Online-Materialien	345
Sachverzeichnis	347

Inhalt

Geleitwort	13
Vorwort	15
1 Grundlagen der Anwendung von Schematherapie bei Kindern und Jugendlichen	19
<i>Gerhard Zarbock • Christof Loose • Peter Graaf</i>	
1.1 Entwicklungspsychologische Aspekte der Schematherapie	19
1.1.1 Modell der Risiko- und Schutzfaktoren	19
1.1.2 Modell der Entwicklungsaufgaben	20
1.1.3 Modell der Temperamentsdimensionen und -konstellationen	20
1.2 Das schematherapeutische Modell	23
1.2.1 Das Grundbedürfnisfrustrationsmodell	24
1.2.2 Schematherapeutische Bewältigungsreaktionen	26
1.2.3 Schemata als Lernergebnis emotionsintensiver psychosozialer Schlüsselsituationen	27
1.2.4 Schemata, Elternverhalten, Kognitionen und Bewältigungsstile	29
1.2.5 Das Modus-Konzept	36
1.2.6 Schema- oder Modustransaktionsmodell	39
1.3 Das schematherapeutische Modus-Konzept bei Kindern und Jugendlichen	40
1.3.1 Modus-Benennung bei Kindern und Jugendlichen	41
1.3.2 Entstehung von Bewältigungsmodi bei Kindern und Jugendlichen	41
1.3.3 Umgang mit Bewältigungsmodi bei Kindern und Jugendlichen	45
1.3.4 Verhältnis von Schemata und Modi	55
1.4 Altersspezifische Besonderheiten der Schematherapie	56
1.4.1 Säuglinge und Kleinstkinder im Alter von 0 bis 3 Jahren	56
1.4.2 Das Vorschulkind im Alter von 4 bis 6 Jahren	57
1.4.3 Schuleintritt bis zur Vorpubertät zwischen dem 6. und ca. dem 10./11. Lebensjahr	58
1.4.4 Das pubertierende Kind im Alter von 11 bis 16 Jahren	58
1.4.5 Der Spätpubertäre/Jungerwachsene im Alter von 17 bis 23 Jahren	59
1.5 Die therapeutischen Zugänge der Schematherapie	59
1.5.1 Indikation und Kontraindikation der Schematherapie	61
1.5.2 Zentrale Ansatzpunkte, Merkmale und Ziele der Schematherapie	62

2	Schematherapie in der Phase vom Säugling zum Kleinstkind	67
	<i>Katharina Armour • Sophie Kröger • Gerhard Zarbock</i>	
2.1	Phasenspezifische Entwicklungsaufgaben, -themen, potentielle Krisen, Konflikte und Traumatisierungen der jungen Familie aus der Sicht der Schematherapie	68
2.1.1	Entwicklungsaufgaben für Eltern und Kind	68
2.1.2	Bewältigung und Interaktion	69
2.1.3	Woher kommt das »Nicht-richtig-aufeinander-reagieren-Können«? Schematherapeutische Erklärungsansätze	70
2.2	Schematherapeutische Betrachtung des Mannes in der Rolle des Vaters	74
2.3	Schematherapeutische Konzepte zur Diagnostik, Psychoedukation und Therapie von Regulationsstörungen	76
2.3.1	Diagnostik auf Ebene der kindlichen Symptomatik	76
2.3.2	Exploration der elterlichen Belastung	77
2.3.3	Diagnostik der Eltern-Kind-Interaktion	77
2.3.4	Beobachtungsverfahren und Instrumente zur Selbst- und Fremdbeschreibung	78
2.3.5	Zusammenfassung zur Diagnostik auf den beteiligten Ebenen	79
2.3.6	Ziele und Therapie	81
2.4	Schematherapeutische Praxis: Therapiestrategien, altersspezifische Techniken	82
2.4.1	Störungsspezifische schematherapeutische Überlegungen und Hinweise zu spezifischen Störungen und Problemstellungen	84
2.4.2	Klassische verhaltenstherapeutische Interventionsmethoden im Rahmen der Schematherapie	87
2.4.3	Paartherapie und systemische Betrachtungen der Schematherapie	89
2.5	Ausblick	90
3	Schematherapie beim Vorschulkind	93
	<i>Christof Loose • Peter Graaf • Katharina Armour</i>	
3.1	Phasenspezifische Entwicklungsaufgaben, -themen, potentielle Krisen, Konflikte und Traumatisierungen aus der Sicht der Schematherapie	93
3.1.1	Phasenspezifische Entwicklungsaufgaben und -themen	94
3.1.2	Potentielle Krisen, Konflikte und Traumatisierungen	95
3.2	Schematherapeutische Konzepte zu Diagnostik, Psychoedukation und Therapie	98
3.2.1	Gesprächsführung mit Vorschulkindern	98
3.2.2	Wichtige Diagnostikebenen	98
3.2.3	Edukation	100

3.3	Schematherapiepraxis: Altersgemäße Beziehungsgestaltung und Therapiestrategien	101
3.3.1	Moduslandschaft eines Vorschulkindes	101
3.3.2	Anwendung von Finger- und Handpuppen	102
3.3.3	Modusgeleitete, bedürfnisorientierte Spieltherapie	103
3.3.4	Modus- und bedürfnisorientiertes Spielprotokoll	103
3.4	Fallbeispiel Chiara: Diagnostische Ergebnisse und therapeutisches Vorgehen	104
3.5	Allgemeines Fazit zur Schematherapie im Vorschulalter	106
4	Schematherapie beim Grundschulkind	108
	<i>Peter Graaf • Christof Loose</i>	
4.1	Phasenspezifische Entwicklungsaufgaben und Konflikte	108
4.1.1	Entwicklungsaufgaben und potentielle Krisen	109
4.1.2	Kompetenzen zur Meisterung der Entwicklungsaufgaben	110
4.1.3	Auswirkungen eingeschränkter Fähigkeiten und Gruppendynamiken auf die Schemabildung	112
4.1.4	Auswirkungen mangelnder äußerer Ressourcen	115
4.2	Schematherapeutische Konzepte zur Diagnostik	115
4.2.1	Diagnostikebenen	116
4.2.2	Diagnostische Settings und Techniken	116
4.3	Schematherapiepraxis: Altersgemäße Beziehungsgestaltung, Therapiestrategien, altersspezifische Techniken	120
4.4	Fazit	126
5	Schematherapie beim pubertierenden Kind	129
	<i>Christof Loose • Peter Graaf</i>	
5.1	Phasenspezifische Entwicklungsaufgaben und -themen, potentielle Krisen und Konflikte, Traumatisierungen in der Pubertät und Auswirkungen der kognitiven Entwicklung	130
5.1.1	Phasenspezifische Entwicklungsaufgaben und -themen	130
5.1.2	Potentielle Krisen, Konflikte und Traumatisierungen	131
5.1.3	Kognitive Entwicklung und Emotionsverständnis	134
5.2	Schematherapeutische Konzepte zu Diagnostik, Psychoedukation und Therapie	135
5.2.1	Wichtige Diagnostikebenen	136
5.2.2	Edukation	139
5.3	Schematherapiepraxis: Altersgemäße Beziehungsgestaltung und Therapiestrategien	139
5.4	Fazit	146

6	Schematherapie beim Jungerwachsenen	149
	<i>Christine Zens • Silka Hagena</i>	
6.1	Phasenspezifische Entwicklungsaufgaben, -themen, potentielle Krisen, Konflikte und Traumatisierungen aus der Sicht der Schematherapie	150
6.1.1	Phasenspezifische Entwicklungsaufgaben und -themen beim Jungerwachsenen	151
6.1.2	Potentielle Krisen, Konflikte und Traumatisierungen aus der Sicht der Schematherapie	153
6.2	Schematherapeutische Konzepte zu Diagnostik, Psychoedukation und Therapie für die häufigsten Störungsbilder und klinischen Problemstellungen	156
6.2.1	Indikation, Kontraindikation und Diagnostik	156
6.2.2	Psychoedukation	161
6.3	Schematherapiepraxis: Therapiestrategien, altersgemäße Beziehungsgestaltung und altersspezifische Techniken	162
6.3.1	Fallkonzeptualisierung und Behandlungsplanung	163
6.3.2	Die therapeutische Beziehung	167
6.3.3	Altersspezifische schematherapeutische Techniken bei Jungerwachsenen	169
6.4	Fazit	175
7	Kindbezogene Techniken und Vorgehensweisen	178
	<i>Peter Graaf • Christof Loose</i>	
7.1	Vorbemerkungen zur Therapiemotivation bei Kindern und Jugendlichen	178
7.2	Modusarbeit: Grundelemente und Materialien	179
7.3	Beziehungsaufbau als wesentliches Merkmal in der Schematherapie	184
7.3.1	Beziehungsaufbau zum Patienten	184
7.3.2	Beziehungsaufbau zu elterlichen Bezugspersonen	187
7.4	Empathische Konfrontation	188
7.5	Modusorientierte Spieltherapie	192
7.6	Schematherapeutische Arbeit mit Geschichten	195
7.7	Psychoedukation	199
7.7.1	Materialien zur Edukation	199
7.7.2	Edukation in verschiedenen Altersstufen	199
7.7.3	Grundschrte zur Edukation bei Kindern	201
7.7.4	Metaphern zur Darstellung von Schemata und Modi	203
7.8	Schema- und Modusarbeit mit Zeichnungen und kreativem Material	207
7.8.1	Therapeutische Traditionen in der Arbeit mit Bildern	207
7.8.2	Schema- und Modusarbeit mit Zeichnungen	209

7.9	Modusarbeit mit Stühlen	217
7.10	Modusarbeit mit Puppen (Finger- oder Handpuppen) und anderen Figuren	224
7.11	Arbeit am »Inneren Haus«	235
7.11.1.	Modus-Ebene	236
7.11.2	Erfahrungs-Ebene	239
7.11.3	Schema-Ebene	240
7.11.4	Modus-Schema-Erfahrungs-Spiel	241
7.12	Imaginationsverfahren	243
7.12.1	Kontraindikation und negative Erfahrungen mit Imaginationsübungen	245
7.12.2	Anforderungen bei Imaginationsübungen	245
7.12.3	Imaginäres Überschreiben	247
7.12.4	Ressourcenorientierte Imaginationsarbeit	250
7.13	Memokarten und Tagebücher	251
7.14	Hausaufgaben	252
7.15	Zusammenfassung und Indikation für die Mischung einzelner Techniken	257
8	Elternbezogene Techniken und Vorgehensweisen	261
	<i>Peter Graaf</i>	
8.1	Einordnung schematherapeutischer Elternarbeit	261
8.1.1	Begriffsbestimmung: VT-Beratung, Schemapädagogik und Schemacoaching	261
8.1.2	Elemente des Schemacoachings	263
8.1.3	Elterntrainings und -beratung unter schematherapeutischer Perspektive	264
8.2	Erweiterung und Perspektiven einer systemischen Schematherapie	265
8.2.1	Vorbemerkungen zur systemischen Schemaperspektive	265
8.2.2	Grenzen von Systemen und Subsystemen	266
8.2.3	Rollenzuweisungen und Rolleninduktion	267
8.2.4	Systemregeln	272
8.2.5	Funktionalität	274
8.2.6	Teufelskreis dysfunktionaler Transaktion und Modus-Eskalation	278
8.2.7	Ressourcen	281
8.3	Moduskonstellationen und Modusaktivierung im System	281
8.3.1	Die besondere Rolle der inneren Elternmodi bei Eltern	283
8.3.2	Schemavermeidung bei Eltern – dysfunktionale Gegenwehr gegen negative Elternmodi	285

8.4	Die Rolle des Therapeuten gegenüber den Eltern: Die therapeutische Beziehung im Spannungsfeld zwischen Beratung, Coaching, Anleitung und Therapie	287
8.5	Diagnostik elterlicher Schemata und Modi	288
8.6	Edukation mit Texten (Formulierungshilfen) und Zeichnungen	293
8.7	Interventionen zur Schema- und Modusarbeit mit Eltern	295
8.7.1	Schuldgefühle in der Elternarbeit	296
8.7.2	Kognitive Ansätze/Methoden	300
8.7.3	Emotionale Ansätze/Methoden	301
8.7.4	Verhaltensorientierte (behaviorale) Methoden	308
8.8	Fallbeispiel »Ron« zur Darstellung verschiedener Interventionen	317
8.9	Zusammenfassung	319
9	Der schematherapeutische Ansatz im Therapieantrag	323
	<i>Christof Loose • Petra Baumann-Frankenberger • Gerhard Zarbock</i>	
9.1	Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik	325
9.2	Lebensgeschichtliche Entwicklung des Patienten und Krank- heitsanamnese	326
9.3	Psychischer Befund zum Zeitpunkt der Antragstellung	327
9.4	Somatischer Befund bzw. Konsiliarbericht	327
9.5	Verhaltens- und Bedingungsanalyse	327
9.6	Diagnose	330
9.7	Therapieziele und Prognose	330
9.8	Behandlungsplan unter Einbezug schematherapeutischer Techniken	330
9.9	Fazit	331
10	Schematherapie bei Kindern und Jugendlichen – ein neues Konzept entwickelt sich	333
	<i>Christof Loose • Petra Baumann-Frankenberger</i>	
10.1	Nationale und internationale Arbeitsgruppen zur ST-KJ	334
10.2	Fortbildungen zur Schematherapie bei Kindern und Jugend- lichen	336
10.3	Schematherapie in der Aus- und Weiterbildung des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP)	336
10.3.1	Schematherapie in der Selbsterfahrung der KJP-Ausbildung	337
10.3.2	Schematherapie in der Supervision von Kinder- und Jugend- lichenpsychotherapeuten	339
	Autorenverzeichnis	343
	Hinweise zu den Online-Materialien	345
	Sachverzeichnis	347

Geleitwort

Die Schematherapie nimmt derzeit eine sehr dynamische Entwicklung, neben Holland besonders in Deutschland. Die deutschen Mitglieder stellen inzwischen die größte Gruppe in der internationalen Schematherapie-Gesellschaft (ISST) dar. Warum ist die Schematherapie gerade in Deutschland so erfolgreich? Vermutlich hat das damit zu tun, dass im deutschsprachigen Raum durch die grundlegenden Arbeiten von Klaus Grawe vielen Therapeuten die Konstrukte des Schemas und der Grundbedürfnisse bzw. deren Frustration bei der Störungsentstehung bereits vertraut sind. Jeffrey Young hat parallel zu Grawe (und ohne ihn gelesen zu haben) ein Modell entwickelt, das meiner Meinung nach eine gelungene praktische Umsetzung weiterer Teile der Grawe'schen Theorie darstellt. Was die Schematherapie grundsätzlich attraktiv macht, ist die konsistente Verbindung eines entwicklungsorientierten Modells mit umfassend und intensiv wirkenden erlebnisaktivierenden Techniken sowie einer Beziehungsgestaltung, die sich an dem Verhalten »fürsorglicher Eltern« orientiert. Damit hat bereits die Schematherapie für Erwachsene einen pädagogischen Duktus. Was liegt näher, als dieses auch empirisch erfolgreiche Konzept auf Kinder und Jugendliche zu übertragen, wo in der Therapie sowieso mit sogenannten Kindmodi gearbeitet wird? Warum mit der Therapie warten, bis das »Kind in den Brunnen gefallen« ist?

Tatsächlich werde ich in Vorträgen und Kursen immer wieder gefragt, ob man Schematherapie auch mit Kindern und Jugendlichen machen kann. »Yes we can!« – und wie das geht, zeigt dieses Buch. Es deckt alle Entwicklungsphasen von der Geburt bis zum Einstieg in das Erwachsenenalter ab. Notwendigerweise bezieht es dabei auch die Eltern in die Therapie ein. Bis zur Pubertät und der damit verbundenen Individuation sind doch die Eltern ein wesentlicher Adressat der Therapie entsprechend dem pädagogischen Grundprinzip: »Man kann den Kindern sagen, was man will, sie machen einem doch alles nach.« Die Eltern zu »coachen«, wie es in diesem Buch genannt wird, stellt die wohl wichtigste primäre Prävention psychischer Störungen dar und erspart die spätere »Nachbeelterung« durch Therapeuten. Mit der Pubertät und der zunehmenden Öffnung für außerfamiliäre Einflüsse treten dann die Therapeuten verstärkt in die Beelterung mit ein. Im Vergleich zu Erwachsenen zeigen Kinder zum Teil noch ein relativ ungebremstes externalisierendes Verhalten, besonders wenn durch einen Mangel an Grenzsetzungen keine gesunde Selbstregulationsfähigkeit aufgebaut wurde. Die Therapeuten dienen dann als Modell für einen gesunden Erwachsenenmodus, der im Laufe der Therapie internalisiert werden kann. Sie leisten damit eine primäre »Entwicklungshilfe«.

Im Gegensatz zur Nachbeelterung in der Therapie mit Erwachsenen verlangt das ein verändertes Vorgehen: Es muss konsequent an ganz konkreten Situationen mit viel aktiver Hilfestellung gearbeitet werden, in denen das Erleben und Handeln mentalisiert wird, um dadurch den gesunden Erwachsenenmodus, hier bei Kindern der

»clevere Modus« genannt, in den Patienten aufzubauen. Erleben und Handeln werden in eine bewusste Reflexion gebracht. Das ist mit dem erlebnisnäheren Modusmodell deutlich leichter als mit dem abstrakten Konstrukt des Schemas. Folgerichtig baut das Buch vor allem auf dem Modusmodell auf und adaptiert es an die Sprache und Erlebniswelt der Kinder und Jugendlichen. So wird die Idee Jeffrey Youngs von einer »maßgeschneiderten Therapie« sehr kreativ und feinfühlig umgesetzt und weiterentwickelt. Das Modell gibt den Kindern und Jugendlichen eine »Bedienungsanleitung« für sich und andere an die Hand. Das mindert ihr Gefühl, »nicht in Ordnung« zu sein und gibt eine Orientierung, wie durch »cleveres« und fürsorgliches Handeln die berechtigten Grundbedürfnisse ihrer selbst und der anderen ausgewogen befriedigt werden können.

Die Arbeit mit den Eltern greift die Erweiterung des Modusmodells durch Heinrich Berbalk, dass innere Elternmodi auch nach außen (z. B. auf die eigenen Kinder) gerichtet sein können, gekonnt auf, werden die Kinder doch nicht selten Opfer der ungebremsten Kritiker, Bestrafer oder Antreiber der Eltern. Dieses Modell kann den Eltern ihre Moduswechsel verständlich machen, Schuldgefühle mindern und die Eltern dadurch besser für eine Mitarbeit gewinnen. Aber auch die Einsicht, dass empathische und transparente Grenzsetzungen zu einer gesunden Entwicklung der Kinder notwendig sind, kann für verunsicherte Eltern hilfreich sein.

Insgesamt wird in diesem Buch die entwicklungsdynamische Perspektive der Schematherapie in eine störungsspezifische Verhaltenstherapie bis hin zur Beschreibung der Antragsstellung eingebettet sowie durch den Blick auf die Familieninteraktion um eine systemische Perspektive erweitert, wie sie für eine Arbeit mit der Familie notwendig ist. Damit gibt das Buch einen runden und gelungenen Einstieg in eine schematherapeutisch fundierte Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Nun wünsche ich erst einmal viel Freude beim Lesen.

Frankfurt, im Sommer 2012

Dr. Eckhard Roediger

Vorwort

Dieses Buch ist für uns sowohl Freude als auch Wagnis, da wir hiermit international erstmalig umfassend das Konzept der Schematherapie, wie sie von Jeffrey Young formuliert und von Arnoud Arntz weiterentwickelt und evaluiert wurde, auf den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie übertragen.

Es ist »ein Buch aus der Praxis für die Praxis«. Damit wollen wir deutlich machen, dass die Ideen und Konzepte noch nicht abgeschlossen sind. Wir sind in einem ständigen Prozess der Festigung bewährter oder Modifikation noch nicht ausgereifter Ideen und Techniken und möchten unsere Arbeit als »work in progress« verstanden wissen. Damit einher geht der deutliche Appell an alle Leserinnen und Leser, die Entwicklung der Schematherapie im Kinder- und Jugendlichenbereich mit inhaltlicher Kritik, Beiträgen aus der eigenen Praxiserfahrung, aber auch mit wissenschaftlichen Untersuchungen (z. B. kontrollierte Einzelfallstudien, Gruppenstudien, RCT-Studien etc.) zu fördern und weiterzuentwickeln.

Bevor wir unseren herzlichen Dank an alle Unterstützer ausformulieren, möchten wir kurz erläutern, wie es überhaupt zu dem Buchprojekt »Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen« gekommen ist: Gerhard Zarbock als erfahrener Schematherapeut und Leiter eines Ausbildungsinstitutes (auch) im Bereich Kinder- und Jugendlichenverhaltenstherapie (IVAH, Hamburg) hatte die Idee, ein Buch über Kinder- und Jugendlichen schematherapie zu konzipieren. Eine erste Gliederung machte ihm aber die Umfänglichkeit des Vorhabens schnell deutlich und ließ auch die Notwendigkeit von kompetenten Mit-Herausgebern mit explizitem und langjährigem Arbeitsschwerpunkt in der Kinderverhaltenstherapie und der Kinder-Schematherapie erkennen. Er kontaktierte u. a. Petra Baumann-Frankenberger (IST-Köln), von der er wusste, dass sie eine Supervisionsgruppe zur Schematherapie bei Kindern und Jugendlichen in Köln leitete. Christof Loose, ein erfahrener Kollege aus dieser Gruppe mit eigener Homepage zur Kinderschematherapie, war sofort bereit, das Buchprojekt mitzugestalten. Peter Graaf aus Hamburg hatte schon seit einigen Jahren Ideen und Konzepte, die er zusammen mit Heinrich Berbalk entwickelt hat (»Schema- und modusgeleitete Verhaltenstherapie bei Kindern, Jugendlichen und Eltern«) in Seminaren und Workshops deutschlandweit vorgestellt. Auch er war sofort für das Projekt zu begeistern. Damit war ein überaus arbeitsfreudiges und ehrgeiziges Trio gefunden, dessen kreative Niederschläge Sie nun in diesem Buch vorfinden. Die vorliegende Herausgeber-Reihenfolge ergab sich dann aus den jeweiligen Arbeits- und Erfahrungsschwerpunkten der Autoren als auch aus dem möglichen Zeitkontingent, das von jedem in das Buch investiert werden konnte.

Aufbau des Buches. Lassen Sie uns einige Worte zum Kapitelaufbau sagen: Nachdem Sie dieses Vorwort zu Ende gelesen haben, erwartet Sie in Kapitel 1 eine allgemeine Einführung in die Schematherapie bei Kindern und Jugendlichen (ST-KJ): Sie skizziert

entwicklungspsychologische Aspekte, umschreibt das schematherapeutische Modell, erläutert das Modus-Konzept, fokussiert auf altersspezifische Besonderheiten und erlaubt Ihnen erste Einblicke in die therapeutischen Zugänge der ST-KJ. Dieses Kapitel 1 sollten Sie unbedingt lesen, da die folgenden Seiten des Buches auf dem Wissen des Kapitels 1 aufbauen. Die Kapitel 2 bis 6 vertiefen die schon in Kapitel 1 angerissenen altersspezifischen Besonderheiten: Im Kapitel 2 geht es um Schematherapie im Säuglings- und Kleinstkindalter. Ausgehend von entwicklungspsychologischen Erkenntnissen, unter Berücksichtigung etablierter tiefenpsychologischer und verhaltenstherapeutischer Überlegungen konnte ein innovativer, spezifisch schematherapeutischer Zugang zu diesem Bereich entwickelt werden. Die Kapitel zum Vorschul-, Grundschul- und pubertierendem Alter (Kapitel 3, 4 und 5) sind besonders dann empfehlenswert, wenn Sie mit Kindern aus dieser Altersgruppe schematherapeutisch arbeiten wollen oder sonst an neuen Blickwinkeln, Ideen, Methoden und Konzepten für diese Altersgruppe interessiert sind. Kapitel 6 (Schematherapie bei Spätpubertierenden und Jungerwachsenen) ermöglicht Ihnen einen praxisnahen und tieferen Einblick in konkrete Vorgehensweisen bei dieser Übergangsphase zum Erwachsenenalter. Die innovativen kinder- und elternspezifischen schematherapeutischen Techniken werden in Kapitel 7 und 8 in aller Breite dargestellt. Diese Kapitel ermöglichen dem Leser, besser beurteilen zu können, was Schematherapie für Kinder und Jugendliche ausmacht, im Detail kennzeichnet und welche spezifischen Stärken sie – vielleicht auch im Vergleich mit anderen therapeutischen Zugängen – anzubieten hat. Wie die Schematherapie mit systemischen Überlegungen in Verbindung gebracht werden kann und welche neuen Perspektiven sich dadurch ergeben, zeigen die Ausführungen zu den elternbezogenen Techniken und Vorgehensweisen. Kapitel 7 und 8 sind auch deshalb besonders wichtig, da die Schematherapie bei Kindern und Jugendlichen zu einem großen Teil auf Elternarbeit fußt, die aus Platzgründen in den übrigen altersspezifischen Kapiteln oft nur kurz dargestellt ist. Kapitel 9 widmet sich den Besonderheiten bei der Erstellung von Gutachten mit schematherapeutischen Methoden: Sie zeigen auf, wie und warum man Schematherapie als eine technische und strategische Variante innerhalb der Verhaltenstherapie auffassen kann und muss. Kapitel 10 gibt schließlich einen Überblick über die Entwicklung und Verbreitung der ST-KJ und skizziert deren Einsatz in Selbsterfahrungs- sowie in Supervisionsgruppen (z. B. in der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten).

Nun möchten wir vielen Menschen danken, ohne deren Engagement und Unterstützung dieses Buch nicht möglich gewesen wäre: An erster Stelle danken wir Jeffrey Young für das große Gesamtwerk der Schematherapie überhaupt. Arnoud Arntz gebührt Dank für sein unermüdliches Bemühen um die empirische Evaluation der schematherapeutischen Konzepte und Ansätze. Nur durch umfangreiche empirische Untersuchungen kann die Schematherapie überhaupt einen festen Platz im Kanon evidenzbasierter und empfehlenswerter psychotherapeutischer Vorgehensweisen erwerben. Heinrich Berbalk kommt nicht nur die erstmalige Verbreitung schematherapeutischer Ideen im deutschsprachigen Raum und die Ausbildung vieler Insti-

tutsleiter schematherapeutischer Institute zu, sondern auch die Idee der Entwicklung einer Schematherapie bei Kindern und Jugendlichen überhaupt. Er gilt – nicht zuletzt durch sein Vorgehen, Fingerpuppen in der Modusarbeit einzusetzen – in unseren Augen als der »Vater der Schematherapie bei Kindern und Jugendlichen«. Auch Eckhard Roediger gehört zu denen, die wir gar nicht früh genug bei den Dankesworten anführen können, natürlich für seine so ausgefeilten, didaktisch hervorragenden und zum Weiterdenken anregenden Bücher, hier an dieser Stelle aber besonders für seine Unterstützung bei der ST-KJ, die im Geleitwort dieses Buches zum Ausdruck kommt. Wir wollen auch Gitta Jacob für ihre hervorragenden Bücher zur Schematherapie, besonders zur Modus-Arbeit danken, die einer großen Leserschaft die Konzepte sehr anschaulich und praxisnah vermittelt hat. Dem Beltz Verlag gehört darüber hinaus ebenso unser Dank, der sich mit zahlreichen Veröffentlichungen zu diesem Thema – wie auch wir – der Schematherapie verschrieben hat und somit zu dem Bekanntheitsgrad im deutschen Sprachraum erheblich beigetragen hat.

Die Kapitel in diesem Buch haben wir natürlich unter uns Herausgebern und Autoren selbst überprüft, aber auch durch erfahrene und bekannte Kindertherapeuten wie Gunter Groen (Hamburg) und Dorothee Verbeek (Lübeck) auszugsweise beurteilen lassen. Sie gaben uns ein wertvolles und konstruktives Feedback, das wir gerne vor der Fertigstellung des Manuskriptes berücksichtigt haben.

Wir möchten ferner Annetta Thies (Werner-Otto-Institut, Hamburg) für die Durchsicht des Säuglingskapitels und Hinweise zur aktuellen Leitliniendiskussion bei Regulationsstörungen danken. Ulla Eckardt aus Berlin gab uns schöne Anregungen zu ihrer schematherapeutischen Arbeit mit dem Familienbrett.

Die Zusammenarbeit mit dem Lektorat, namentlich Frau Schrameyer, erwies sich ebenfalls als überaus konstruktiv, angenehm und unterstützend.

Wir möchten Sie auch auf Seminare, Workshops und Trainingskurse in der ST-KJ hinweisen, die weiter in Köln (IST-K, www.schematherapie-koeln.de) und Hamburg (IVAH, www.ivah.de, in Kooperation mit dem IST-HH, www.schematherapie-hamburg.de) angeboten werden. Ein gehöriger Dank geht deswegen auch an Petra Baumann-Frankenberger (IST-K) und Christine Zens (IST-HH), die diese Seminare an ihren Instituten anbieten und organisieren.

Auch möchten wir Sie auf die International Society of Schema Therapy e.V. (ISST e.V.) aufmerksam machen. Durch eine Mitgliedschaft in dieser Gesellschaft haben Sie u. a. Zugang zu den stets aktuellsten Entwicklungen der Schematherapieforschung und -anwendung. Auch befindet sich dort bereits eine Arbeitsgruppe zur ST-KJ. Mehr Informationen finden Sie unter www.isst-online.com.

Für die Unterstützung von Seiten unserer Arbeitgeber (Christof Loose: HHU-Düsseldorf, Institut für Experimentelle Psychologie, Abteilung für Klinische Psychologie, Institutsinhaber: R. Pietrowsky; Peter Graaf: Werner-Otto-Institut, EKA-Altendorf, Hamburg; Gerhard Zarbock: IVAH, Institut für Verhaltenstherapie-Ausbildung Hamburg) möchten wir uns ebenfalls sehr bedanken.

Sollten Sie an weiteren aktuellen Entwicklungen der ST-KJ interessiert sein, dürfen wir Sie auch auf die Website www.schematherapie-für-kinder.de hinweisen, auf denen ebenfalls aktuelle Informationen zum Stand der Entwicklung der ST-KJ zu erfahren sind.

Es sei noch erwähnt, dass fortan Personengruppen aus Gründen der Einfachheit und Lesbarkeit mit der männlichen Form benannt werden, außer in begründeten Fällen, in denen ausschließlich die weibliche Form zutrifft.

Zu guter Letzt gehört unseren Familien ein besonderes, liebevolles Dankeschön für die Rücksichtnahme während der Manuskripterstellung, die uns allzu oft hinter unsere Computer hat verschwinden lassen.

Wir wünschen allen Lesern viel Freude beim Lesen und hoffen, möglichst viele therapeutische Kolleginnen und Kollegen inspirieren zu können. Über positive, ergänzende wie auch kritische Rückmeldungen von unseren Leserinnen und Lesern würden wir uns sehr freuen.

Hamburg und Düsseldorf, im Sommer 2012

*Christof Loose
Peter Graaf
Gerhard Zarbock*

1 Grundlagen der Anwendung von Schematherapie bei Kindern und Jugendlichen

Gerhard Zarbock • Christof Loose • Peter Graaf

1.1 Entwicklungspsychologische Aspekte der Schematherapie

Die klinische Entwicklungspsychologie (Heinrichs & Lohaus, 2011) kennt verschiedene Modelle, mit denen die Entwicklung seelischer Erkrankung im Kindes- und Jugendalter plausibilisiert wird. Diese werden im Folgenden dargestellt.

1.1.1 Modell der Risiko- und Schutzfaktoren

Risikofaktoren

Unter dem Gesichtspunkt von Risikofaktoren werden psychosoziale Faktoren und andere Einwirkungen der Umwelt, manchmal aber auch schon genetische Einwirkungen definiert, die einen normalen bzw. auch optimalen Entwicklungsverlauf behindern oder sogar nachhaltig schädigen können. Eine Auflistung von Risikofaktoren für das Kindesalter, die sich aus empirischen Forschungen und Überblicksarbeiten ergeben haben (Zarbock, 2008, unter Verwendung von Hoffmann & Hochapfel, 1995 und Petermann et al., 1998), ist im folgenden Kasten dargestellt.

Biographische Risikofaktoren für die Entstehung psychischer und psychosomatischer Krankheiten (vor hiesigem gesellschaftlichen Hintergrund)

- ▶ niedriger sozioökonomischer Status
- ▶ mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr
- ▶ schlechte Schulbildung der Eltern
- ▶ große Familien und wenig Wohnraum
- ▶ Kriminalität und Dissozialität eines Elternteils
- ▶ chronische Disharmonie, »Streitfamilie«
- ▶ Altersabstand zum nächsten Geschwister weniger als 18 Monate
- ▶ Beziehungspathologie in der Familie
- ▶ Unerwünschtheit
- ▶ Trennung der Eltern vor oder kurz nach der Geburt
- ▶ alleinerziehender Elternteil
- ▶ Verlust der Mutter
- ▶ autoritäres väterliches Verhalten
- ▶ häufig wechselnde frühe Beziehungen
- ▶ dysfunktionale Kontakte zu Gleichaltrigen

- ▶ sexueller und/oder aggressiver Missbrauch
- ▶ psychische oder organische Störungen des Vaters oder der Mutter
- ▶ genetische Disposition zu Erkrankungen

Schutzfaktoren

Den Risikofaktoren stehen natürlich auch Schutzfaktoren gegenüber. Diese werden als Faktoren verstanden, die die Entwicklung generell fördern oder aber sogar direkt in der Lage sind, Risikofaktoren abzuschwächen. Die bekanntesten Schutzfaktoren sind das Vorliegen von mindestens einer guten »Beziehung« zu einer Bezugsperson und auch eine gute allgemeine Intelligenz. Darüber hinaus zählen psychophysische Robustheit, geringe Krankheitsanfälligkeit und physische Attraktivität zu den Schutzfaktoren. Das Vorliegen dieser Schutzfaktoren ermöglicht es in der Regel, dass die Person auch positive Erfahrungen machen kann und im Kontakt mit der Umwelt eine erhöhte Rate positiver Verstärkung erlebt.

1.1.2 Modell der Entwicklungsaufgaben

Neben dem Modell der Risiko- und Schutzfaktoren ist das Modell der Entwicklungsaufgaben nach Havighurst (1972) für die klinische Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters besonders wichtig. Dabei kann man normative von nicht-normativen Entwicklungsaufgaben unterscheiden. Unter dem Begriff der Entwicklungsaufgabe ist zu verstehen, dass das Kind während seiner Entwicklung bestimmte Bewältigungsleistungen zwangsläufig (normative Entwicklungsaufgabe) oder aber individuell-schicksalhaft (nicht-normative Entwicklungsaufgabe) erbringen muss. Das Sauberwerden, der Wechsel von der elterlichen Beziehung in den Kindergarten stellen z. B. normative Entwicklungsaufgaben dar. Die Bewältigung einer Scheidung oder einer eigenen schweren körperlichen Erkrankung sind nicht-normative, individuell-schicksalhafte Entwicklungsaufgaben.

1.1.3 Modell der Temperamentsdimensionen und -konstellationen

Sowohl die Auswirkung von Risikofaktoren wie auch die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben sind von sogenannten Temperamentsfaktoren abhängig.

Eine der bekanntesten Beschreibungen von Temperamentsdimensionen geht nach Herpertz u. a. (2008) auf Thomas et al. (1963) zurück, die ausgehend von der einflussreichen New Yorker Längsschnitt-Studie folgende neun Dimensionen differenzieren: Aktivitätsniveau, Annäherung/Rückzug, Anpassungsfähigkeit, Stimmung, Antwortschwelle, Antwortintensität, Ablenkbarkeit, Rhythmisizität, Aufmerksamkeitsspanne/Ausdauer (s. Tab. 1.1).

Thomas und Chess (1977) entwickelten durch qualitative Analyse und Faktorenanalyse aus den neun Temperamentskategorien drei kindliche Temperamentskon-

stellationen, das sog. *pflegeleichte* (*easy child*), das *schwierige* (*difficult child*) und das *langsam auftauende Kind* (*slow to warm-up child*).

Tabelle 1.1 Temperamentsdimensionen und -konstellationen

Temperamentsdimensionen (Herpertz et al., 2008, Thomas et al., 1963)	Kindliche Temperamentskonstellationen (Thomas & Chess, 1977)
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aktivitätsniveau ▶ Annäherung/Rückzug ▶ Anpassungsfähigkeit ▶ Stimmung ▶ Antwortschwelle ▶ Antwortintensität ▶ Ablenkbarkeit ▶ Rhythmizität ▶ Aufmerksamkeitsspanne/Ausdauer 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ das »pflegeleichte« Kind (<i>easy child</i>) ▶ das »schwierige« Kind (<i>difficult child</i>) ▶ das »langsam auftauende« Kind (<i>slow to warm-up child</i>)

Schon im Säuglingsalter kann man Kinder mit einfachem von Kindern mit schwierigem und auftauendem Temperament unterscheiden.

Säuglinge mit schwierigem Temperament. Diese Säuglinge (*difficult children*) reagieren heftig und intensiv negativ auf unvertraute Umweltreize, Unregelmäßigkeiten im Ablauf oder sonstige Frustrationen. Weiterhin fällt es ihnen schwer, regelmäßige und für die Eltern vorhersehbare Rhythmen des Schlafens und des Hunger- und Sättigungsgefühls auszubilden.

Pflegeleichte Säuglinge. Bei pflegeleichten Säuglingen (*easy children*) gilt das Gegenteil: Sie sind relativ robust, durch Neues, Ungewohntes oder kleinere Frustrationen weniger zu irritieren oder aber schnell durch die Bezugspersonen wieder zu beruhigen. Weiterhin bilden sie relativ schnell regelmäßige Schlaf- und Wachrhythmen aus. Ihr Hunger- und Dursterleben ist besser vorhersagbar und dann auch durch das Angebot von entsprechender Nahrung bzw. Flüssigkeit gut zu stillen.

Langsam auftauende Säuglinge. Langsam auftauende Säuglinge (*slow to warm-up children*) reagieren auf neue Situationen und Menschen mit Vermeidung. Eine Anpassung an diese erfolgt verzögert. In Abgrenzung zu den Säuglingen mit schwierigem Temperament reagieren diese Kinder gemäßiger und weniger heftig. Das Aktivitätsniveau ist meist niedrig und die Tendenz zu unregelmäßigen Ess- und Schlafgewohnheiten ist weniger ausgeprägt als beim schwierigen Kind.

Im Sinne eines transaktionalen Stressmodells (Lazarus, 1974) wird hier schon deutlich, wie sich komplexe Individuums- und Umweltbezüge herausbilden können.

Weitere Temperamentmodelle (z. B. Rothbart & Bates, 1998) zeigen nach Herpertz u. a. (2008) zahlreiche Überlappungen, aber auch einige Differenzen. Hohe Übereinstimmung herrscht hinsichtlich der herausragenden Bedeutung der beiden Temperamentsdimensionen *Annäherung* (positive Affektivität, Extraversion, Reizsuche, Neugierverhalten) und *Hemmung* (negative Affektivität, Ängstlichkeit, Reizbarkeit,

Neigung zu Leiden und Verzweiflung und Verhaltenshemmung). Diese beiden Temperamenteigenschaften gehen auf das Modell von Gray (1975; 1983) zurück, das zwei grundlegende Motivationssysteme von menschlichem Verhalten beschreibt: das Aktivierungssystem und das Hemmungssystem.

Die genannten Temperamentsfaktoren Annäherungsverhalten/positive Affektivität bzw. Vermeidungsverhalten/negative Affektivität, bewusste Kontrolle bzw. Hemmung und soziale Orientierung zeigen deutliche Bezüge zum »Big-Five«-Modell der Persönlichkeit (nach McCrae & Costa, 1990; Becker, 1998; von Zerssen, 1994), das unter den dimensional Ansätzen zur Strukturierung der menschlichen Persönlichkeit derzeit favorisiert wird (Herpertz et al., 2008, S. 211): »Gemäß des »Big-Five«-Modells wird die Persönlichkeit durch die individuellen Ausprägungen von fünf als weitgehend robust angesehenen Persönlichkeitsfaktoren determiniert«.

Ab welchem Lebensjahr man von der Ausbildung der Big-Five-Temperamentsfaktoren sprechen kann, wird derzeit noch empirisch geklärt. Da diese Temperamentsfaktoren aber auch schon bei nicht-menschlichen Primaten nachgewiesen wurden (Weiss et al., 2006), ist davon auszugehen, dass schon relativ früh in der menschlichen Entwicklung (ca. ab dem 2. oder 3. Lebensjahr) zumindest Vorläufer dieser Temperamentsfaktoren auffindbar sein dürften. Die fünf Temperamentsfaktoren stellen sich wie in Tabelle 1.2 aufgelistet dar.

Tabelle 1.2 Big-Five-Persönlichkeitsmodell mit typischen Kennzeichen

Big-Five-Faktoren	Kennzeichen
(1) Extra- versus Introversion	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ein extravertiertes Kind ist nach außen gerichtet, gesellig und oft auf der Suche nach neuen Reizen. ▶ Ein introvertiertes Kind ist eher ungesellig, nach innen gerichtet und mit den eigenen Befindlichkeiten bzw. mentalen Produkten beschäftigt.
(2) Emotionale Stabilität versus Labilität (Neurotizismus)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ein emotional stabiles Kind »hat die Ruhe weg«; es ist schnell zu beruhigen, oft gut gelaunt und freudig gestimmt. ▶ Emotional labile Kinder reagieren schnell auf aversive Reize, haben dann ein hohes dysphorisches Erregungsniveau, das dann auch nur langsam wieder abklingt. Auf neuroanatomischer Ebene wird eine Dysbalance des autonomen Nervensystems bzw. oft ein Überwiegen sympathikotoner Erregung diskutiert. Auf hirnphysiologischer Ebene könnte man ggf. von einer Übererregbarkeit des Mandelkerns (niedrigschwellige Angstdetektion) ausgehen.
(3) Verträglichkeit	Hiermit wird die Tendenz beschrieben, dass soziale Konflikte positiv gelöst werden und eine hohe Schwelle in Bezug auf aggressive Verhaltensweisen besteht. Eine geringe Ausprägung in diesem Temperamentsfaktor ist durch schnelle interaktionelle Reizbarkeit, Einzelgängertum und interaktionelle Aggressionsneigung bzw. »soziale Unverträglichkeit« charakterisiert.

Tabelle 1.2 (Fortsetzung)

Big-Five-Faktoren	Kennzeichen
(4) Offenheit für neue Erfahrung	Hier wird in Bezug auf die Entwicklungspsychologie bei hoher Ausprägung ein starkes Explorationsbedürfnis angenommen. Neue Erfahrungen werden gerne und intensiv gesucht. Es besteht ein hohes Bedürfnis nach Abwechslung, Reizmonotonie hingegen wird schlecht ertragen.
(5) Gewissenhaftigkeit	Bei hoher Ausprägung in diesem Temperamentsmerkmal ist eine starke Orientierung des eigenen Erlebens und Verhaltens an Regeln und Normen festzustellen. Es besteht ggf. eine starke Gehorsamsneigung gegenüber Autoritäten und Vorbildern, auch ohne dass dies mit einer Angst vor Strafe verbunden ist. Inwieweit es sich hier tatsächlich um eine überwiegend genetisch ausgeprägte Temperamentsdimension handelt und nicht um das Ergebnis der Internalisierung elterlich sanktionierter Normen und Vorschriften, ist sicherlich zu diskutieren. Wenn man aber Befunde zu Zwangsstörungen hinzuzieht, die sich ja auch oft durch eine überhöhte Gewissenhaftigkeit auszeichnen (z. B. Wewetzer, 2004), kann durchaus vermutet werden, dass es eine deutliche genetische Basis gibt.

Die Temperamentsfaktoren sind die neuro-biologische Basis des Individuums. Die weitere Ausformung von Erleben und Verhalten eines Kindes bzw. Jugendlichen erfolgt dann im Wechselspiel von Anlage und Umwelt. Während wir das Temperament erst einmal als Mitgebrachtes, als Teil der Anlage, begreifen, kann die individuelle Umwelt eines Kindes sehr gut anhand der Erfüllung oder Frustration seiner Grundbedürfnisse beschrieben werden.

1.2 Das schematherapeutische Modell

Nachdem wir nun das Modell der Risiko- und Schutzfaktoren skizziert, die Entwicklungsaufgaben angedeutet haben (ausführlichere Details finden sich weiter unten) und zuletzt Temperamentsdimensionen sowie -konstellationen diskutiert haben, nehmen wir einen Brückenschlag zum schematherapeutischen Modell vor, das die Niederschläge des Wechselspiels von Bedürfnisschicksal und Temperament in den Begriffen der Schemata, Bewältigungsstile und sogenannten Modi konzeptualisiert. Dieses Konzept der Schematherapie lässt sich insgesamt anhand folgender Begrifflichkeiten aufspannen, die in den folgenden Abschnitten näher erläutert werden:

- (1) **Grundbedürfnisse** als Basis des Selbsterlebens und als innere »Treiber« von Erleben und Verhalten
- (2) **(Chronische) Frustration** von Grundbedürfnissen als Moderatoren von Risikofaktoren (Risikofaktoren wirken pathogen durch die chronische Frustration von Grundbedürfnissen)

- (3) Ausbildung von **Schemata** als Ausdruck von Erwartungshaltungen (z. B. Selbst(un-)wirksamkeit, Situations-Ergebnis-Erwartungen i. S. von Bandura) und Erlebnistönungen (intentionale Welt- und Selbstbezüge)
- (4) **Bewältigungsstile** als Resultat von Modellernen, Temperamentsfaktoren und operanter Konditionierung und als individuelle und ggf. dysfunktionale »Antwort« auf chronische Grundbedürfnisfrustrationen. Entwicklungspsychopathologisch können Bewältigungsstile auch Krankheitsvorläufer sein, z. B. als Kristallisationskerne späterer Persönlichkeitsstörungen oder -akzentuierungen (dissoziale Entwicklungen oder Narzissmus) oder als Vorläufer schwerwiegender Symptombildungen (z. B. Drogenabusus, Soziale Phobie, Generalisierte Angststörung)
- (5) Ausbildung von **Modi** als Vorläufer von Persönlichkeitsstilen, Bewältigungsstrategien oder Charakterhaltungen.

1.2.1 Das Grundbedürfnisfrustrationsmodell

Nach schematherapeutischer Auffassung nähert man sich dem Verständnis psychopathologischer Symptomatik am besten durch ein Grundbedürfnisfrustrationsmodell. Wir nehmen in Anlehnung an verschiedene Autoren und Theorien (Young, Brazelton/Greenspan und Grawe) zentrale psychische Grundbedürfnisse an, die evolutionsbiologisch begründet sind. Wir verwenden ein übersichtliches handlungsleitendes Modell, das auch dabei hilft, die vielen Facetten und Ebenen der Bedürfnisse aufzufächern. Die körperlichen Grundbedürfnisse nach materieller Sicherheit (Nahrung/Schlaf etc.) und körperlicher Unversehrtheit werden dabei nicht gesondert aufgeführt, auch wenn sie entwicklungspsychologisch beim Säugling und Kleinkind oder auch in Gesellschaften mit existenziellen Mängeln eine große Rolle spielen.

Die hier aufgelisteten Bedürfnisse entsprechen den von Jeffrey Young et al. (2005, siehe auch Roediger, 2011) beschriebenen Domänen (vgl. Abschn. 1.3.4).

- (1) **Bindung:** im Sinne beständiger liebevoller Beziehungen und Zugehörigkeit zu unterstützenden Gemeinschaften.
- (2) **Autonomie:** Selbstständigkeit im Sinne von Unabhängigkeit von anderen, Selbstbestimmung, Selbstwirksamkeit einschließlich Kontrolle über die Umwelt.
- (3) **Selbstwert:** im Sinne von Anerkennung und Selbstachtung.
- (4) **Spiel/Spaß, Freude, Genuss, Lustgewinn und Stimulation:** im Sinne von Spontaneität und Freiheit im Selbstaussdruck.
- (5) Wir gehen mit Grawe von einem **übergeordneten Bedürfnis nach Konsistenz** aus, also von einem Streben des Organismus nach Übereinstimmung bzw. Vereinbarkeit der gleichzeitig ablaufenden psychischen/neuronalen Prozesse. Hier könnte man auch ein Bedürfnis nach **Struktur und Orientierung** im Sinne von Durchschaubarkeit und Vorhersagbarkeit zum Zweck der Kontrolle über die Ereignisse in der Umwelt zählen. Dazu dienen auch Regeln und Grenzen in sozialen Gemeinschaften. Jeffrey Young (Young et al., 2005) betont daher auch, dass es

ein Grundbedürfnis des Menschen ist, Grenzen, Strukturen und Regeln zu erfahren. Im individuellen Erleben zeigt sich das Konsistenzstreben als Bedürfnis nach Identität: Ich möchte mich als mit mir selbst übereinstimmend erleben. Dies bedeutet, dass der Mensch bestrebt ist, seine eigene Persönlichkeit, seine Erinnerungen und sein aktuelles Erleben in Einklang, auf einen gemeinsamen Nenner, zu bringen. Auch hinsichtlich seiner für ihn bedeutsamen Lebensumwelt gilt das Gleiche: Der Mensch strebt nach klaren Regeln seiner Zugehörigkeit oder Zuordnung (oder Abgrenzung) zu sozialen (Familie, Peergruppe) Strukturen. Eine dauerhafte Frustration von Grundbedürfnissen und ein Mangel an Konsistenz führen zur Bildung bestimmter dysfunktionaler Schemata und Bewältigungsmuster. Diese lassen sich im Sinne des Konsistenzstrebens als unteroptimale Versuche der Bedürfnisbefriedigung und Konsistenz- bzw. Identitätssicherung verstehen.

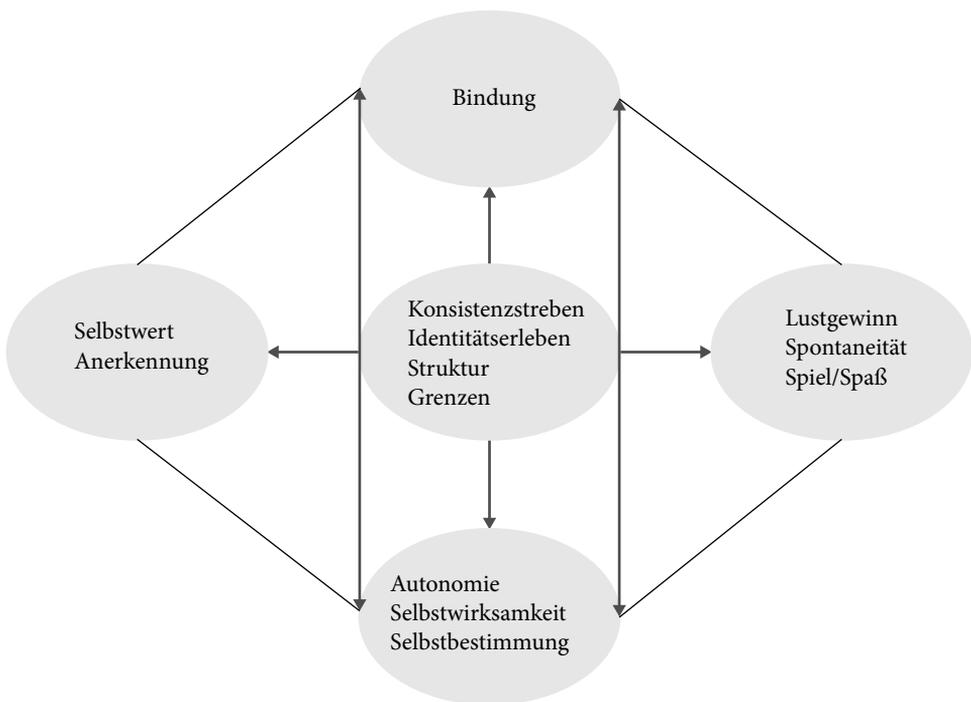


Abbildung 1.1 Grundbedürfnismodell

Abbildung 1.1 gibt ein Grundbedürfnismodell wieder, wobei die Nord-Süd-Achse Bindung-Autonomie für die weitere Entwicklung des Kindes zentral erscheint. Verbinden wir nun die Idee von Risikofaktoren und von gut oder schlecht bewältigten Entwicklungsaufgaben mit diesem Grundbedürfnismodell, wird deutlich, dass das Vorliegen von Risikofaktoren, aber auch der Bewältigungsdruck, sich den Entwicklungsaufgaben stellen zu müssen, zur Frustration von Grundbedürfnissen führen können. Diese Grundbedürfnisfrustrationen erzeugen nun Emotionen wie Angst,

Trauer, Wut und später auch Scham. Wenn diese Emotionen intensiv und nachhaltig erlebt werden, kann daraus automatisch eine Tendenz entstehen, sie stereotyp zu bewältigen. Als Bewältigungsstile bieten sich nach schematherapeutischem Verständnis die klassischen organismischen Angstbewältigungsreaktionen im Sinne des Fight-Flight-Freeze-Musters an (s. Abschn. 1.2.2).

1.2.2 Schematherapeutische Bewältigungsreaktionen

- ▶ Die **Kampf- oder Angriffsreaktion** wird als *Überkompensation* bezeichnet, was bedeutet, dass der Betroffene entgegengesetzt zu dem ausgelöstem Gefühl handelt: Ängstliches Erleben wird also als Aggression und Angriff gezeigt.
- ▶ Die **Fluchtreaktion** kann sich in einen *vermeidenden Bewältigungsstil* einschreiben. Vermeidung bedeutet hier, dass die Auslösung der gefürchteten negativen Emotion durch aktive Vermeidung von Orten, Handlungen oder Situationen vom Individuum verhindert wird.
- ▶ Die **Freeze-Reaktion** wird in der Schematherapie als *Unterwerfung* oder *Erdulden* beschrieben. Dies bedeutet, dass man weder angreift noch flieht, sondern sich der Situation und den in der Situation ausgelösten Emotionen klaglos unterwirft.

Exkurs

Bewältigung von Traumata und Gedächtnis

Mit Rückgriff auf die biologischen Wurzeln eines Unterwerfungsschemas kann man annehmen, dass Unterwerfung oder Erduldung als Bewältigungsreaktion immer dann stattfindet, wenn der Betroffene selbst seine Kräfte so schwach einschätzt, dass er weder angreifen noch davonlaufen kann. In diesem Fall ist Erstarren vor der Übermacht der Bedrohung die einzige Strategie, die noch einen gewissen Schutz verspricht und evolutionär durchaus im Sinne einer Duldungsstarre von Überlebenswert gewesen sein dürfte. Man kann die Freeze-Reaktion noch weiter ausdifferenzieren, was für das Verständnis posttraumatischer Störungen und dissoziativen Zuständen sehr hilfreich sein kann. Peichl (2007) weist auf ein von Ethologen gefundenes differenzierteres Stressmodell (u. a. nach Gray, 1988 und Bracha, 2004) hin. Hier wird *Freeze* als erste Alarmreaktion mit Hypervigilanz beschrieben, verbunden mit Furcht, spontanem Einfrieren in Bewegungslosigkeit, als kurzzeitiges »Sich-unsichtbar-Machen«. Freeze wird als angespannte Erstarrung und sympathikogener Zustand des Organismus zur Vorbereitung auf Kampf oder Flucht verstanden (tonische Immobilisierung). Zum Aufgeben oder zur Unterwerfung kommt es erst, wenn Flucht oder Angriff unmöglich erscheinen. Dies wird »Fright« genannt und als atonische Immobilisierung im Sinne einer parasympathischen Antwort (Puls und Blutdruck fallen) gesehen (Peichl, 2007). Vor dieser Ohnmacht kommt nach Peichl beim Menschen noch die Phase der Dissoziation. In traumatischen Situationen arbeiten durch die Überschwemmung des Gehirns mit ▶

Stresshormonen Wahrnehmung und Gedächtnis nicht mehr synchron. Es entstehen Fragmente, die an unterschiedlichen Orten des Gehirns abgespeichert werden. Die Erfahrungen werden sprachlich nicht symbolisiert. Die Blockierung erschwert die Synthese der Erfahrung zu einem Narrativ (ebd.). Wegen der Unreife des hippocampalen Gedächtnissystems (explizites Gedächtnis) können Kinder bis zum Erreichen ihres 2. Lebensjahres traumatische Erfahrungen ausschließlich im impliziten, unbewussten Körpergedächtnis speichern.

1.2.3 Schemata als Lernergebnis emotionsintensiver psychosozialer Schlüsselsituationen

Young hat für den Erwachsenenbereich 18 maladaptive Schemata beobachtet und definiert, wobei zwischenzeitlich ein Großteil der Schemata auch bei jüngeren Kindern und Jugendlichen nachgewiesen (Stallard & Rayner, 2005; Stallard, 2007; Rijkeboer & de Boo, 2010) werden konnte.

Definition

Unter einem **Schema** kann man ein Konglomerat aus Erinnerungen, Kognitionen, Emotionen und Körperreaktionen verstehen. Man könnte hier auch von einem erweiterten und komplex konditionierten, respondenten Reflex sprechen.

In der Theoriebildung hat Young ausdrücklich die motorische Reaktion aus dem Konzept des Schemas ausgenommen und sie den Bewältigungsstilen bzw. später dem Konzept des Modus zugeordnet (s. Abschn. 1.2.5). Hiermit zeichnet Young die klassische Unterscheidung von respondentem und operantem Verhalten nach, wie sie bei der Bewältigung von Angstreaktionen auch in der Zweifaktorentheorie von Mowrer und Miller auftauchen: Die respondente Angstreaktion ist der erste Schritt und das daran anschließende Vermeidungsverhalten ist der operante zweite Schritt, mit dem die Angstreaktion selbst vermieden wird.

Schemata als *traits*. Das Besondere an der Young'schen Schemakonzeption ist, dass er Schemata als Persönlichkeitseigenschaften bzw. *traits* begreift. Die Lerngeschichte dieser *traits* könnte man dann so verstehen, dass – auf der Basis des jeweils individuellen Temperaments – bestimmte, häufiger wiederkehrende soziale Interaktionserfahrungen mit engen oder wichtigen Bezugspersonen zum Erwerb bestimmter situationsgebundener Erfahrungsrepräsentationen geführt haben. Diese Erfahrungsrepräsentationen beinhalten dann sowohl Selbstzuschreibungen (z. B. »Ich bin hilflos, schwach und ausgeliefert«) als auch Zuschreibungen an den Interaktionspartner (z. B. »Du bist unzuverlässig, übermächtig, bedrohlich«).

Konditionale und un konditionale Schemata. Die Anwendung des Schemakonzeptes wird dadurch komplexer, dass es bei näherer Betrachtung sowohl konditionale als

auch unbedingte Schemata gibt. Ein Schema wie *emotionale Entbehrung* zeigt an, dass Bezugspersonen unzureichend emotional zur Verfügung standen, obwohl sie körperlich anwesend waren. Ein Schema wie *Verlassenheit/Instabilität* zeigt an, dass sich eine zumindest partiell positiv erlebte Beziehung zur Bezugsperson oft unvorhersagbar negativ veränderte oder abgebrochen wurde (z. B. durch psychische oder körperliche Erkrankung der Eltern).

Sogenannte konditionale Schemata wie *Besonders sein, Beachtung suchen* oder auch *überhöhte Standards/unerbittliche Ansprüche* deuten schon an, dass sie als Schemata die Funktion haben, eine Bewältigung negativer Erfahrung darzustellen. So könnte man sich vorstellen, dass ein Schema besonders dann stark ausgeprägt ist, wenn eine zugrundeliegende Bindungsverunsicherung vorliegt und z. B. das Besonders-Sein eigentlich dazu dienen soll, zugrundeliegende Selbstunsicherheiten und Minderwertigkeitsgefühle vor sich selbst und anderen zu verbergen. Ein Schema wie *Überhöhte Standards/unerbittliche Ansprüche* könnte dem gleichen Ziel folgen, nur sind hier die gewählten Mittel eher im Leistungsbereich und in einer Strategie der Perfektionierung von Ansprüchen an das eigene bzw. auch an das Verhalten anderer zu sehen. Tabelle 1.3 zeigt eine Übersicht, wobei keine zeilenweise Zuordnung vorliegt – so kann etwa das Schema *Unterwerfung* zur Kompensation bei *Verlassenheit/Instabilität* als auch bei anderen Schemata (z. B. *Unzulänglichkeit/Scham*) gebildet werden.

Da die Young'schen Schemata vor allem aus der Praxiserfahrung heraus formuliert und dann später an verschiedenen Stichproben von erwachsenen Patienten und Kindern auch psychometrisch erfolgreich überprüft werden konnten (z. B. Sieswerda, 2012; Rijkeboer, 2012), decken sich die Schemata mit dem Modell der Grundbedürfnisse und der Grundbedürfnisfrustrationen nur partiell. Hilfreich ist jedoch immer,

Tabelle 1.3 Unbedingte und konditionale Schemata

Unbedingte Schemata	Konditionale Schemata
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Verlassenheit/Instabilität ▶ Unzulänglichkeit/Scham ▶ Soziale Isolierung/Entfremdung ▶ Emotionale Entbehrung ▶ Misstrauen, Missbrauch und Misshandlung ▶ Abhängigkeit/Inkompetenz ▶ Anfälligkeit für Schädigungen oder Krankheiten ▶ Verstrickung/unentwickeltes Selbst ▶ Versagen ▶ Unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin ▶ Negativität/Pessimismus ▶ Strafneigung/Bestrafen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Unterwerfung ▶ Überhöhte Standards, übertrieben kritische Haltung ▶ Selbstaufopferung ▶ Streben nach Zustimmung und Anerkennung ▶ Emotionale Gehemmtheit ▶ Anspruchshaltung/Grandiosität

dass man sich bei einem Schema fragt, welche Bedürfnisfrustration bei seiner Entstehung zugrunde liegt bzw. wie ggf. dysfunktional versucht wird, die Bedürfnisse doch noch zu befriedigen.

1.2.4 Schemata, Elternverhalten, Kognitionen und Bewältigungsstile

Die folgenden vier Tabellen (1.4–1.7) geben einen Überblick über die 18 Schemata und benennen auch prototypisches Eltern- bzw. Bezugspersonenverhalten, dazugehörige kindliche/jugendliche Kognitionen sowie typische Verhaltensweisen innerhalb der drei Bewältigungsstrategien (Erduldung, Vermeidung, Überkompensation) im Kinder- und Jugendbereich. Eine zentrale Idee von Young (Young et al., 2005) ist, dass die Bewältigungsstile die Schemata aufrechterhalten, da sie schemaheilende, korrigierende Erfahrungen verhindern. In den Online-Materialien befindet sich darüber hinaus eine ergänzende Beschreibung der einzelnen Schemata.



Die drei Bewältigungsstile zeichnen die oben beschriebenen Reaktionen des Freeze/Fright (Erdulden), Flight (Vermeiden) und Fight (Überkompensieren) nach.

- ▶ Der **Bewältigungsstil des Erduldens** bedeutet, dass man sich so verhält, als sei das Schema »wahr«. Das Kind fügt sich also und wird z. T. von den ausgelösten Emotionen und Körperreaktionen überflutet. Motorisch ist hier Erstarren, stiller Rückzug oder auch unkontrolliertes Agieren (bei den externalisierenden Schemata wie z. B. *Beachtung suchen*) anzutreffen.
- ▶ Der **Bewältigungsstil des Vermeidens** beinhaltet, dass alles getan wird, um die Auslösung des Schemas zu verhindern. Dies kann von Flucht aus der Situation über generalisierte Meidung etwaiger Auftrittsumgebungen und auslösender Bedingungen bis hin zu mehr aktiven Strategien wie Substanzeinnahme oder Selbstablenkung gehen.
- ▶ Der **Bewältigungsstil der Überkompensation** lässt sich als »Verkehrung ins Gegenteil« fassen. Man verhält sich so, als sei das Gegenteil des ausgelösten Schemas wahr oder aber etwas passiv Erlittenes wird im Sinne der externalisierenden Bewältigung in etwas aktiv nach außen Gerichtetes gewendet. Der Betroffene wird so vom »Opfer« zum aktiven »Täter«. Er bekämpft das Schema.

In der Sprache der modernen Verhaltenstherapie (VT) hat das Überkompensationsverhalten die Funktion, die Selbstwahrnehmung primär ausgelöster aversiver Emotionen (z. B. Scham, Angst) zu vermeiden.