



Loose • Graaf • Zarbock (Hrsg.)

2. Auflage

# Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen

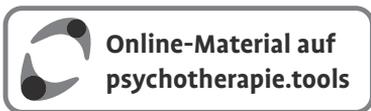


Online-Material auf  
[psychotherapie.tools](https://psychotherapie.tools)

**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](https://psychotherapie.tools) notwendig:

1. [psychotherapie.tools/online-material](https://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](mailto: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).

Christof Loose • Peter Graaf • Gerhard Zarbock

# **Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen**

Mit Online-Material

2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

**BELTZ**

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](http://www.beltz.de)

# Inhaltsübersicht

Grußwort	14
Geleitwort	15
Vorwort	17
<b>I Theoretische Grundlagen der Schematherapie für Kinder und Jugendliche</b>	
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
<b>II Praktische Methoden der Schematherapie für Kinder und Jugendliche</b>	
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
<b>III Schematherapie in bestimmten Altersgruppen</b>	
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
<b>IV Schematherapeutisch basierte Elternarbeit</b>	
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
<b>V Formale Aspekte der Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen</b>	
20 Der schematherapeutische Ansatz im Therapieantrag	422
<b>Anhang</b>	
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

<b>1 Theoretische Vorläufer und Grundlagen der Schematherapie für Kinder und Jugendliche</b>	<b>22</b>
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
<b>2 Das schematherapeutische Modell für Kinder und Jugendliche</b>	<b>34</b>
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
<b>3 Das Modus-Konzept bei Kindern und Jugendlichen</b>	<b>61</b>
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
<b>4 Grundzüge der schematherapeutischen Behandlung</b>	<b>89</b>
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**

<b>5 Motivations- / Beziehungsaufbau und diagnostische Verfahren in der Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen</b>	<b>96</b>
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
<b>6 Psychoedukation</b>	<b>117</b>
6.1 Psychoedukation in verschiedenen Altersstufen	117
6.2 Grundschrirte 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
<b>7 Einführung in die Modusarbeit</b>	<b>126</b>
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
<b>8 Vertiefung der Modusarbeit</b>	<b>149</b>
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
<b>9</b>	<b>Inneres Haus und Imaginationsverfahren</b>	<b>195</b>
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
<b>10</b>	<b>Transfer in den Alltag</b>	<b>218</b>
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

<b>11 Schematherapie in der Phase vom Säugling zum Kleinstkind</b>	<b>230</b>
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
<b>12 Schematherapie beim Vorschulkind</b>	<b>256</b>
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
<b>13</b>	<b>Schematherapie beim Grundschulkind</b>	<b>272</b>
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
<b>14</b>	<b>Schematherapie beim pubertierenden Kind</b>	<b>289</b>
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
<b>15</b>	<b>Schematherapie beim Jungerwachsenen</b>	<b>310</b>
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

<b>16</b>	<b>Unterstützungsmöglichkeiten für Eltern</b>	<b>340</b>
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
<b>17</b>	<b>Erweiterung und Perspektiven einer systemischen Schematherapie</b>	<b>355</b>
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
<b>18</b>	<b>Psychoedukation und Diagnostik elterlicher Schemata und Modi</b>	<b>374</b>
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
<b>19</b>	<b>Interventionen zur Schema- und Modusarbeit mit Eltern</b>	<b>391</b>
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
<b>V</b>	<b>Formale Aspekte der Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen</b>	
<b>20</b>	<b>Der schematherapeutische Ansatz im Therapieantrag</b>	<b>422</b>
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
<b>Anhang</b>		
	Rechtsgrundlage für Psychotherapeuten	438
	Hinweise zum Online-Material	439
	Sachwortverzeichnis	446

# Grußwort

*Jeffrey Young*

Es freut mich sehr, dass nun bereits die zweite und überarbeitete Auflage des Buches »Schematherapie für Kinder und Jugendliche« vorgelegt wird. Als ich in den 80-er Jahren die Schematherapie entwickelt habe, waren mir entwicklungspsychologische Gesichtspunkte sehr wichtig. Neben den Grundbedürfnissen des Kindes waren auch Temperamentsfaktoren, elterliches Erziehungsverhalten und natürlich auch traumatische Erfahrungen wichtige Bausteine zum Verständnis psychischer Probleme und Störungen. Die kognitive Verhaltenstherapie meines Mentors Aaron Beck konnte so um neue Perspektiven erweitert werden und durch das Konzept der Schemata, der Schemabewältigung und der Modi gelang es, die Dynamik des Psychischen in eine neue und von der Psychologie her kommende Begrifflichkeit zu fassen. Der Gesichtspunkt der Entwicklung spielte im Konzept der Schematherapie also von Anfang an eine zentrale Rolle. Daher lag es nahe, den Anwendungsbereich der Schematherapie auch auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen auszudehnen. Christof Loose, Peter Graaf, Gerhard Zarbock und andere haben sich dieser Aufgabe angenommen und überzeugende Konzepte für eine Schematherapie des Kindes- und Jugendalters entwickelt. Solche Konzepte stellt das vorliegende Buch auf dem neuesten Stand der Entwicklung und unter Berücksichtigung neuester Forschungsergebnisse vor. Ich möchte dem Buch daher viele interessierte Leserinnen und Leser wünschen und damit auch die Hoffnung verbinden, dass die Schematherapie des Kindes- und Jugendalters verstärkt Gegenstand empirischer Forschung wird.

New York, März 2024

Jeffrey E. Young  
Gründer der Schematherapie  
Ehrenpräsident der Internationalen Gesellschaft  
für Schematherapie (ISST e.V.)

# 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](http://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 Beschlusses des Vorstandes der BPtK am 19. November 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

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