



Loose • Graaf • Zarbock (Hrsg.)

2. Auflage

Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen

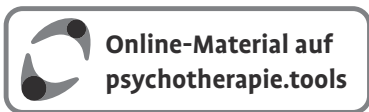


Online-Material auf
psychotherapie.tools

BELTZ

Loose • Graaf • Zarbock (Hrsg.)

Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen



Mit dem untenstehenden Freischalt-Code erhalten Sie die digitalen Arbeitsmaterialien aus diesem Buch. Hierfür ist eine Registrierung auf psychotherapie.tools notwendig:

1. psychotherapie.tools/online-material öffnen.
2. Freischalt-Code eingeben.
3. Auf »Freischalt-Code einlösen« klicken. Der Code ist einmal gültig.
4. Im Warenkorb auf »Credits einlösen« klicken und Vorgang nach Login abschließen.
5. Arbeitsmaterialien nutzen.

Die Arbeitsmaterialien stehen Ihnen in Ihrem Kundenkonto unter »Mein Material« dauerhaft zur Verfügung. Sie sind für Ihren persönlichen Gebrauch bestimmt.

Als Institution mit mehreren Nutzer:innen wenden Sie sich bitte an vertrieb-psychotherapie.tools@beltz.de

0E[P4=cL



Dr. Christof Loose, Dipl.-Psych., Kinder- und Jugendlichentherapeut mit Fachkunde Verhaltenstherapie sowie als Supervisor und Ausbilder in der ISST (e. V.) und in eigener Privat-Praxis in Düsseldorf tätig.



Peter Graaf, Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Bis 2022 am Werner-Otto-Institut und Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilung / Eltern-Kind-Klinik, EKA, nach Renteneintritt 2022 freie Praxis für Supervision, Beratung und Therapie in Teilzeit. Außerdem Dozent am IVAH und Institut für Schematherapie in Hamburg und anerkannter ISST-Trainer und Supervisor für den Kinder- und Jugendlichenbereich.



Dr. phil. Gerhard Zarbock, Dipl.-Psych., ist Leiter des Instituts für Verhaltenstherapie-Ausbildung in Hamburg (IVAH).

Dr. rer. nat. Christof Loose, Dipl.-Psych.
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Praxis für Psychotherapie und Netzwerk Schematherapie Düsseldorf
Gerresheimer Landstraße 129
40627 Düsseldorf
E-Mail: kontakt@psychotherapie-loose.de

Peter Graaf, Dipl.-Psych.
Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Ligusterweg 9
22609 Hamburg
E-Mail: Peter.M.Graaf@icloud.com

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

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Verlagsgruppe Beltz behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-29019-7 Print
ISBN 978-3-621-29020-3 E-Book (PDF)

2. Auflage 2024

© 2024 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Franziska Rohde
Einbandgestaltung/Umschlaggestaltung:
Umschlagbild: getty images – gonzalo martinez
Herstellung: Uta Euler
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein klimaneutrales Unternehmen (ID 15985-2104-100).
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhaltsübersicht

Grußwort	14
Geleitwort	15
Vorwort	17
I Theoretische Grundlagen der Schematherapie für Kinder und Jugendliche	
1 Theoretische Vorläufer und Grundlagen der Schematherapie für Kinder und Jugendliche	22
2 Das schematherapeutische Modell für Kinder und Jugendliche	34
3 Das Modus-Konzept bei Kindern und Jugendlichen	61
4 Grundzüge der schematherapeutischen Behandlung	89
II Praktische Methoden der Schematherapie für Kinder und Jugendliche	
5 Motivations-/ Beziehungsaufbau und diagnostische Verfahren in der Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen	96
6 Psychoedukation	117
7 Einführung in die Modusarbeit	126
8 Vertiefung der Modusarbeit	149
9 Inneres Haus und Imaginationsverfahren	195
10 Transfer in den Alltag	218
III Schematherapie in bestimmten Altersgruppen	
11 Schematherapie in der Phase vom Säugling zum Kleinstkind	230
12 Schematherapie beim Vorschulkind	256
13 Schematherapie beim Grundschulkind	272
14 Schematherapie beim pubertierenden Kind	289
15 Schematherapie beim Jungerwachsenen	310
IV Schematherapeutisch basierte Elternarbeit	
16 Unterstützungsmöglichkeiten für Eltern	340
17 Erweiterung und Perspektiven einer systemischen Schematherapie	355
18 Psychoedukation und Diagnostik elterlicher Schemata und Modi	374
19 Interventionen zur Schema- und Modusarbeit mit Eltern	391
V Formale Aspekte der Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen	
20 Der schematherapeutische Ansatz im Therapieantrag	422
Anhang	
Rechtsgrundlage für Psychotherapeuten	438
Hinweise zum Online-Material	439
Sachwortverzeichnis	446

Inhalt

Grußwort	14
Geleitwort	15
Vorwort	17

I Theoretische Grundlagen der Schematherapie für Kinder und Jugendliche

1 Theoretische Vorläufer und Grundlagen der Schematherapie für Kinder und Jugendliche	22
1.1 Psychodynamische Einflüsse	22
1.2 Bindungstheoretische und entwicklungspsychologische Einflüsse	23
1.3 Lerntheoretische Einflüsse	25
1.4 Risiko- und Schutzfaktoren für die kindliche Entwicklung	27
1.5 Temperamentsdimensionen und -konstellationen	29
2 Das schematherapeutische Modell für Kinder und Jugendliche	34
2.1 Das Grundbedürfnisfrustrationsmodell	35
2.2 Bewältigungsreaktionen (dysfunktionale Bewältigungsstrategien)	44
2.3 Schemata und Schemadispositionen	46
2.4 Das Modus-Konzept	52
2.5 Schema- oder Modustransaktionsmodell	56
2.6 Perspektiven in der Schematherapie	56
2.7 Indikation und Kontraindikation der Schematherapie	57
3 Das Modus-Konzept bei Kindern und Jugendlichen	61
3.1 Modus-Benennung bei Kindern und Jugendlichen	62
3.2 Entstehung von Bewältigungsmodi bei Kindern und Jugendlichen	62
3.3 Umgang mit Bewältigungsmodi bei Kindern und Jugendlichen	65
3.4 Modusgruppen, typische Ausgestaltung und Charakteristika	67
3.5 Implikationen in der Modusarbeit	83
3.6 Verhältnis zwischen Schemata, Bedürfnissen und Modi	84
3.7 Primäre und sekundäre Emotionen aus der schematherapeutischen Perspektive	86
3.8 Fallkonzeption und Psychoedukation	86
4 Grundzüge der schematherapeutischen Behandlung	89
4.1 Therapeutische Haltung und zentrale Merkmale	89
4.2 Behandlungsphasen	91
4.3 Schema-Coaching für Eltern oder Bezugspersonen	92
4.4 Fazit	93

II Praktische Methoden der Schematherapie für Kinder und Jugendliche

5	Motivations- / Beziehungsaufbau und diagnostische Verfahren in der Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen	96
5.1	Vorbemerkungen zur Therapiemotivation bei Kindern und Jugendlichen	96
5.2	Beziehungsaufbau als wesentliches Merkmal in der Schematherapie	97
5.2.1	Beziehungsaufbau zum Patienten	97
5.2.2	Beziehungsaufbau zu elterlichen Bezugspersonen	101
5.2.3	Empathische Konfrontation	101
5.3	Diagnostik	106
5.3.1	Erste Symptomabklärung in der Probatorik	107
5.3.2	Allgemeine Explorationstechniken	108
5.3.3	Modusorientierte Exploration	113
5.3.4	Temperament und psychosoziale Fähigkeiten	115
6	Psychoedukation	117
6.1	Psychoedukation in verschiedenen Altersstufen	117
6.2	Grundschrte zur Psychoedukation bei Kindern	118
6.3	Metapher zur Erklärung von Schemata und Modi	121
6.3.1	Brillenmetapher	121
6.3.2	Metaphern aus der Biologie	122
6.3.3	Psychoedukation zum Distanzierten-Beschützer-Modus	122
6.4	Zusätzliche Materialien zur Edukation	124
7	Einführung in die Modusarbeit	126
7.1	Grundelemente und Materialien in der Modusarbeit	126
7.1.1	Allgemeine Grundelemente der Modusarbeit	126
7.1.2	Therapeutische Materialien	132
7.2	Modusorientierte Therapie mit unterschiedlichen Materialien	132
7.2.1	Modusgeleitete Spieltherapie	132
7.2.2	Modusarbeit mit Stammgeschichten	138
7.3	Geschichten aus der Biografie des Kindes	141
7.3.1	Bearbeitung traumatischer Geschichten	142
7.3.2	Grusel- und Nachtgeschichten: Arbeit mit Alpträumen	143
7.3.3	Nutzung bekannter Geschichten und Literatur	144
7.3.4	Geschichten zur Inszenierung pathogener Rollenzuweisungen und verletzten Generationsgrenzen	145
7.3.5	Geschichten zur Stärkung des Clever-Modus: Training von Selbstinstruktionen und hilfreichen Gedanken	147
8	Vertiefung der Modusarbeit	149
8.1	Modusarbeit mit Bildern und Zeichnungen	149
8.1.1	Therapeutische Traditionen in der Arbeit mit Bildern	149

8.1.2	Bildbasierte Arbeit zur Ressourcenaktivierung	150
8.1.3	Bildbasierte Modusarbeit mit Integration von Schemata	151
8.1.4	Therapeutische Grundelemente der Modusarbeit mit Zeichnungen	153
8.2	Weitere visualisierende Herangehensweisen in der Modusarbeit	156
8.2.1	Digitale Skizzierung mit einem Tablet	157
8.2.2	Modus-Schablonen zum Ausmalen	157
8.2.3	Modusgeleitete Körperbilder	157
8.2.4	Bilderbasierte Modus- und Schemageschichten (Lebenslinie)	158
8.2.5	Modusdialoge mit Zeichnungen	159
8.2.6	Modusarbeit mit Masken	160
8.2.7	Modusgeleitetes Film- oder Theaterprojekt	161
8.3	Einsatz von Moduskarten	161
8.3.1	Einführung in die Anwendung von Moduskarten	161
8.3.2	Therapeutische Grundelemente bei der Arbeit mit Moduskarten	162
8.3.3	Variationen im Einsatz von Moduskarten	163
8.3.4	Weiteres Material zur Modusarbeit	164
8.4	Modusarbeit mit Puppen und anderen Figuren	166
8.4.1	Elemente der Modusarbeit mit Fingerpuppen oder Holzfiguren	167
8.4.2	Familienbezogene Fingerpuppenarbeit	174
8.4.3	Komplikationen oder schwierige Therapiesituationen	177
8.5	Modusarbeit mit Stühlen	179
8.5.1	Grundelemente der Modusarbeit mit Stühlen	182
8.5.2	Stühlarbeit bei starken Kritikermodi oder Bestrafermodi	186
8.5.3	Stühlarbeit in Kombination mit Spielmaterial	191
9	Inneres Haus und Imaginationsverfahren	195
9.1	Inneres Haus	195
9.1.1	Modus-Ebene (oberstes Geschoss)	196
9.1.2	Erfahrungs-Ebene (unterstes Geschoss)	198
9.1.3	Schema-Ebene (mittleres Geschoss)	200
9.1.4	Modus-Schema-Erfahrungsspiel	201
9.2	Imaginationsverfahren und Imaginatives Überschreiben	204
9.2.1	Imaginationsverfahren und Imaginatives Überschreiben in der Kognitiven Verhaltenstherapie	204
9.2.2	Anforderungen bei Imaginationsübungen	207
9.2.3	Ressourcenorientierte Imaginationsarbeit (Reise zum Clever-Modus und Schatzbeutel-Übung)	209
9.2.4	Imaginatives Überschreiben (Imagery Rescripting)	212
10	Transfer in den Alltag	218
10.1	Materialien und Übergangsobjekte	218
10.2	Hausaufgaben	221
10.2.1	Hausaufgabenverhalten als Ausdruck der Compliance	223
10.2.2	Therapeutische Intervention bei Hausaufgabenversäumnissen	224
10.3	Zusammenfassung und Indikation für die Kombination einzelner Techniken	226

III Schematherapie in bestimmten Altersgruppen

11	Schematherapie in der Phase vom Säugling zum Kleinstkind	230
11.1	Phasenspezifische Entwicklungsaufgaben, -themen, potentielle Krisen, Konflikte und Traumatisierungen der jungen Familie aus der Sicht der Schematherapie	231
11.1.1	Entwicklungsaufgaben für Eltern und Kind	232
11.1.2	Bewältigung und Interaktion	233
11.1.3	Woher kommt das »Nicht-richtig-aufeinander-reagieren-Können«? – Schematherapeutische Erklärungsansätze	233
11.2	Schematherapeutische Betrachtung des Mannes in der Rolle des Vaters	238
11.3	Schematherapeutische Konzepte zur Diagnostik, Psychoedukation und Therapie von Regulationsstörungen	239
11.3.1	Diagnostik auf Ebene der kindlichen Symptomatik	240
11.3.2	Exploration der elterlichen Belastung	241
11.3.3	Diagnostik der Eltern-Kind-Interaktion	241
11.3.4	Beobachtungsverfahren und Instrumente zur Selbst- und Fremdbeschreibung	242
11.3.5	Zusammenfassung zur Diagnostik auf den beteiligten Ebenen	244
11.3.6	Ziele und Therapie	245
11.4	Schematherapeutische Praxis: Therapiestrategien, altersspezifische Techniken	246
11.4.1	Störungsspezifische schematherapeutische Überlegungen und Hinweise zu spezifischen Störungen und Problemstellungen	248
11.4.2	Klassische verhaltenstherapeutische Interventionsmethoden im Rahmen der Schematherapie	251
11.4.3	Paartherapie und systemische Betrachtungen der Schematherapie	252
11.5	Ausblick	253
12	Schematherapie beim Vorschulkind	256
12.1	Phasenspezifische Entwicklungsaufgaben, -themen, potentielle Krisen, Konflikte und Traumatisierungen aus Sicht der Schematherapie	257
12.1.1	Phasenspezifische Entwicklungsaufgaben und -themen	257
12.1.2	Potentielle Krisen, Konflikte und Traumatisierungen	258
12.2	Schematherapeutische Konzepte zu Diagnostik, Psychoedukation und Therapie	260
12.2.1	Gesprächsführung mit Vorschulkindern	260
12.2.2	Wichtige Diagnostikebenen	261
12.2.3	Psychoedukation	263
12.3	Schematherapiepraxis: Altersgemäße Beziehungsgestaltung und Therapiestrategien	263
12.3.1	Repräsentation von Modi beim Vorschulkind	264
12.3.2	Anwendung von Finger- und Handpuppen	264
12.3.3	Modus- und bedürfnisorientiertes Spielprotokoll	266

12.4	Fallbeispiel Chiara: Diagnostische Ergebnisse und therapeutisches Vorgehen	267
12.5	Allgemeines Fazit zur Schematherapie im Vorschulalter	270
13	Schematherapie beim Grundschulkind	272
13.1	Phasenspezifische Entwicklungsaufgaben und Konflikte	272
13.1.1	Entwicklungsaufgaben und potenzielle Krisen	273
13.1.2	Kompetenzen zur Meisterung der Entwicklungsaufgaben	274
13.1.3	Auswirkungen eingeschränkter Fähigkeiten und Gruppendynamiken auf die Schemabildung	276
13.1.4	Auswirkungen mangelnder äußerer Ressourcen	279
13.2	Schematherapeutische Konzepte zur Diagnostik	279
13.2.1	Diagnostische Ebenen, Settings und Techniken	280
13.3	Schematherapiepraxis: Altersgemäße Beziehungsgestaltung, Therapiestrategien, altersspezifische Techniken	283
13.4	Fazit	287
14	Schematherapie beim pubertierenden Kind	289
14.1	Phasenspezifische Entwicklungsaufgaben und -themen, potentielle Krisen und Konflikte, Traumatisierungen in der Pubertät und Auswirkungen der kognitiven Entwicklung	290
14.1.1	Phasenspezifische Entwicklungsaufgaben und -themen	291
14.1.2	Potentielle Krisen, Konflikte und Traumatisierungen	291
14.1.3	Kognitive Entwicklung und Emotionsverständnis	294
14.2	Schematherapeutische Konzepte zu Diagnostik, Psychoedukation und Therapie	296
14.2.1	Wichtige Diagnostikebenen	296
14.2.2	Edukation	299
14.3	Schematherapiepraxis: Altersgemäße Beziehungsgestaltung und Therapiestrategien	300
14.4	Fallbeispiel	302
14.5	Fazit	307
15	Schematherapie beim Jungerwachsenen	310
15.1	Phasenspezifische Entwicklungsaufgaben, -themen, potentielle Krisen, Konflikte und Traumatisierungen aus der Sicht der Schematherapie	312
15.1.1	Phasenspezifische Entwicklungsaufgaben und -themen beim Jungerwachsenen	312
15.1.2	Potentielle Krisen, Konflikte und Traumatisierungen aus der Sicht der Schematherapie	314
15.2	Schematherapeutische Konzepte zu Diagnostik, Psychoedukation und Therapie für die häufigsten Störungsbilder und klinischen Problemstellungen	317
15.2.1	Indikation, Kontraindikation und Diagnostik	317
15.2.2	Psychoedukation	322

15.3	Schematherapiepraxis: Therapiestrategien, altersgemäße Beziehungsgestaltung und altersspezifische Techniken	323
15.3.1	Fallkonzeptualisierung und Behandlungsplanung	324
15.3.2	Die therapeutische Beziehung	328
15.3.3	Altersspezifische schematherapeutische Techniken bei Jungerwachsenen	330
15.4	Fazit	336

IV Schematherapeutisch basierte Elternarbeit

16	Unterstützungsmöglichkeiten für Eltern	340
16.1	Unterstützungsmöglichkeiten in der Elternarbeit	340
16.1.1	Differenzierung von Schemaberatung, Schema-Coaching und Schematherapie	340
16.1.2	Besonderheiten von Schemaberatung und -Coaching in Erziehungsberatungsstellen	341
16.1.3	Differenzierung von Schemapädagogik und Schema-geleitete Pädagogik	342
16.2	Schema-Coaching für Eltern	342
16.2.1	Definition	342
16.2.2	Indikation, eingeschränkte Indikation und Kontraindikation	343
16.2.3	Abgrenzung von Schema-Coaching zur allgemeinen Schematherapie	345
16.2.4	Dauer und Frequenz der Sitzungen	345
16.2.5	Das 9-Schritte-Modell	346
16.3	Elterntrainings und -beratung unter schematherapeutischer Perspektive	351
17	Erweiterung und Perspektiven einer systemischen Schematherapie	355
17.1	Vorbemerkungen zur systemischen Schemaperspektive	355
17.2	Grenzen von Systemen und Subsystemen	356
17.3	Rollenzuweisungen und Rolleninduktion	357
17.4	Systemregeln und Werte	363
17.5	Funktionalität	365
17.5.1	Internale und Externale Funktionalität	365
17.5.2	Symptom als Problemlösungsversuch	366
17.5.3	Überprüfung der Veränderungsmotivation	367
17.5.4	Auftragsklärung und Hierarchisierung der Störungsbereiche	367
17.5.5	Der Therapeut als Teil des Systems	369
17.6	Teufelskreis dysfunktionaler Transaktion und Modus-Eskalation	370
18	Psychoedukation und Diagnostik elterlicher Schemata und Modi	374
18.1	Grundhaltung für Elterngespräche	374
18.2	Psychoedukation und Exploration von Schema- und Modusaktivierungen	375
18.2.1	Interaktionszirkel zwischen Kind und Eltern	376
18.2.2	Die besondere Rolle der inneren Elternmodi bei Eltern	380
18.2.3	Schemavermeidung bei Eltern – dysfunktionale Gegenwehr gegen negative Elternmodi	382

18.3	Diagnostische Techniken und Fragebogen zur Erfassung von Schemata und Modi	384
18.3.1	Diagnostische Ansätze	384
18.3.2	Fragebogen-Diagnostik	388
19	Interventionen zur Schema- und Modusarbeit mit Eltern	391
19.1	Ziele und Grundhaltung in der konkreten Elternarbeit	391
19.1.1	Elterliche Schuldgefühle	392
19.1.2	Was kann Schuldgefühle lindern oder nehmen?	393
19.2	Kognitive Interventionen	395
19.2.1	Klassische Interventionen aus der kognitiven Verhaltenstherapie	395
19.2.2	Schema-Memokarte für Eltern	395
19.3	Emotionale Interventionen	396
19.3.1	Arbeit mit Fingerpuppen und körperliche Prozesse	396
19.3.2	Stuhlarbeit zur Aufstellung der elterlichen Modi	400
19.3.3	Innerer Gerichtshof	402
19.3.4	Haus der Generationen	404
19.3.5	Arbeit mit Imaginationen	407
19.4	Verhaltensorientierte (behaviorale) Interventionen	409
V	Formale Aspekte der Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen	
20	Der schematherapeutische Ansatz im Therapieantrag	422
20.1	Formale Rahmenbedingungen und Einordnung der Schematherapie	422
20.1.1	Psychotherapeutengesetz und Approbation	422
20.1.2	Weiterbildungsordnung und Gegenstandskatalog	422
20.1.3	Abrechnungsbedingung der Schematherapie	423
20.1.4	Psychotherapie-Richtlinie	424
20.2	Antragstellung im Detail	426
20.2.1	Relevante soziodemografische Daten	426
20.2.2	Symptomatik und psychischer Befund	427
20.2.3	Somatischer Befund/ Konsiliarbericht	428
20.2.4	Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte, Krankheitsanamnese, zum Bedingungsmodell bzw. zur Psychodynamik	428
20.2.5	Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung	432
20.2.6	Behandlungsplan und Prognose	433
20.2.7	Zusätzlich erforderliche Angaben bei einem Umwandlungsantrag	434
20.3	Antragstellung im Überblick	434
Anhang		
	Rechtsgrundlage für Psychotherapeuten	438
	Hinweise zum Online-Material	439
	Sachwortverzeichnis	446

Geleitwort

Jeff Conway

Ich hatte das Glück, Gründungsmitglied der International Society of Schema Therapy (ISST) zu sein, in deren Vorstand gewählt zu werden, internationale Online-Schematherapie-Supervisionsgruppen zu leiten und Schematherapie in über fünfzehn Ländern zu unterrichten. Dies hat es mir ermöglicht, an der Ausweitung des Schematherapie-Modells auf verschiedene Gruppen und Anwendungsbereiche mitzuwirken.

Zu diesen Gruppen und Anwendungsbereichen gehörten forensische Patienten und Militärangehörige, Menschen, die mit Sucht und Essstörungen zu kämpfen haben, sportmedizinische Fragestellungen und Menschen, die eine Behandlung über Paar- und Gruppenarbeit suchen. Doch als ich das englischsprachige Buch »Schematherapie für Kinder und Jugendliche: Ein Leitfaden für Praktiker« las, war ich von dieser bedeutenden und folgenreichen Entwicklung in der Welt der Schematherapie sehr beeindruckt. Die Perspektive dieser schematherapeutischen Arbeit besteht darin, dazu beizutragen, unnötiges Leiden zu verhindern und eine gesunde Entwicklung zu fördern. Darüber hinaus fördert sie die Fähigkeit zu einer besseren sozialen Anpassung sowie eine bessere Beziehung zwischen jungen Menschen und den Erwachsenen, die sie dann später auch selbst werden.

Jeffrey Young, der Gründer, hat den Ansatz der Schematherapie für die Behandlung von Erwachsenen entwickelt. Das Modell ging jedoch immer davon aus, dass frühe maladaptive Schemata (tief verwurzelte, destruktive Muster) und die begleitenden und schemaaufrechterhaltenden Modi (aktuelle personale Seinsweisen), bereits während der Kindheit und Jugend entstehen.

Mit zunehmendem Alter spielen diese Schemata und Verhaltensweisen eine entscheidende Rolle bei der Entstehung von Problemen mit dem Selbstwertgefühl, den zwischenmenschlichen Beziehungen und dem Erreichen von Arbeits- und Lebenszielen.

Im Mittelpunkt der Praxis einer Schematherapeutin steht die begrenzte Nachbeelterung, um eine gesündere Lebensweise zu fördern. Als »Nachbeelterungs-Agent« klärt die Therapeutin den Patienten über wesentliche und allgemein geteilte menschliche Bedürfnisse auf: Empathie, Lob, Schutz, Führung und Autonomie.

In den Grenzen der therapeutischen Beziehung versucht die Schematherapeutin, diese Bedürfnisse dann zu befriedigen, während sie dem Patienten beibringt, wie er diese Bedürfnisse auch außerhalb der therapeutischen Beziehung erfüllen kann.

Die Nutzung früher Lebenserfahrungen, insbesondere solcher, die sich auf die frühen Betreuungsbedingungen konzentrieren, ist eine Herausforderung, da sich viele Erwachsene an große Teile ihrer Kindheit nicht präzise erinnern können und ihre früheren Erfahrungen mit ihren Eltern durch die aktuelle Beziehung zu ihnen verschwimmen oder sogar umgedeutet werden.

Bei jüngeren Menschen ist die interaktionelle Dynamik mit den Bezugspersonen aktuell gegenwärtig und daher tendenziell formbarer. Die Möglichkeit eines direkten Kontaktes mit den wichtigen Figuren der Kindheit ermöglicht einen ganzheitlicheren und systemischen Ansatz.

Eine eigene positive und heilsame Veränderung der frühen Bezugspersonen wird erleichtert, wodurch diese dann besser auf ihre Kinder eingehen können.

Die Herausgeber von Schematherapie für Kinder und Jugendliche, Christof Loose, Peter Graaf und Gerhard Zarbock, haben ihr Buch so konzipiert, dass es sowohl erfahrenen Therapeuten als auch Anfängern dabei hilft zu lernen, wie man Kinder und Jugendliche aus der Sicht der Schematherapie versteht und behandelt. Diese frühzeitigen Interventionen bei Kindern, Jugendlichen und ihren Familien könnten sogar vorbeugend die Entwicklung maladaptiver Schemata und Modi verhindern.

Bei der Arbeit mit jüngeren Menschen spielt die Vorstellungskraft eine viel größere Rolle. Dieses Buch würdigt diese Wahrheit, indem es verschiedene kreative Interventionen vorschlägt, die ansprechend und auf die Interessen und Fähigkeiten von kleinen Kindern bis Teenagern abgestimmt sind.

Ob es um den strategischen Einsatz von Puppen für Kinder geht, um ihnen zu ermöglichen, Gefühle, Schemata oder Modi auszudrücken oder ob den jungen Patienten die Möglichkeit gegeben wird, die Namen der Modi ihren spezifischen Erfahrungen anzupassen: Das Ziel besteht immer darin, den kreativen Einfallsreichtum eines jungen Menschen zu nutzen, um verschiedene Anteile der eigenen Person zu erkennen und erfahrbar zu machen.

Innovative spielerische Darstellungen aktueller Dilemmata (im Gegensatz zu einer traditionellen Vorstellungsübung) dienen dazu, jüngeren Patienten dabei zu helfen, Beziehungen und Konflikte in sich selbst, anderen und der Welt auf unterhaltsame, anregende und stärkende Weise zu verstehen.

Das Buch beschreibt anschaulich, wie Familienmitglieder, die sich an der Behandlung beteiligen, sich ihres eigenen verletzlichen kindlichen Verhaltens und der Bedürfnisse dieses kindlichen Teils bewusst werden, was zu Empathie für den Patienten führt und Veränderungen bei dem Familienmitglied bewirkt.

Während meiner über zwanzigjährigen Tätigkeit als Schematherapeut für Erwachsene haben viele meiner Patienten ein viel besseres Verständnis für ihr kindliches Selbst (verletzliches Kind) gewonnen – einen Teil von ihnen, der mit mitfühlenderen und verständnisvolleren Augen gesehen werden musste. Nicht wenige äußerten auch den Wunsch, dass sie so gerne als Kind so empathisch gesehen worden wären. Obwohl ich eine gewisse Traurigkeit empfand, dass diese Patienten solche Erfahrungen früher in ihrem Leben nicht gemacht hatten, tröstet es mich, dass sie jetzt erleben können, sich selbst auf diese Weise zu sehen und gesehen zu werden.

Auch ich bin sehr froh festzustellen, dass es nun eine Möglichkeit gibt, schwierige Erfahrungen von Kindern und Jugendlichen weltweit mit den Ideen der Schematherapie für Kinder und Jugendliche zu verbessern. Dieses Buch ist eine wertvolle Ressource für die Schaffung eines therapeutischen Umfelds, das Heilung und dauerhafte Veränderungen erleichtert.

New York, März 2024

Jeff Conway

Präsident der Internationalen Gesellschaft
für Schematherapie (ISST e.V.) von 2022 bis 2024

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

es ist uns eine besondere Freude, Sie in der Welt der Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen (hier kurz *ST-KJ* genannt) begrüßen zu dürfen. Wir haben die Inhalte dieses Buches lange miteinander diskutiert, in der Praxis erprobt und unsere gesammelten Erfahrungen verschriftlicht und mit dem Ziel verfasst, Ihnen einen umfassenden Überblick und Einblick in die Schematherapie für Kinder und Jugendliche zu ermöglichen. Erlauben Sie uns bitte, mit Ihnen gemeinsam ein paar Jahre zurückzublicken und diese spannende Entwicklung der *ST-KJ* Revue passieren zu lassen.

In der ersten Auflage unseres Buches (Loose et al., 2013) haben wir im Vorwort explizit betont, dass die Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen noch als »Work-in-Progress« zu verstehen sei. Damals waren wir sehr gespannt, wie das Konzept *ST-KJ* wohl in der »Psychotherapie-Szene«, insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, aufgenommen werden würde. Außerdem haben wir uns gefragt: Was wird wohl »Work-in-Progress« inhaltlich noch beinhalten, anders gesagt: Wohin geht die Reise? Wir wussten damals noch nicht, dass das Buch überaus positiv aufgenommen werden würde und in den nächsten 10 Jahren auch Therapieverfahren übergreifend großen Beifall erfahren würde. Zum Beispiel hatten wir noch keine Ahnung davon, dass die *ST-KJ* fortan regelmäßig auf nationalen und internationalen Kongressen zur Schema- und/oder Verhaltenstherapie in Form von Vorträgen und Workshops angefragt werden würde. Wir wussten auch noch nicht, dass 10 Jahre später in Deutschland, Österreich und der Schweiz flächendeckend in den Ausbildungsstätten der verhaltenstherapeutischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie unser *ST-KJ* Ansatz als Zusatzseminar (sog. »freie Spitze«) regelmäßig angeboten werden würde. In den Kursen der VT- Ausbildungsstätten bekundeten Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer regelmäßig, dass dieser *ST-KJ*-Kurs das beste Seminar in der gesamten Psychotherapeuten-Ausbildung gewesen sei. Darüber haben wir uns besonders gefreut, wohlwissend, wie viele Theorien und Psychotherapieansätze Auszubildende Wochenende für Wochenende präsentiert bekommen.

Unterstützt wurde die Verbreitung der *ST-KJ* auch von vielen renommierten Verhaltenstherapeuten wie Gerhard Lauth und Friedrich Linderkamp, die als Herausgeber in ihrem Praxishandbuch »VT bei Kindern und Jugendlichen« (2018) explizit die Schematherapie für Kinder und Jugendliche als die 3. Phase der Verhaltenstherapie ausgewiesen haben: Ihr »unverhoffter Siegeszug« habe in den letzten Jahren gezeigt, dass sie nicht nur »kreativ, sondern auch sinnstiftend und motivationserhöhend« sei (ebd, S. 17).

Vor dem Hintergrund all der o. g. positiven Rückmeldungen kann wohl auch erklärt werden, wie es die *ST-KJ* in die neue Weiterbildungsordnung für Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, insbesondere in den Muster-Gegenstandskatalog der Bundespsychotherapeutenkammer (BpTK, 2022) geschafft hat: Die dortige explizite Nennung schematherapeutischer Begriffe im Rahmen der Verhaltenstherapie zeigt, dass die Schematherapie nicht nur als eine strategische Variante, sondern auch als eigenständige

Vorgehensweise in der VT berücksichtigt wird, die spezifische Techniken und Strategien bereithält, die die bisherige Verhaltenstherapie bisher noch nicht oder nur wenig integriert hatte und deswegen eine deutliche Bereicherung darstellt. Mehr Hintergrundinformationen dazu finden Sie in Kapitel 20 unseres Buches.

Als Ausdruck dieser Bereicherung der VT haben zahlreiche approbierte Kolleginnen und Kollegen in den vielen deutschlandweiten Instituten für Schematherapie die 8-tägigen Kurse in ST-KJ belegt (Curriculum gemäß der Internationalen Gesellschaft für Schematherapie, ISST e.V.), sodass wir im deutschsprachigen Raum in den letzten 10 Jahren (seit Veröffentlichung unserer 1. Auflage, 2013) viele Kolleginnen und Kollegen aus der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und -psychiatrie haben in der ST-KJ schulen dürfen.

Ist der »Work-in-Progress« nun abgeschlossen? Mitnichten, es scheint eher so zu sein, dass der »Zug der ST-KJ« gerade über unsere Landesgrenzen hinweg nochmal richtig Fahrt aufgenommen hat. Hintergrund dieser optimistischen Einschätzung ist, dass unsere 1. Auflage von 2013 bereits in 8 Sprachen übersetzt wurde (Stand: Feb. 2024) und in vielen Ländern rund um die Welt großes Interesse gefunden hat.

Mit einigem Stolz können wir schon jetzt konstatieren, dass ausnahmsweise eine wichtige psychotherapeutische Weiterentwicklung in der VT und Psychotherapie allgemein nicht aus den USA, GB oder aus Australien gekommen ist, sondern aus Deutschland und namentlich von den Herausgebern dieses Buch. Die vielen Vortrags- und Workshopeinladungen, die uns in zunehmendem Maße erreicht haben, reichen mittlerweile von Nordamerika (USA), über Südamerika (Brasilien), weiter nach Australien, nach Singapur und Südkorea (Welt Kongress in VT, WCCBT), auch über Russland, Iran und Israel und viele weitere europäische Länder wie Finnland, Dänemark, Schweden, Holland, Polen, Italien, Frankreich, Rumänien, Ungarn, Bulgarien, Griechenland bis hin zur Türkei. Die Liste lässt sich noch weiter fortsetzen, wenn wir die Online-Veranstaltungen, z. B. während der Corona-Pandemie, mitzählten.

Warum sich diese 2. Auflage unseres Buches zu lesen lohnt, werden auch ST-KJ-kundige Leser und Leserinnen in der grundlegenden Überarbeitung dieser Auflage erkennen: Insbesondere in den ersten vier Kapiteln zu den Grundlagen der ST-KJ werden die wesentlichen Meilensteine in der Entwicklung der Schematherapie beleuchtet und durch die Kapitel 5 bis 10 mit Blick auf die Beziehungsgestaltung, Psychoedukation, Diagnostik und Therapie für die Kinder und Jugendlichen weiter ausgestaltet. In den Kapiteln 11 bis 15 erfahren Leserinnen und Leser, wie die ST-KJ altersbezogen, ausgehend vom Säuglingsalter, über das Vorschul- und Grundschulalter bis in die Adoleszenz und das junge Erwachsenenalter angewendet werden kann. In den Kapiteln 16 bis 19 lernen und erleben Sie praxisnah, wie Sie mit Eltern im Rahmen des »Schema-Coachings für Eltern« arbeiten können. Das Kapitel 20 rundet schließlich die zuvor besprochenen Techniken und Herangehensweisen in formaler Hinsicht ab und skizziert die wesentlichen Aspekte, die für die Antragstellung bei der verhaltenstherapeutischen Gutachtenerstellung eine wichtige Rolle spielen.

Wer sich darüber hinaus einen Überblick zur Studienlage verschaffen möchte, sei eingeladen, auf <https://www.researchgate.net/profile/Christof-Loose> die aktuellen Ver-

öffentlichungen in einer Übersichtsdatei nachzulesen. Es sei allerdings schon jetzt angemerkt, dass die großen klinischen Studien zur Wirksamkeit im Kinderbereich (z. B. RCT-Studien) noch fehlen, also wahrhaftig noch »Work-in-Progress« sind, weswegen wir auch hier an dieser Stelle ausdrücklich zu mehr empirischer Arbeit und Veröffentlichung von ST-KJ Studien aufrufen möchten.

Wer sich gerne in den sozialen Medien wie Facebook, Instagram, LinkedIn oder YouTube aufhält und informiert, kann auch hier einen reichen und bunten Blumenstrauß an Posts und sonstigen Beiträgen unter dem Suchbegriff »Schematherapie für Kinder« bzw. »Schema Therapy for Children and Adolescents« finden.

Interessierte Leser und Leserinnen werden sich auch über die Beltz-Schematherapie-Kongresse freuen, die im Jahr 2024 nun schon zum 6. Mal durchgeführt werden. Wir möchten dem Lektorat Psychologie, namentlich der Leitung Frau Dr. Svenja Wahl, für die kontinuierliche und tatkräftige Unterstützung in der Schematherapie überaus danken. In diesem Zuge gilt auch unserer Lektorin für das vorliegende Buch, Franziska Rohde, ein großer Dank, denn die Zusammenarbeit und der Support waren überaus konstruktiv, wertschätzend und zu jeder Zeit unterstützend.

Auch möchten wir der schon oben angesprochenen »International Society of Schema Therapy« (ISST e.V.) für Ihre Unterstützung im Kinder- und Jugendlichenbereich danken. Exemplarisch für diesen Support darf die direkte und offenerherzige Bereitschaft von Jeffrey Young, dem Begründer der Schematherapie, und Jeff Conway, Präsident der ISST 2021–2023, gesehen werden, unsere Leserschaft mit einem Grußwort und Geleitwort zu begrüßen. Auch vielen ISST-Vorstandsmitgliedern der letzten Jahre ist zu verdanken, dass das »Kinder-Curriculum« mittlerweile ein fester Bestandteil der Gesellschaft geworden ist und mit seinen Beiträgen seit 2010 auf keinem internationalen Schematherapie-Kongress fehlt. Durch eine Mitgliedschaft in dieser Gesellschaft haben Sie u. a. Zugang zu den stets aktuellen Entwicklungen der Schematherapie und vieles mehr, z. B. auch die Möglichkeit, kostenfrei an Online-Fortbildungen zur Schematherapie teilzunehmen. Mehr Informationen finden Sie auf der Website »<https://schemasociety.wildapricot.org/>«. Für den deutschsprachigen Bereich dürften Sie auf der Website »www.schematherapie-für-kinder.de« ebenfalls interessante Informationen finden, z. T. auch mit Videobeiträgen oder Spielen zur ST-KJ.

Wir möchten an dieser Stelle nochmals all jenen Kolleginnen und Kollegen danken, die sich für die Schematherapie allgemein, also auch in der Erwachsenenpsychotherapie, eingesetzt haben. Ohne diese große Gemeinschaft und deren Veröffentlichungen (z. B. auch in der Forschung) wäre auch die ST-KJ vermutlich nicht so erfolgreich, wie wir es oben beschrieben haben.

Vielen Dank auch an unsere Autorinnen, die in Co- oder Erstautorenschaft unser Buch mit Ihren Kapiteln und Erfahrungen extrem bereichert haben, namentlich (in alphabetischer Reihenfolge der Nachnamen) Katharina Armour, Petra Baumann-Frankenberger, Silka Hagen, Liv Harding, Sophie Kröger und Christine Zens.

Abschließend sei noch erwähnt, dass wir für eine diskriminierungsfreie, genderneutrale Sprache kapitelweise abwechselnd die männliche und weibliche Form zur Bezeichnung von Personengruppen gewählt haben, d. h. in ungeraden Kapiteln (1, 3, 5 etc.)

bezeichnen die Autoren und Autorinnen der jeweiligen Kapitel Personengruppen (wie z. B. Therapeut, Patient etc.) in männlicher Form, in geraden Kapiteln (2, 4, 6, etc.) wählen sie die weibliche Form (Therapeutin Patientin, etc.).

Wir hoffen, dass Sie genauso viel Freude beim Lesen haben, wie wir bei der Erstellung dieses Buches empfunden haben.

Herzlichst,

Christof Loose
Peter Graaf
Gerhard Zarbock

Literatur

Lauth, G. & Linderkamp, F. (2018). Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Praxis-
handbuch. Weinheim: Beltz.

Gegenstandskatalog. Gebiet: Psychotherapie für
Kinder und Jugendliche. In der Fassung des Be-
schlusses des Vorstandes der BPtK am 19. No-
vember 2022.



Theoretische Grundlagen der Schematherapie für Kinder und Jugendliche

- 1 Theoretische Vorläufer und Grundlagen der Schematherapie für Kinder und Jugendliche
- 2 Das schematherapeutische Modell für Kinder und Jugendliche
- 3 Das Modus-Konzept bei Kindern und Jugendlichen
- 4 Grundzüge der schematherapeutischen Behandlung

1 Theoretische Vorläufer und Grundlagen der Schematherapie für Kinder und Jugendliche

Christof Loose • Gerhard Zarbock • Peter Graaf

- 1.1 Psychodynamische Einflüsse
- 1.2 Bindungstheoretische und entwicklungspsychologische Einflüsse
- 1.3 Lerntheoretische Einflüsse
- 1.4 Risiko- und Schutzfaktoren für die kindliche Entwicklung
- 1.5 Temperamentsdimensionen und -konstellationen

Die Schematherapie gilt als Weiterentwicklung der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT). Sie verfolgt das Ziel, problematische Emotionen, Verhaltensweisen oder Beziehungen zu anderen auf dahinterliegende Grundbedürfnisse und Schemata zu untersuchen. Ziel ist es, Kindern, Jugendlichen und Eltern ein tieferes Verständnis der vorliegenden Problematik zu ermöglichen. Durch dieses können dann gezielt therapeutische Interventionen durchgeführt werden, die eine nachhaltige Befriedigung von Grundbedürfnissen des Kindes bzw. der Jugendlichen einschließlich ihrer familiären Bezugspersonen ermöglicht, so dass das Symptom »überflüssig« wird.

Kapitel 1 bis 4 bieten Ihnen zunächst einen zusammenfassenden Überblick über grundlegende Theorien und therapeutischen Ansätze, die in der Schematherapie in Teilen integriert und hier insbesondere auf die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen bezogen sind. Damit möchten wir den Grundstein für ein theoretisch-umfassendes und gleichzeitig nicht zu komplexes Fundament legen, das für die schematherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen notwendig ist.

Die Entwicklung der Schematherapie ist ohne die lange Vorgeschichte der Psychologie nicht denkbar. Sie greift implizit und explizit auf viele Vorläuferkonzepte zurück und integriert diese in ein modernes Verständnis der Persönlichkeit und der Behandlung psychischer Störungen – mit psychodynamischen und lerntheoretischen Perspektiven.

1.1 Psychodynamische Einflüsse

Zu den psychodynamischen Einflüssen gehört zunächst einmal die allgemein anerkannte Erkenntnis (Sigmund Freud, 1915) von der großen Bedeutung des Unbewussten und die Rolle der Abwehrmechanismen (Anna Freud, 1936/1964) im Umgang mit Frustrationen. Diese behandeln wir in der Schematherapie als dysfunktionale Bewältigungsmuster, auf die wir noch detailliert im Modus-Modell (Kap. 3) eingehen werden.

Sigmund Freuds Zeitgenosse Alfred Adler, Begründer der Individualpsychologie, maß (in Abkehr vom Triebkonzept Freuds) dem Minderwertigkeitsgefühl als pathogenen Faktor eine hohe Bedeutung bei. Er beschrieb das Streben nach Überkompensation zum Ausgleich für erlebte Kränkungen. Die Schematherapie spricht heute vom Schema *Unzulänglichkeit und Scham*, benennt jedoch neben Adlers Überkompensation weitere Bewältigungsstile, die Menschen im Umgang mit Verletzungen des Selbstwerts zeigen können.

Freuds Instanzenmodell (1923) von einem ICH, ES und ÜBER-ICH wurde in der analytischen Denktradition weiterverfolgt und weiter differenziert, z. B. in Eric Bernes Konzept der Transaktionsanalyse (1961, konkret: Erwachsenen-Ich, Kind-Ich und Eltern-Ich). Einige dieser Grundgedanken wurden auch in der Schematherapie aufgegriffen, die die Prozesse der Identifikation und Internalisierung elterlicher Werte und Haltungen als sehr bedeutsam ansieht. Die Introjekte (analytischer Begriff) konzeptualisiert die Schematherapie als bewertende Instanzen, die im ungünstigen Fall zu einem inneren Anteil der Person (z. B. Kritikermodus) wird und schweren psychischen Schaden anrichten können.

■ Wichtig

- ▶ Frühe Erfahrungen im Leben sind wichtig für die Entwicklung der Persönlichkeit.
- ▶ Die Persönlichkeit ist in verschiedene Instanzen gegliedert.
- ▶ Erinnerungen können bewusst und unbewusst gespeichert sein.

Auch die zentrale Auffassung der Schematherapie, dass eine inadäquate Befriedigung von Grundbedürfnissen zur psychischen Erkrankung beiträgt, wurde schon von Freud aufgezeigt, wenn auch einseitig und vor allem auf »sexuelle« Bedürfnisse bezogen.

Im weiteren Verlauf des Buches (Kap. 2.1) beschreiben wir noch – auch mit Bezug auf Klaus Grawe – die relevanten Grundbedürfnisse, die in der Schematherapie eine wichtige konzeptuelle und somit grundlegende Rolle spielen.

■ Wichtig

Eine inadäquate Befriedigung von Grundbedürfnissen trägt wesentlich zur Entwicklung psychischer Erkrankungen bei.

1.2 Bindungstheoretische und entwicklungspsychologische Einflüsse

Die Bindungsforschung – beginnend mit den Pionierarbeiten von John Bowlby (1958, 1969) und Mary Ainsworth (1973) – hatte einen bedeutsamen Einfluss auf die Schematherapie und waren wichtige Bestandteile für das differenzierte Konzept der therapeuti-

schen Beziehung innerhalb der Schematherapie (Stichwort: Limited-Reparenting-Konzept; begrenzte Nachbeelterung). Die Bedeutung der emotionalen Zuwendung in der Beziehungsgestaltung kann dabei wohl kaum überschätzt werden.

■ Wichtig

Sichere Bindung hängt von emotionaler Zuwendung, Wärme und Ansprechbarkeit ab und kann als ein emotionales Band, das eine Person über Zeit und Raum hinweg mit einer anderen verbindet, verstanden werden.

In unseren Überlegungen zur Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen haben wir weitere entwicklungspsychologische Konzepte aufgenommen. Es gibt verschiedene Arbeiten, die die Entwicklung der Kindheit, z. T. auch bis ins Erwachsenenalter, gliedern und damit Modelle zum Verständnis bestimmter Lebenskrisen und Grundkonflikte beitragen.

So ging der Entwicklungspsychologe und Psychoanalytiker Erik Erikson (1950) davon aus, dass sich Menschen ein Leben lang entwickelten, also im Gegensatz zur Entwicklungstheorie Sigmund Freuds auch über die frühe Kindheit und Jugend hinaus. Demnach muss jeder Mensch auf jeder Entwicklungsstufe definierte Aufgaben bewältigen, und zwar in einer bestimmten Reihenfolge und zu alterstypischen Themen. Auf jeder Stufe erlebt der Mensch eine charakteristische psychosoziale Krise, die im Fall einer positiven Bewältigung mit der Entwicklung einer »Grundtugend« verbunden ist. Die jeweilige Krise ist im Wesentlichen psychosozialer Natur, weil sie die psychologischen Bedürfnisse des Menschen einerseits und die Bedürfnisse der Gesellschaft andererseits in ein Spannungsfeld führt (Krise). Das Ergebnis jeder Krise beeinflusst den weiteren Verlauf und das Resultat der nachfolgenden Stufe. Daher ist die erfolgreiche Bewältigung in jeder Phase eine gute Voraussetzung für eine erfolgreiche Bewältigung der nachfolgenden Stufe bzw. für den Erwerb grundlegender »Tugenden«. Diese würden wir in der Schematherapie auf Modusebene eher als Ressourcen bzw. Kompetenzen des kompetenten Kindes oder gesunden Erwachsenen und auf Schemaebene eher als positive Schemata beschreiben.

Die von Erikson in den 1950er Jahren beschriebenen Stufen scheinen uns aus heutiger Sicht etwas zu starr konzipiert und muten in der Sprache altmodisch an. Viele der von ihm herausgearbeiteten Entwicklungsschritte sind aber gut geeignet, die altersbezogenen Bedürfnisse und Konflikte von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zu verstehen. Dazu verweisen wir auf die jeweiligen Kapitel in diesem Buch.

Neben der psychosozialen Entwicklungstheorie von Erikson bietet das Modell der Entwicklungsaufgaben von Havighurst (1972) noch weitere Einblicke in die Entwicklung, u. a. auch von Psychopathologien. In diesem Modell wird zwischen normativen und nicht-normativen Entwicklungsaufgaben unterschieden: Im Laufe der Kindheit und Jugend muss das sich entwickelnde Kind zwangsläufig bestimmte Situationen bewältigen, die als normative Entwicklungsaufgaben bezeichnet werden (z. B. die vorüber-

gehende Trennung von den Eltern beim Kindergarten- oder Schulbesuch, die Geburt eines Geschwisterkindes etc.). Eine nicht-normative Entwicklungsaufgabe hingegen ist die Bewältigung eines atypischen Ereignisses wie der Tod eines Familienangehörigen, die Trennung/Scheidung der Eltern oder eine schwere körperliche oder seelische Erkrankung eines Elternteils.

■ Wichtig

- ▶ Alle Menschen durchlaufen im Laufe ihres Lebens psychosoziale Entwicklungskrisen.
- ▶ Die erfolgreiche Bewältigung von Entwicklungsschritten begünstigt die erfolgreiche Bewältigung einer kommenden Entwicklungsaufgabe und psychosozialen Krisen.

1.3 Lerntheoretische Einflüsse

In die Schematherapie fließen auch (implizit) die weithin anerkannten frühen Erkenntnisse Iwan Pawlows vom Einfluss bestimmter Reizkonstellationen auf reflexhafte Reaktionen und Empfindungen auf neutrale Ereignisse. Die Schematherapie ergründet mit ihren Patienten die biografischen Quellen der emotionalen Reaktionen auf aktuelle Auslöser. Sie erkennt dabei die Macht der frühen Prägungen und vermittelt korrigierende emotionale Erfahrungen, um die mit der Konditionierung entstandenen automatischen (Angst-) Reaktionen abzuschwächen und zu überschreiben.

Das Konzept der *evaluativen Konditionierung* (EK, A.B. Levey und Irene Martin (1975); angelehnt an Staats & Staats, 1958 und Zanna et al., 1970) erweiterte Pawlows Theorie der klassischen Konditionierung. Es beschreibt die Bildung oder Veränderung von Einstellungen gegenüber einem Objekt aufgrund des gemeinsamen Auftretens mit einem anderen emotional besetzten (valenten) Objekt. Zum Beispiel kann der Pausenhof einer Schule zunehmend negativ oder positiv abgespeichert werden, je nachdem, ob er mit positiven oder negativen Erlebnissen verbunden wird. Solche Bewertungen bzw. Evaluationen gelten als löschungsresistenter, das heißt, eine Aufhebung der Konditionierung bzw. Löschung durch Gegenkonditionierung ist ungleich schwieriger als bei einer klassischen Konditionierung.

■ Wichtig

- ▶ Verhalten und Emotionen können durch die Assoziation verschiedener Reize hervorgerufen werden (klassische Konditionierung).
- ▶ Einstellungen und Bewertungen können durch evaluatives Lernen entstehen (evaluative Konditionierung).

Auch die Lerntheorien fließen in die Arbeit der Schematherapie ein – damit auch die Befunde zur operanten Konditionierung von Frederic Skinner (1938) und der sozialen Lerntheorie von Albert Bandura (1977), auch wenn diese nur einen Teil der Verhaltensweisen von Kindern und Erwachsenen erklärt:

- ▶ Verhalten wird durch operante Konditionierung (Belohnung, Bestrafung) beeinflusst.
- ▶ Beim Modelllernen prägen sich Verhaltensweisen ein, die zu einem späteren Zeitpunkt nachgeahmt werden können.

Die Schematherapie versteht sich als Weiterentwicklung der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT), die im Wesentlichen auf den Arbeiten von Ellis (1957) und Beck (1963) basiert. Diese Autoren haben herausgearbeitet, wie stark die subjektive Bewertung von Situationen zur Quelle für emotionale und behaviorale Probleme werden können. Nach dem ABC-Modell von Ellis ist der Stimulus (A, für Activating Event) nur über die Bewertung (B für Beliefs) bedeutsam für das Verhalten (C für emotionale und behaviorale »Consequences«). Auch die Erweiterung des Modells zum »ABCDE«-Modell (Ellis & Dryden, 1987) differenziert noch eine weitere kognitive Komponente, wobei D für die Disputation von Überzeugungen und E für den (neuen) Effekt steht, also die nach der Disputation zu erwartende Wirkung auf Emotionen und/ oder Verhalten.

Der zentrale therapeutische Gedanke beim ABC-Modell ist, dass ein Mensch nicht unbedingt seine Umwelt (A) ändern muss, sondern auf das B (belief) fokussieren und somit an den inneren Überzeugungen und Bewertungen ansetzen sollte. Der Therapeut disputiert dann z. B. mittels Sokratischem Dialog die Bewertung (B→D) und folglich wird sich die frühere emotionale/behaviorale Reaktion (C) in eine neue (E) verwandeln können. Ein Beispiel für die Anwendung des Modells bei Kindern wird in Teil II aufgezeigt.

■ Wichtig

- ▶ Glaubenssätze und Überzeugungen beeinflussen die Interpretation von Reizen/Situationen und sorgen oft für eine verzerrte Wahrnehmung des äußeren Geschehens.
- ▶ Kognitionen tauchen in Selbstgesprächen oder im ständigen Gedankenstrom auf und können einen stärkeren Einfluss auf das Verhalten als die tatsächlichen Konsequenzen haben.

In der Schematherapie werden die Kognitionen bzw. »Bewertungen« im ABC-Modell komplexer gefasst, und zwar als kognitiv-emotionale Reaktionsschemata – oft von körperlichen Erregungsmustern (z. B. Anspannung) und inneren Bildern begleitet. Diese oft automatisch und unbewusst ablaufenden Schemata führen dann zu einem konkreten Verhalten eines Menschen. Infolgedessen reicht es oft nicht, allein die Kognitionen bzw. dysfunktionalen Glaubenssätze zu hinterfragen, da diese mit starken Emotionen und inneren Vorstellungen verwoben und auf neuronaler Ebene tief eingepägt sind, wodurch sie mächtiger und resistenter als primär kognitive Strukturen sind.

Aaron Beck als Mitbegründer der KVT unterstützte daher Weiterentwicklungen, die die Grenzen der KVT erkannten. Dazu zählen neben der Schematherapie unter ihrem Begründer Jeffrey Young (1990) auch die von Marvin Smucker entwickelte Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy (IRRT; Smucker & Dancu, 1999), die mit dem Ansatz der imaginativen Überschreibung in der Schematherapie (etwas erweitert) aufgenommen wurde.

Wie sich Überzeugungen auf das seelische Befinden und Verhalten auswirken, und wie es überhaupt zu den Kernüberzeugungen und (kognitiven) Schemata kommt, führen wir in Kapitel 2 näher aus.

Dabei können wir in diesem Rahmen nicht auf weitere moderne Konzepte aus der dritten Welle der Verhaltenstherapie eingehen, die psychische Prozesse ähnlich wie die Schematherapie, aber mit anderen Begriffen beschreiben – und daraus auch noch andere therapeutische Techniken entwickeln. So würden Hayes et al. (2014) in der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) ein Schema als Fusion von Gedanken und Realität, ebenso die Metakognitive Therapie (MCT) nach A. Wells (2001). Das Konzept der Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, kurz CBASP (McCullough, 2006) würde von »Prägung« oder »Stempel«, die Emotionsbasierte kognitive Therapie (EBCT) nach Grosse Holtforth und Krieger (2014) würde von maladaptiven Assoziationen zwischen Stimuli, emotionalen Reaktionen und Bedeutungsinhalten sprechen.

All diese Konzepte wollen Patienten helfen, sich aus ihren biografisch bedingten Reaktionsmustern zu lösen und betonen dabei besonders emotionale Prozesse, die auch Gegenstand der hypnosystemischen Telearbeit und der Gestalttherapie sind. Vorläuferkonzepte zum Modusmodell stellen wir in Abschnitt 2.4 dar.

Tipp

Für eine Vertiefung der Grundlagen der KVT vor dem Hintergrund biografisch-systemischer Zusammenhänge und seinen klinischen Implikationen empfehlen wir Beck (2013), Parfy et al. (2016) und Zarbock (2017). Für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen finden Sie hilfreiche und altersgerechte verhaltenstherapeutische Ansätze in den gängigen Lehr- und Praxishandbüchern für Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen (z. B. Stallard, 2015; Lauth & Linderkamp, 2018).

1.4 Risiko- und Schutzfaktoren für die kindliche Entwicklung

Die klinische Entwicklungspsychologie (Carr, 2015; Heinrichs & Lohaus, 2020) kennt verschiedene Modelle, mit denen die Entwicklung einer seelischen Erkrankung im Kindes- und Jugendalter plausibilisiert wird. Hier sind nicht nur Risiko- und protektive Faktoren zu integrieren, sondern auch biologische bzw. genetische Faktoren wie z. B. das Temperament.

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.

Die folgende Liste von Faktoren, die mit der Entwicklung von Psychopathologie in Verbindung gebracht werden, basiert auf empirischer Forschung und jüngeren Überblicksarbeiten (vgl. Esser & Schmidt, 2017; Klasen et al., 2017; Laucht et al., 2002). Die Risikofaktoren lassen sich wie folgt in biologische und psychosoziale Faktoren differenzieren.

- (1) **Biologische Risikofaktoren:** Genetische Störungen (z. B. Trisomie 21), Schwangerschaftstoxikosen mit Teratogenen wie Alkohol, Drogen, Rauchen, spezifische Medikamente, Umweltgifte, Strahlenschäden und Infektionskrankheiten der Mutter. Besonders wenn das ungeborene Kind längere Zeit Alkohol ausgesetzt war, kann es zur Alkoholembryopathie kommen. Viruserkrankungen der Mutter in der Schwangerschaft (z. B. HIV) gelten ebenfalls als Risiko. All diese Faktoren können zu Frühgeburten führen, nicht selten begleitet von Unterlänge bei Geburt, Untergewicht, Organschäden, Intelligenzverminderung und Verhaltensauffälligkeiten beim Kind (z. B. ADHS). Geburtskomplikationen wie perinatale Sauerstoffmangel (z. B. bei Nabelschnurumschlingung), Krampfanfälle, und eine Sepsis gelten ebenfalls als Risikofaktoren. Postnatal spielen dann psychosoziale Faktoren eine größer werdende Rolle.
- (2) **Psychosoziale Risikofaktoren:** Hier sind zu nennen ein niedriges Bildungsniveau, beengte Wohnverhältnisse, eheliche Disharmonie, mangelnde soziale Integration und Unterstützung, psychische Störung der Eltern, Stieffamilie, chronische Schwierigkeiten wie Arbeitslosigkeit oder Erkrankungen, Kriminalität, Herkunft aus zerrütteten familiären Verhältnissen, Familienkonflikte während der Kindheit der Eltern, frühe Elternschaft, Ein-Eltern-Familie, unerwünschte Schwangerschaft, geringe soziale Unterstützung im ersten Lebensjahr, geringe Lebensqualität der Eltern, mangelnde Bewältigungsfähigkeiten (Die Reihenfolge der Nennung hat hier keine Bedeutung).

Im Allgemeinen muss von einer Interaktion zwischen Kindvariablen und psychosozialen Umgebungsfaktoren ausgegangen werden. Heinrichs und Lohaus (2020) konstatieren, dass Risikofaktoren als *ursächlich wirkende* Faktoren, d. h. als Mediatoren zu interpretieren sind, während Schutzfaktoren eher als Moderatoren Einfluss nehmen, d. h. sie wirken eher modulierend und wie ein »Lautsprecher« auf die Auswirkungen der Risikofaktoren ein.

Schutzfaktoren

All jene Faktoren, die die Wirkung von Risikofaktoren abmildern können, werden als Schutzfaktoren bezeichnet (Puffereffekt). Befunde aus der Mannheimer Risikostudie (Hohm et al., 2017) weisen zum Beispiel auf die besondere Bedeutung der Mutter-Kind-Interaktion für die Ausbildung von Resilienz hin. Dabei zeigten Kinder aus hoch belasteten Familien im Durchschnitt deutlich weniger emotionale und behaviorale Auffällig-

keiten, wenn deren Mütter als responsiv und feinfühlig beurteilt wurden. Merkmale wie mütterliche Responsivität und Feinfühligkeit konnten also die Wirkung von Risikofaktoren abschwächen.

Als Schutzfaktoren konnten ausgemacht werden:

- (1) ausreichendes Familieneinkommen, höheres Bildungsniveau, tragfähiges soziales Netzwerk sowie die schon angesprochene mütterliche Responsivität und Feinfühligkeit, stabile emotionale Beziehungen innerhalb der Familie, Bezugsperson mit positivem Bewältigungsverhalten und positive unterstützende Situation in der Schule (Hohm et al., 2017).
- (2) Besonders scheint das Vorliegen von mindestens einer guten »Beziehung« zu einer Bezugsperson und auch eine gute allgemeine Intelligenz stärkend zu sein. Darüber hinaus zählen auch psychophysische Robustheit, geringe Krankheitsanfälligkeit und physische Attraktivität als Schutzfaktoren.

Das Vorliegen dieser Schutzfaktoren erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die Person – auch bei Vorliegen von Risikofaktoren – positive Erfahrungen machen kann und in Kontakt mit der Umwelt nachhaltige positive Verstärkung erfährt (vgl. Hoffmann & Hochapfel, 1995; Petermann et al., 1998).

1.5 Temperamentsdimensionen und -konstellationen

Sowohl die Auswirkung von Risikofaktoren als auch die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben sind neben den Schutzfaktoren von sogenannten Temperamentsfaktoren bzw. Ausprägungen auf den Temperamentsdimensionen abhängig. Eine der bekanntesten Beschreibungen von Temperamentsdimensionen geht nach Herpertz et al. (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, Rhythmizität, Aufmerksamkeitsspanne / Ausdauer (s. Tab. 1.1).

Tabelle 1.1 Temperamentsdimensionen und -konstellationen

Temperaments-Dimensionen (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 »einfache« Kind (easy child) ▶ das »schwierige« Kind (difficult child) ▶ das »langsam auftauende« Kind (slow to warm-up child).

Thomas und Chess (1977) entwickelten durch qualitative Analyse und Faktorenanalyse aus den neun Temperamentskategorien drei kindliche Temperamentskonstellationen, das sog. *einfache Kind* (*easy child*), das *schwierige Kind* (*difficult child*) und das *langsam auftauende Kind* (*slow to warm-up child*). Schon im Säuglingsalter kann man Kinder mit einfachem von Kindern mit schwierigem und langsam 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.

Einfache Säuglinge. Bei einfachen 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 gemäßigter und weniger heftig. Das Aktivitätsniveau ist meist niedrig und die Tendenz zu unregelmäßigen Ess- und Schlafgewohnheiten ist weniger ausgeprägt als beim Kind mit schwierigem Temperament.

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; 1987) zurück, das zwei grundlegende Motivationssysteme von menschlichem Verhalten beschreibt: Das Aktivierungs- und das Hemmungssystem.

Big-Five-Modell

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 Becker, 1998; McCrae & Costa, 1990), 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 extrovertiertes 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 seinen 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 von Erregung diskutiert. Auf hirnebene physiologischer 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.
(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.

2

Das schematherapeutische Modell für Kinder und Jugendliche

Christof Loose • Gerhard Zarbock • Peter Graaf

- 2.1 Das Grundbedürfnisfrustrationsmodell
- 2.2 Bewältigungsreaktionen (dysfunktionale Bewältigungsstrategien)
- 2.3 Schemata und Schemadispositionen
- 2.4 Das Modus-Konzept
- 2.5 Schema- oder Modustransaktionsmodell
- 2.6 Perspektiven in der Schematherapie
- 2.7 Indikation und Kontraindikation der Schematherapie

Nachdem wir in Kapitel 1 die theoretischen Grundlagen und Fundamente zur Psychotherapie einschließlich der Kernaussagen von wichtigen Wegbereiterinnen wie z. B. Sigmund und Anna Freud, Iwan Pawlow, John Bowlby, Mary Ainsworth, Erik Erikson, Albert Ellis und Aaron Beck umrissen und mit Risiko- und Schutzfaktoren sowie Temperamentsdimensionen und -konstellationen in Zusammenhang gestellt haben, ist es nun Zeit, einen Brückenschlag zum schematherapeutischen Modell vorzunehmen. Wir möchten das Modell zunächst allgemein für die Schematherapie im Erwachsenenalter darstellen, uns dann aber auf die Besonderheiten für das Kinder- und Jugendalter beziehen. Das Modell konzeptualisiert dabei das Wechselspiel von Bedürfnissen und ihren Schicksalen im Lebensverlauf sowie Temperamentsfaktoren in den Begriffen der Schemata, Bewältigungsstile und sogenannten Schema-Modi, kurz: Modi. Dieses Konzept der Schematherapie lässt sich insgesamt anhand folgender Begrifflichkeiten aufspannen, die in den folgenden Abschnitten näher erläutert werden:

- (1) **Grundbedürfnisse.** Existenzielle und psychologische Grundbedürfnisse gelten als Basis des Selbsterlebens und als innere »Treiber« für menschliches Erleben und Verhalten. Chronische Frustrationen wie fehlende Fürsorge, Missbrauch, Trauma, oder fehlende Grenzen können dabei als Moderatoren von Risikofaktoren interpretiert werden. Bei wiederholter und/oder grober Verletzung von Bedürfnisfrustrationen entfalten die Risikofaktoren ihr pathogenes Potenzial und verstärken dadurch die negativen Effekte auf die ohnehin schon belasteten Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen.
- (2) **Schemata.** Dysfunktionale Schemata bzw. Lebensmuster sind die langfristigen Folgen, wenn Grundbedürfnisse wiederholt inadäquat befriedigt werden. Solche Muster können sowohl fehlangepasste Erwartungen erzeugen und zusätzlich als ver-

zerrte Bedeutungen interpretiert werden, die den Erfahrungen zugeschrieben werden (ähnlich wie Banduras' niedrige oder hohe Selbstwirksamkeitsüberzeugungen; 1997). Schemata sind somit ein umfassendes (negatives) Ordnungsprinzip, letztlich, um der eigenen Lebenserfahrung einen Sinn zu verleihen (Young et al., 2005). Sie können als evaluativ konditionierte Reaktionen (CR) betrachtet werden und drücken so die Beziehung zum Selbst und zur Welt aus.

- (3) Bewältigungsstrategien.** Bewältigungsstrategien sind in der Regel Reaktionen auf Schemaaktivierungen. In der Auswahl und Stärke sind diese Reaktionen beeinflusst durch Modelllernen, Temperamentsfaktoren und operanter Konditionierung; sie gelten als individuelle und möglicherweise »dysfunktionale« Antworten auf die chronische Frustration von Grundbedürfnissen. Auch wenn diese Strategien auf den ersten Blick problematisch erscheinen (und auch sind), in der Regel stellen sie für den Menschen in dem Moment der Ausführung die derzeit bestmögliche Reaktion auf die gegebene Situation dar. Somit befriedigen sie kurzfristig Grundbedürfnisse, mittel- und langfristig verfestigen (perpetuieren) sie jedoch die Schemata, deretwegen sie überhaupt erst auftreten. Aus entwicklungspsychopathologischer Sicht können Bewältigungsstrategien auch Krankheitsvorläufer werden, z. B. als Kristallisationskerne späterer Persönlichkeitsstörungen oder -akzentuierungen (wie dissoziale Entwicklungen oder Narzissmus), oder als Vorläufer schwerwiegender Symptombildungen (z. B. Drogenabusus, Soziale Phobie oder Generalisierte Angststörung).
- (4) Schema-Modi.** Wir sprechen von einem Schema-Modus (kurz: Modus), wenn in einer bestimmten Situation eine Verflechtung aus Emotionalität, Kognition, physiologischer Erregung und einer Verhaltenstendenz als personaler momentaner Gesamtzustand aktiviert ist. Dies kann eine adaptive oder maladaptive Bewältigungsreaktion (Überkompensation, Vermeidung oder Erduldung), ein mit kindlichen Reaktionsmustern verbundener Zustand, oder ein verinnerlichter von wichtigen Bezugspersonen übernommener Anteil sein. Einen solchen Modus (z. B. Bewältigungsmodus) gilt es dann auf der Bedürfnisseebene und in seiner Intention bzw. Funktionalität besser zu verstehen.

2.1 Das Grundbedürfnisfrustrationsmodell

Nach schematherapeutischer Auffassung nähert man sich dem Verständnis einer psychopathologischen Symptomatik am besten durch ein Grundbedürfnisfrustrationsmodell. Wir nehmen in Anlehnung an verschiedene Autoren und Theorien (Brazelton & Greenspan, 2009; Deci & Ryan, 1985; Dweck, 2017; Grawe, 2004; Maslow, 1943; Young et al., 2005) zentrale universale Grundbedürfnisse an, die evolutionsbiologisch sowohl existenziell als auch psychisch bzw. emotional begründet sind. Wir verwenden ein übersichtliches handlungsleitendes Modell, das dabei hilft, die vielen Facetten und Ebenen der Bedürfnisse abzubilden und aufzufächern. Auch die existenziellen bzw. körperlichen Grundbedürfnisse wie z. B. Nahrung, Schlaf und körperliche Unversehrtheit werden da-

bei aufgeführt, nicht zuletzt deswegen, weil sie entwicklungspsychologisch beim Säugling und Kleinkind oder auch in Familien (z. B. Flüchtlingsfamilien) mit existenziellen Sorgen und Defiziten eine große Rolle spielen können. Auch die immer stärker werden den sozialen Nöte wie z. B. Armut in Deutschland¹ (vergleiche Paritätischer Armutsbericht, 2022) können besonders für Kinder gravierende Auswirkungen haben, nicht nur auf existenzielle Fragen wie »Können meine Eltern noch die Miete zahlen?«, sondern auch auf psychischer und emotionaler Ebene wie »Haben meine Eltern das Geld für meine nächste Klassenfahrt?«. Hier geht es dann um die soziale Teilhabe, die zum Beispiel das Bedürfnis nach Bindung bzw. Verbundenheit anbelangt.

Die in unserem Bedürfnisfrustrationsmodell grundlegende Plattform beginnt inhaltlich mit den beiden untersten Ebenen von Maslows Bedürfnishierarchie (1943, physiologische und Sicherheitsbedürfnisse), zusammenfassend als existenzielles Bedürfnis nach Sicherheit und Gesundheit konzeptualisiert, gefolgt von den empirisch gut untersuchten Bedürfnissen von Deci and Ryans Selbstbestimmungstheorie (1985) sowie Graves Bedürfniszusammenstellung in dem Buch »Neuropsychotherapie« (2004) und schließlich komplettiert durch Youngs (2005) schematherapeutische Ergänzung von Ordnung, Struktur und Grenzen.

Typische verbale Äußerungen oder Wünsche sind hier kursiv in Klammern angefügt, wobei sich ein Überblick aller Bedürfnisse auch auf einem Arbeitsblatt im Online-Bereich befindet.

Existenzielle (körperliche) Grundbedürfnisse:

- ▶ **Sicherheit und Gesundheit:** Befriedigung sowohl der eigenen Bedürfnisse nach körperlicher Unversehrtheit, Gewaltfreiheit, Nahrung, Schlaf etc., als auch die der (engeren) Familie.

(»Ich wünsche mir, vor Gefahren geschützt zu werden; zum Beispiel vor Gewalt und Krankheit; auch meine wichtigsten Mitmenschen (Familie und Freunde) sollen dafür sicher sein. Ich brauche – wie jeder andere Mensch auch – genug zu essen, warme Kleidung, genug Schlaf, ein sicheres Zuhause, wo man ungestört sein kann, wo niemand ist, der einem weh tut«).

Psychische (emotionale) Bedürfnisse:

- ▶ **Bindung:** im Sinne beständiger liebevoller Beziehungen und Zugehörigkeit zu unterstützenden Gemeinschaften.

(»Ich brauche Menschen (Familie, Freunde), die zu mir halten; auch wenn ich mal etwas verkehrt gemacht habe. Ich wünsche mir, dass meine Eltern mich liebhaben, mich verstehen und ernst nehmen. Jeder braucht Menschen, auf die man vertrauen kann«).

1 Laut Paritätischem Armutsbericht 2022 hat die Armut in Deutschland mit einer Armutsquote von 16,6 Prozent im zweiten Pandemie-Jahr (2021) einen traurigen neuen Höchststand erreicht. 13,8 Millionen Menschen müssen demnach hierzulande derzeit zu den Armen gerechnet werden, 600.000 mehr als vor der Pandemie.

- ▶ **Autonomie:** Selbstständigkeit im Sinne von Unabhängigkeit von anderen, Selbstbestimmung, Selbstwirksamkeit einschließlich Kontrolle über die Umwelt.
(»Ich wünsche mir, in manchen Dingen (mehr) mitreden und mitbestimmen zu dürfen. Ich möchte auch manches ausprobieren dürfen, ohne dafür ausgeschimpft zu werden. Ich möchte etwas bewirken können und schwierige Sachen allein schaffen. Ich möchte selbständig werden und in der Schule oder im Job klarkommen. Ich wünsche mir auch eine gute Selbstkontrolle, um mit anderen zurecht zu kommen. Wenn ich mich anstrenge, möchte ich auch Erfolg haben. Ich möchte etwas tun können, damit es mir gut geht.«)
- ▶ **Selbstwert:** im Sinne von Anerkennung und Selbstachtung.
(»Ich wünsche mir, mit all meinen Schwächen und Stärken anerkannt und respektiert zu werden. Ich wünsche mir, dass andere gut finden, was ich mache.«)
- ▶ **Lustgewinn** und positive Stimulation mit Spiel / Spaß, Freude und Genuss, im Sinne von Spontaneität und Freiheit im Selbstaussdruck.
(»Ich wünsche mir, (öfter) Dinge zu tun, die Spaß machen. Ich möchte meine Gefühle offen zeigen dürfen, ohne mich schämen zu müssen. Ich möchte mein Leben genießen, genug Freude und Spaß haben, sodass ich mich auf den Tag freuen kann. Ich möchte unbeschwert und locker sein können, auch wenn mal etwas doof läuft.«)

Im Folgenden beschreiben wir einen grundlegenden Bedürfniskomplex, der den o. g. Bedürfnissen übergeordnet ist: Es handelt sich zunächst um Orientierung, Struktur und dem Streben nach Konsistenz, und berührt im weiteren Verlauf des Lebens immer mehr auch Fragen zur Identität und Sinnfindung.

- ▶ **Orientierung / Grenzen / Struktur:** Bedürfnis nach Überschaubarkeit, Vorhersagbarkeit, Struktur, transparenten Grenzen und Spielregeln der Gesellschaft.
(»Ich möchte wissen, was ich mir erlauben darf und was nicht. Die Regeln in meinem Umfeld sollen klar sein. Wenn meine Eltern etwas verbieten, möchte ich verstehen warum. Ich möchte auch Klarheit darüber haben, was meine Rechte und was meine Pflichten sind. Ich muss wissen, was geschieht, wenn ich Regeln missachte oder andere verletze. Ich möchte verstehen, was um mich herum geschieht und mich in meinem Alltag zurechtfinden.«)
- ▶ **Konsistenz:** Streben des Organismus nach Übereinstimmung bzw. Vereinbarkeit der gleichzeitig ablaufenden psychischen / neuronalen Prozesse, nach innerem Gleichgewicht, einem Zustand der (inneren) Harmonie, des Einklanges (mit sich eins sein), der Eindeutigkeit und Klarheit.
(»Ich möchte mit mir im Reinen / im Einklang sein, mich klar und ausgeglichen fühlen, stimmig mit meinen verschiedenen Gefühlen und Handlungen in meiner Lebensumwelt.«)
- ▶ **Identität:** Streben nach einem prägnanten und stabilen Selbstbild und einer für Außenstehende erkennbaren Persönlichkeit.
(»Ich möchte wissen, wer ich bin und von anderen so erkannt werden. Ich möchte wissen, zu wem ich gehöre und welche Rolle ich habe. Ich möchte wissen, woher ich komme und wohin ich will.«)

- **Sinn:** Streben nach einem sinnvollen Dasein und Bedeutsamkeit für andere.
(»Ich brauche (nützliche) Aufgaben und möchte etwas zum Wohl der Gemeinschaft beitragen. Ich möchte in meinem Alltag etwas schaffen, was meinem Dasein einen Sinn gibt. Ich wünsche mir, von anderen gebraucht zu werden oder in wichtigen Momenten für jemand anderes da sein zu können. Ich brauche Ziele und Werte, für die es sich lohnt, sich gemeinsam mit anderen zu engagieren.«)

Welche Aspekte weist der Bedürfniskomplex nach Orientierung / Struktur, Konsistenz, Identität und Sinnfindung auf?

Orientierung / Grenzen / Struktur

In diesem Bedürfniskomplex integrieren wir das von Young et al. (2005) postulierte Bedürfnis nach nachvollziehbaren Strukturen – mit klaren Regeln und Grenzen. Die Erfüllung dieses Bedürfnisses führt u. a. zu einer verbesserten Akzeptanz und erweitert letztlich die Kontrollmöglichkeiten über die Ereignisse in der Umwelt. Nicht nur Kinder, sondern auch Erwachsene profitieren enorm davon, wenn die Grenzen des Zusammenlebens klar geordnet und Konsequenzen bei Missachtung transparent geregelt sind.

Die Regeln und Grenzen werden besser dann akzeptiert, wenn diese als gerecht erlebt werden. Gerechtigkeit oder Fairness wiederum sind sehr subjektive, kulturell geprägte Konstrukte aus gesellschaftlichen Normen und Maßstäben, die die Prinzipien des Zusammenlebens und die Verteilung von Chancen oder Gütern bestimmen. Der Einzelne kann sich mit Regeln arrangieren, wenn er überblicken und darauf vertrauen kann, dass die »Gesetze« und die damit oft verbundenen Verzichtleistungen für die eigene Bedürfniserfüllung auf Dauer nützlich sind, weil dadurch das Überleben und Zusammenleben der Gemeinschaft über die Zeit hinweg am besten organisierbar ist. Die Art der empfundenen Gerechtigkeit ist daher sehr dem Wandel der Zeit unterlegen und von Glaubensvorstellungen, kulturellen Werten oder ökonomischen Bedingungen abhängig.

Das Gerechtigkeitsempfinden entwickelt sich im Laufe des Vorschulalters mit der Einsicht in den Sinn von Übereinkünften und Spielregeln zum Wohle aller. Erfahrungen mit kleinen Kindern deuten allerdings auf frühere Vorformen dieses Empfindens hin.

Gerechtigkeit ist in diesem hier diskutierten Sinne u.E. kein direktes Grundbedürfnis, sondern eher als ein Streben einzuordnen, das letzten Endes dem Grundbedürfnis nach Ordnung und Struktur dient. Gleichwohl kann eine gravierende Störung des Gerechtigkeitsempfindens schwere Frustrationen im Sinne einer Schemabildung begünstigen (vgl. Arntz et al., 2021).

Konsistenz

Wir gehen mit Grawe (2004) von einem, den emotionalen Bedürfnissen übergeordneten Streben nach Konsistenz aus, bei dem der Organismus eine Übereinstimmung bzw. Vereinbarkeit der gleichzeitig ablaufenden psychischen/neuronalen

Prozesse anstrebt. Er strebt nach einem inneren Gleichgewicht, einer inneren Harmonie, nach Eindeutigkeit (bzw. Widerspruchsfreiheit) und Klarheit. Dweck (2017) spricht eher von einem Grundbedürfnis nach Selbstkohärenz (sich psychisch intakt und verwurzelt zu fühlen, das Selbst als integriert und die Welt als sinnvoll/bedeutungsvoll in Bezug auf die eigene Person zu erfahren) und integriert dabei Aspekte zur Identität und Sinnfindung.

Identität

Im individuellen Erleben und aus der lebenslangen entwicklungspsychologischen Perspektive zeigt sich das Konsistenzstreben auch als Suche nach Identität (Stufe 5 der psychosozialen Entwicklung nach Erikson, 1950) – einer Einheit aus verschiedenen Eigenarten – unverwechselbar und unterscheidbar von anderen. Jugendliche möchten mit sich selbst stimmig sein und dem eigenen Leben einen roten Faden geben. Dies lässt Menschen danach streben, eigene Erfahrungen, das aktuelle Erleben und Pläne für die Zukunft kongruent in einen sinnvollen Zusammenhang zu bringen und so die eigene Persönlichkeit mehr und mehr auszuformen – mit einer klaren Zugehörigkeit zu sozialen Gruppen (Familie, Peers) – auch in Abgrenzung zu anderen.

Sinn

Das Streben nach einer eigenen Identität geht meist einher mit einer Suche nach Sinnerfüllung. Viele Jugendliche wünschen sich einen Sinn in ihrem Leben und wollen für etwas da sein, was über sie selbst hinausgeht und nicht nur dem persönlichen Wohlbefinden dient. Es kann sehr zufriedenstellend und sogar beglückend sein, wenn man von Anderen gebraucht wird oder wenn man mit Anderen Ziele und Werte teilt, für die es sich zu engagieren lohnt. Schon kleine Kinder suchen oft nach wichtigen Aufgaben, um etwas Bedeutsames beizutragen.

Fazit. Der Bedürfniskomplex nach Orientierung, Konsistenz, Identität und Sinnfindung gilt den zuvor genannten emotionalen Bedürfnissen insofern als übergeordnet, als dass das Prinzip nach Orientierung etc. auch für die emotionalen Bedürfnisse der Bindung, Autonomie, Selbstwert und Lust bzw. Unlustvermeidung gilt. Wichtig dabei ist, eine *Balance in der Befriedigung dieser Bedürfnisse* herzustellen. Wenn die Balance verloren geht (z. B. Bindungsbedürfnisse werden zugunsten der Autonomie »geopfert«) entsteht eine »Schräglage«, die letzten Endes zur Symptombildung und Entwicklung von maladaptiven Schemata führen kann.

Merke. Eine dauerhafte Frustration und Dysbalance von existenziellen und emotionalen Grundbedürfnissen einschließlich Mangel am Bedürfniskomplex der Orientierung und Struktur können zur Bildung maladaptiver (fehlangepasster) Schemata und dysfunktionaler Bewältigungsstrategien führen. Diese lassen sich im Sinne des Konsistenzstrebens als unteroptimale Versuche der Bedürfnisbefriedigung und Konsistenz- bzw. Identitätssicherung verstehen.