



Loose • Graaf • Zarbock (Hrsg.)

Störungsspezifische Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen



ARBEITSMATERIAL

BELTZ

Loose • Graaf • Zarbock (Hrsg.)

Störungsspezifische Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen

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

Störungsspezifische Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen

| Mit Arbeitsmaterial

BELTZ

Anschrift der Herausgeber:

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

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

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

Dieses E-Book ist auch als Printausgabe erhältlich (ISBN 978-3-621-28034-1)

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

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



1. Auflage 2015

© Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2015
Programm PVU Psychologie Verlags Union
<http://www.beltz.de>

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

E-Book

ISBN 978-3-621-28242-0

Inhaltsübersicht

Geleitwort <i>Wendy T. Behary</i>	13
Vorwort <i>Christof Loose • Peter Graaf • Gerhard Zarbock</i>	16
1 Grundlagen der Anwendung von Schematherapie bei Kindern und Jugendlichen <i>Gerhard Zarbock • Christof Loose • Peter Graaf</i>	20
2 Schematherapie bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung <i>Christof Loose • Peter Graaf • Gerhard Zarbock</i>	35
3 Schematherapie bei Störung des Sozialverhaltens <i>Peter Graaf</i>	75
4 Schematherapie bei Depression <i>Thomas Fischer • Peter Graaf • Ulla Eckardt</i>	112
5 Schematherapie bei Angststörungen <i>Gerhard Zarbock • Jenny Hampel • Johanna Louisa Boysen • Christof Loose • Peter Graaf</i>	155
6 Schematherapie bei Zwangsstörungen <i>Christof Loose • Gerhard Zarbock</i>	181
7 Schematherapie bei Essstörungen <i>Brigitte Matz-Knocke • Gerhard Zarbock • Johanna Louisa Boysen • Peter Graaf • Christof Loose</i>	204
8 Schematherapie bei Autismus-Spektrum-Störungen <i>Claus Lechmann</i>	235
9 Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung <i>Claus Lechmann</i>	257
Anhang	291
Übersicht über die Arbeitsmaterialien	292
Autorenverzeichnis	317
Sachwortverzeichnis	318

Inhalt

Geleitwort <i>Wendy T. Behary</i>	13
Vorwort <i>Christof Loose • Peter Graaf • Gerhard Zarbock</i>	16
1 Grundlagen der Anwendung von Schematherapie bei Kindern und Jugendlichen <i>Gerhard Zarbock • Christof Loose • Peter Graaf</i>	20
1.1 Der schematherapeutische Zugang zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	20
1.2 Grundbedürfnisse als Basis der Entwicklung	20
1.2.1 Dynamiken: Bindung und Autonomie sowie Selbstwert und (Un-)Lust	21
1.2.2 Entwicklungsaufgaben und Befriedigung der Grundbedürfnisse	22
1.3 Frühe maldadaptive Schemata	23
1.4 Bewältigungsformen: Maladaptive und adaptive Bewältigungsstrategien	25
1.4.1 Maladaptive Bewältigungsstrategien	25
1.4.2 Adaptive Bewältigungsstrategien	28
1.5 Modus als personaler Gesamtzustand und Kombination aus Schemata und einer vorherrschenden Bewältigungsform	28
1.6 Die hilfreiche Perspektive der Schematherapie für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	30
1.7 Fehler und Versäumnisse bei der Anwendung von Schematherapie	31
2 Schematherapie bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung <i>Christof Loose • Peter Graaf • Gerhard Zarbock</i>	35
2.1 Diagnostische Kriterien, Epidemiologie, Störungsbeginn und Ätiologie	36
2.1.1 Epidemiologie	36
2.1.2 Störungsbeginn und bisheriger Behandlungserfolg	37
2.1.3 Verlauf und Risikofaktoren	37
2.1.4 Ätiologie: Biopsychosoziales Modell	38
2.2 Schematherapeutische Diagnostik	41
2.2.1 Diagnostik von Schemata und Modi auf Seiten der Eltern	41
2.2.2 Diagnostik von Schemata und Modi auf Seiten des Kindes	46

2.3	Schematherapeutische Ansätze	49
2.3.1	Modusmodell	50
2.3.2	Schemamodell	55
2.3.3	Ziel- und Motivationsklärung	57
2.3.4	Erfüllung der Grundbedürfnisse	58
2.3.5	Korrektur der Schemata	59
2.3.6	Abbau schemaerhaltenden und Aufbau alternativen Verhaltens	59
2.3.7	Korrektur dysfunktionaler Modi	61
2.3.8	Therapeutische Beziehung: spezifische Aspekte bei ADHS	62
2.3.9	Elternarbeit	63
2.4	Resümee	66
2.5	Fallbeispiel: »Ich kann nicht verstehen, warum mich keiner versteht!«	66
2.5.1	Probatorik	67
2.5.2	Schematherapeutische Behandlung	68
2.5.3	Fazit	72
3	Schematherapie bei Störung des Sozialverhaltens	75
	<i>Peter Graaf</i>	
3.1	Diagnostische Kriterien, Epidemiologie, Verlauf und Erklärungsansätze	76
3.1.1	Diagnostische Kriterien	76
3.1.2	Epidemiologie	76
3.1.3	Verlauf	76
3.1.4	Erklärungsansätze	77
3.2	Schematherapeutische Diagnostik und Perspektiven	78
3.2.1	Schemata und Modi auf Seiten der Eltern	79
3.2.2	Schemata und Modi auf Seiten des Kindes	79
3.3	Schematherapeutische Ansätze	85
3.3.1	Ziel- und Motivationsklärung	85
3.3.2	Erfüllung der Grundbedürfnisse	86
3.3.3	Korrektur der Schemata	87
3.3.4	Abbau schemaerhaltenden und Aufbau alternativen Verhaltens	89
3.3.5	Korrektur dysfunktionaler Modi	90
3.3.6	Therapeutische Beziehung	100
3.3.7	Elternarbeit	100
3.4	Resümee	106
3.5	Fallbeispiel: »Die anderen provozieren mich einfach ...«	107

4	Schematherapie bei Depression	112
	<i>Thomas Fischer • Peter Graaf • Ulla Eckardt</i>	
4.1	Diagnostische Kriterien, Epidemiologie, Verlauf und Erklärungsansätze	112
4.1.1	Diagnostische Kriterien	112
4.1.2	Epidemiologie, Komorbidität und Verlauf	113
4.1.3	Erklärungsansätze	114
4.1.4	Bisherige Therapieansätze	115
4.2	Schematherapeutische Erklärungsansätze und Diagnostik	116
4.3	Schematherapeutische Ansätze	124
4.3.1	Ziel- und Motivationsklärung	124
4.3.2	Erfüllung von Grundbedürfnissen	126
4.3.3	Korrektur der Schemata	127
4.3.4	Abbau schemaerhaltenden und Aufbau alternativen Verhaltens	128
4.3.5	Korrektur dysfunktionaler Modi	129
4.3.6	Aspekte der therapeutischen Beziehung	141
4.3.7	Elternarbeit	143
4.4	Resümee	146
4.5	Fallbeispiel: »Ich werde es nicht hinkriegen, obwohl ich mir ganz viel Mühe gebe.«	146
5	Schematherapie bei Angststörungen	155
	<i>Gerhard Zarbock • Jenny Hampel • Johanna Louisa Boysen • Christof Loose • Peter Graaf</i>	
5.1	Diagnostische Kriterien bei Angststörungen	155
5.1.1	Trennungsangst	155
5.1.2	Schulphobie und Schulangst	156
5.1.3	Soziale Phobie	157
5.1.4	Spezifische Phobie	157
5.2	Epidemiologie und Komorbidität	157
5.2.1	Trennungsangst	157
5.2.2	Schulphobie und Schulangst	158
5.2.3	Soziale Phobie	158
5.2.4	Spezifische Phobie	158
5.3	Verlauf und Erklärungsansätze	159
5.3.1	Trennungsangst	159
5.3.2	Schulphobie und Schulangst	160
5.3.3	Soziale Phobie	160
5.3.4	Spezifische Phobie	161
5.4	Bisherige Therapieansätze	162
5.4.1	Trennungsangst	162
5.4.2	Schulphobie und Schulangst	162

5.4.3	Soziale Phobie	163
5.4.4	Spezifische Phobie	163
5.5	Angsterkrankungen aus schematherapeutischer Sicht	164
5.5.1	Trennungsangst	164
5.5.2	Schulphobie und Schulangst	165
5.5.3	Soziale Phobie	167
5.5.4	Spezifische Phobie	167
5.6	Schematherapeutische Zugangswege	168
5.6.1	Trennungsangst	168
5.6.2	Schulphobie und Schulangst	170
5.6.3	Soziale Phobie	171
5.6.4	Spezifische Phobie	171
5.7	Resümee	172
5.8	Fallbeispiel: Jeanette mit Trennungsangst	172
6	Schematherapie bei Zwangsstörungen	181
	<i>Christof Loose • Gerhard Zarbock</i>	
6.1	Diagnostische Kriterien, Epidemiologie, Verlauf und Erklärungsansätze	181
6.1.1	Diagnostische Kriterien	181
6.1.2	Epidemiologie	183
6.1.3	Verlauf	183
6.1.4	Erklärungsansätze	183
6.2	Diagnostik und schematherapeutische Perspektiven	185
6.2.1	Allgemeine Diagnostik	185
6.2.2	Schematherapeutische Diagnostik und Perspektiven	185
6.3	Schematherapeutische Ansätze	186
6.3.1	Schemamodell	186
6.3.2	Modusmodell	191
6.4	Resümee	196
6.5	Fallbeispiel: »Zu Hause haben wir es ganz allein geschafft!«	197
7	Schematherapie bei Essstörungen	204
	<i>Brigitte Matz-Knocke • Gerhard Zarbock • Johanna Louisa Boysen • Peter Graaf • Christof Loose</i>	
7.1	Diagnostische Kriterien	204
7.1.1	Anorexia nervosa	204
7.1.2	Bulimia nervosa	205
7.1.3	Binge-Eating-Störung	205
7.2	Verlauf und Erklärungsansätze	205
7.2.1	Anorexia nervosa	205
7.2.2	Bulimia nervosa	206

7.2.3	Binge-Eating-Störung	206
7.3	Bisherige Therapieansätze	207
7.3.1	Eigene Beobachtungen	208
7.4	Schematherapeutische Diagnostik und Perspektiven	214
7.4.1	Häufige Schemata	214
7.4.2	Häufige Modi	215
7.4.3	Dynamik der Schemata und Modi	217
7.4.4	Arbeit mit Bezugspersonen	221
7.5	Schematherapie im Verlauf	222
7.5.1	Förderung des Ess- und Ernährungsmanagements	223
7.5.2	Erarbeitung der individuellen Modusdynamik	223
7.5.3	Stärkung funktionaler Selbstregulationsfähigkeit	224
7.6	Resümee	225
7.7	Fallbeispiel: 17-jährige Maria mit Bulimia nervosa	225
8	Schematherapie bei Autismus-Spektrum-Störungen	235
	<i>Claus Lechmann</i>	
8.1	Diagnostische Kriterien, Epidemiologie, Verlauf und Erklärungsansätze	235
8.1.1	Diagnostische Kriterien	235
8.1.2	Epidemiologie	236
8.1.3	Verlauf	236
8.1.4	Erklärungsansätze	238
8.2	Schematherapeutische Ansätze	238
8.2.1	Häufige Schemata	238
8.2.2	Modusmodell	241
8.3	Schematherapeutische Interventionen	245
8.3.1	Indikation	245
8.3.2	Therapieschritte	246
8.4	Therapeutische Beziehung	250
8.5	Elternarbeit	251
8.6	Resümee	254
9	Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung	257
	<i>Claus Lechmann</i>	
9.1	Diagnostische Kriterien und Erklärungsansätze	258
9.1.1	Diagnostische Kriterien	258
9.1.2	Erklärungsansätze	258
9.2	Epidemiologie, Verlauf und Komorbidität	259
9.2.1	Epidemiologie und Verlauf	260
9.2.2	Komorbidität	261
9.3	Schematherapeutischer Ansatz	262

9.3.1	Moduskonzept	262
9.3.2	Typische Modi	263
9.3.3	Umgang mit den Modi	264
9.4	Schematherapeutische Interventionen	265
9.4.1	Das Moduskonzept	265
9.4.2	Indikation und Kontraindikation	265
9.4.3	Vermittlung des Moduskonzeptes	266
9.4.4	Umgang mit den Modi	267
9.4.5	Therapeutische Beziehung	273
9.4.6	Umgang mit Selbstverletzung	279
9.4.7	Umgang mit Suizidalität	281
9.4.8	Elternarbeit	283
9.5	Resümee und Ausblick	286
Anhang		291
Übersicht über die Arbeitsmaterialien		292
Autorenverzeichnis		317
Sachwortverzeichnis		318

Geleitwort

Wendy T. Behary

Wenn früh in unserer Entwicklung wichtige emotionale Bedürfnisse nicht erfüllt werden und gleichzeitig eine entsprechende biologische Vulnerabilität vorliegt, können sog. frühe maladaptive Schemata (Early Maladaptive Schemas; EMS) entstehen und es werden maladaptive Bewältigungsmodi in das Überlebenssystem unseres Gehirns eingespeichert. Diese maladaptiven Schemata und Bewältigungsmodi funktionieren im weiteren Entwicklungsverlauf dann wie Gefahrenmelder und vollautomatische Rettungssysteme, sobald emotionale oder physische Bedrohungen unserer Sicherheit wahrgenommen werden.

Sobald wir das Erwachsenenalter erreichen, können dann bestimmte Umstände, wie beispielsweise die Erfahrung, von einem geliebten Menschen abgelehnt zu werden oder den Arbeitsplatz zu verlieren, unsere Wahrnehmungsprozesse verzerren und längst vergangene, frühere schmerzhaftere Emotionen reaktivieren, die mit Kindheitserfahrungen wie z. B. Verlassenheit, Zurückweisung, Einsamkeit oder Misstrauen assoziiert sind. Auf solche Reaktivierungen schmerzlicher kindlicher Erfahrungen folgt dann ein rasches Anspringen von Bewältigungsreaktionen, die zwar in unserer »machtlosen« Kindheit als Überlebensstrategien und Notlösungen oft hilfreich waren, aber nun ironischerweise die selbstzerstörerischen Lebensmuster aufrechterhalten, die wir eigentlich zu vermeiden versuchen. Diese maladaptiven Bewältigungsreaktionen perpetuieren also tatsächlich die früheren, vergangenen schmerzlichen Erfahrungen in der Gegenwart und verstärken somit unsere Gefühle der Verzweiflung noch weiter.

Schon seit über 25 Jahren erlebe ich diese traurigen und dramatischen Verläufe bei meinen Patienten mit komplexen Störungsbildern. Zum Glück kenne ich aber auch das Gefühl von belohnender Zufriedenheit, wenn man dann einen hochwirksamen therapeutischen Ansatz wie die Schematherapie anwenden und damit helfen kann.

Früherkennung ist oft der Schlüssel zur Heilung und Genesung, nicht nur in der Entdeckung von physischen Erkrankungen wie z. B. bei Krebs, sondern auch bei der Aufdeckung von psychischen Störungen, wenn es schon beim Kind gelingt frühzeitig gerade in der Entwicklung begriffene selbstzerstörerische Themen und Reaktionsmuster zu erkennen. Schmerzhaftere Erfahrungen in der kindlichen Entwicklung, die unbeabsichtigt und ungewollt verursacht sind, aber auch bösartig und absichtlich zugefügt werden können, interagieren immer mit dem angeborenen Temperament und biologischen Vulnerabilitätsfaktoren. Die schmerzhaften Erfahrungen könnten so z. B. durch ein überempfindliches, schüchternes, impulsives oder labiles Temperament und andere biologische, prädisponierende Faktoren noch verstärkt werden.

Ich freue mich sehr, dass meine lieben Freunde und Kollegen, Christof Loose, Peter Graaf und Gerhard Zarbock, die Mühe auf sich genommen haben, ein Buch mit dem Titel *Störungsspezifische Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen* zu verfassen.

Dieses nunmehr zweite unter ihrer Herausgeberschaft entstandene Buch über dieses wichtige Thema ist nicht nur ein außerordentlicher Gewinn für jede Bibliothek eines Therapeuten, sondern stellt auch eine reichhaltige und vielschichtige Auswahl von Strategien und Techniken für das klinische Repertoire zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung.

Experten aus dem Kinder- und Jugendlichenbereich, wie meine Kollegen, messen der Früherkennung als grundlegendem Element zur Vorbeugung chronischer Auswirkungen von verletzenden und deprivierenden Erfahrungen eine hohe Bedeutung zu: Einer solchen Früherkennung kann dann schon in der sog. Prodromalphase vor der Manifestation einer ausgeprägten Störung eine Frühintervention folgen. Solche Frühinterventionen beinhalten z. B. Psychoedukationsangebote zur Prävention der Chronifizierung traumatischer Erfahrungen.

Wenn sich aber bereits beim Kind tiefer verwurzelte Überzeugungen und die Choreographie von ungünstigen Bewältigungsreaktionen als Folgeerscheinungen auf den (in vivo) unerträglichen Schmerz der unerfüllten psychischen Bedürfnisse in Wechselwirkung mit biologisch-sozialen Risikofaktoren entwickelt haben, müssen auch Vorgehensweisen zur Identifizierung und Heilung von Schemadispositionen angeboten werden.

Indem sie für ihre Leser u. a. sehr deutlich bei der Aktivierung von Schemata (EMS) den Unterschied von internalem, intra-personalem Coping einerseits und externalem, inter-personalem Coping andererseits herausarbeiten, leisten die Herausgeber einen hilfreichen Beitrag für Experten in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, vor allem natürlich für die kognitiv- verhaltenstherapeutisch und schematherapeutisch arbeitenden Gruppen.

Durch anschauliche Beispiele gelingt es den Autoren, klinische Details und spezifische Techniken in der Anwendung dieses spannenden und hochwirksamen Ansatzes, der von Dr. Jeffrey Young begründet wurde, für die Klientel im Kinder- und Jugendbereich nachvollziehbar zu machen. Es ist den Autoren gelungen, dem Buch durch lebendige Fallschilderungen quasi ihre jahrelangen Erfahrungen als Schematherapeuten und Schematherapieausbilder einzuhauchen. Ihre eigenen Erfahrungen und ihre Professionalität schimmern auf jeder Seite durch und machen das Buch glaubwürdig.

Bei ihren theoretischen Darstellungen würdigen die Herausgeber auch mit Dank die Beiträge von geschätzten Kollegen wie Dr. med. Eckhard Roediger, Präsident der Internationalen Gesellschaft für Schematherapie (ISST e. V.), auf die sie ihre eigenen Überlegungen aufbauen konnten.

Die Autoren und Beiträger der einzelnen Kapitel zeigen für die häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter die essentielle Notwendigkeit einer auf Kinder und Jugendliche speziell zugeschnittenen Konzeptualisierung der Schematherapie auf. Hierbei wird auch immer die Nähe zu Überlegungen und Vorgehensweisen deutlich, die in einigen der empirisch validierten Techniken und Strategien der traditionellen Kognitiven Verhaltenstherapie Anwendung gefunden haben. Solche Vorgehensweisen sind z. B.: die Erarbeitung eines altersangemessenen, verständlichen Störungsmodells, das Erkennen der Auslöser intensiver emotionaler Reaktionen und

der anschließenden (maladaptiven) Bewältigungsreaktionen – z. B. über Rollenspiele und erlebnisaktivierende Übungen.

Ich lege dieses herausragende Buch jedem ans Herz, der professionell mit Kindern, Jugendlichen, Familien und Eltern arbeitet und sich in seiner klinischen Kompetenz weiterentwickeln will. Vor allem denjenigen möchte ich das Buch empfehlen, die die selbstzerstörerischen, transgenerationalen Familienmuster der Missachtung kindlicher Grundbedürfnisse beenden wollen. Wenn man mit dem hier Vorgestellten dann Kinder und Jugendliche effektiver als bisher behandeln kann, wäre dies die schönste Belohnung.

Wendy T. Behary

Vorwort

Christof Loose • Peter Graaf • Gerhard Zarbock

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

Mit diesen Worten hatten wir unser Grundlagenbuch »Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen«, das im Frühjahr 2012 beim Beltz-Verlag erschienen ist, eingeleitet. Mittlerweile sind seit der Veröffentlichung mehr als zwei Jahre ins Land gegangen. Wir hatten bislang nur wenig Zeit, eine richtige Bilanz zu ziehen. Die wenige Zeit, die neben unserer sonstigen Aufgaben in der Universität und Praxis in Düsseldorf (Loose), im IVAH-Institut (Zarbock) und im Werner-Otto-Institut des EKA (Graaf) in Hamburg übriggeblieben ist – und die wir nicht für unsere Familien oder persönliche Erholung benötigten –, haben wir u. a. damit verbracht, an den Inhalten dieses uns so wichtigen Folgebuches zu arbeiten. Wir wollen damit – getreu dem Motto »... aus der Praxis für die Praxis« – dem anwendungsorientierten Leser weitere Unterstützung anbieten, Schematherapie auf das Kindes- und Jugendalter zu übertragen. Vom Grundaufbau wollen wir uns dieses Mal nicht an dem Alter unser kleinen und jugendlichen Patienten orientieren, sondern an den Störungsbildern bzw. Symptomen.

Die in diesem Buch beschriebenen Vorgehensweisen sind noch nicht voll ausgereift. Unsere Arbeit ist immer noch »work in progress«. Mit dieser Grundhaltung möchten wir unterstrichen, dass wir in der Verhaltenstherapie, der wir uns zugehörig fühlen und stolz darauf sind, sie anwenden zu dürfen, keinem »Guru«, keiner Maxime, keiner Autorität verpflichtet sind außer unserem schematherapeutisch gefärbten Grundverständnis. Wir wertschätzen den Menschen und seine Bedürfnisse in hohem Maße, wollen mit all erdenklicher Empathie die Hand reichen, ihn liebevoll, aber auch beharrlich mit seinem problematischen Verhalten konfrontieren. Wir heißen positive, vor allem aber auch negativ erlebte Emotionen ausdrücklich in der Therapie willkommen, bieten ein individuelles, grundbedürfnisbezogenes Modell zum Verständnis des Problems an und möchten Wege erarbeiten, dysfunktionales Verhalten zu überwinden und funktionales aufzubauen.

Wir haben nun einige Jahre Erfahrungen mit der Schematherapie im Kindes- und Jugendalter gesammelt, nicht nur mit unseren Patienten und deren Familien, sondern auch mithilfe von Feedback und Diskussionen in Vorträgen, Seminaren und Workshops und als Supervisoren unserer Kandidaten und Kollegen, nicht zuletzt auch mit uns selbst.

Das Resultat möchten wir Ihnen hier nun präsentieren und wir freuen uns, dass Sie sich die Zeit dafür nehmen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir in dem Buch

des Öfteren auf unser erstes Buch verweisen. Wir schätzen durchaus ein wenig Redundanz, denn das erleichtert das Lesen und ist zu einem gewissen Grad angenehm; in diesem Falle konnten wir jedoch unmöglich alle Passagen wiederholen und wir hoffen, dass wir Sie damit nicht verärgern. Wir werden darum stets bemüht sein, Ihnen bei Verweisen auf unser Grundlagenbuch möglichst genaue Angaben zu machen, in welchem Kapitel bzw. auf welchen Seiten Sie den Sachverhalt finden können, den wir an der jeweiligen Stelle für wichtig erachten. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Aufbau des Buches. Nachdem Sie dieses Vorwort zu Ende gelesen haben, erwartet Sie in Kapitel 1 eine kurze allgemeine Einführung in die Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen (ST-KJ). Diese ist bewusst kurz gehalten, um Ihnen möglichst schnell den Zugang zu den störungsspezifischen Kapiteln zu erlauben. Kapitel 1 weist zudem eine leicht modifizierte, in der Struktur differenziertere Darstellung der Bewältigungsstrategien im Kindes- und Jugendalter auf.

Von Kapitel 2 bis 9 haben wir dann den Fokus auf die häufigsten Störungsbilder in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gelegt und sie sind durch und durch für den Praktiker geschrieben.

Wir beginnen in Kapitel 2 mit der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, einem Störungsbild, dessen Symptome wohl einer der häufigsten Vorstellungsanlässe sein dürften und somit als »Türöffner« für hilfeschuchende Familien konstatiert werden muss. Dass nicht immer »ADHS drinnen« ist, wo es »drauf steht«, ist schon lange kein Geheimnis mehr; das heißt andererseits aber nicht, dass es dieses Störungsbild nicht gibt und in Wirklichkeit eine emotionale oder sonstige Problematik dahinterstecken muss. Im Alltag ist die Symptomatik, die uns von sog. »ADHS-Kinder« und deren Bezugspersonen präsentiert wird, so gravierend und beeinträchtigend, dass keine Anstrengungen unterbleiben sollten, effektive Hilfsangebote zu entwickeln.

In Kapitel 3 werden aggressive und dissoziale Verhaltensweisen thematisiert. Hier werden die oft hinter der Symptomatik stehenden Verletzungen und schemabedingten Verzerrungen aufgezeigt. Das Kapitel erläutert ergänzende Ansätze zu den bewährten verhaltenstherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten.

Mit Kapitel 4 ist aus Sicht der Herausgeber ein Konzept der Depression entstanden, das bislang seinesgleichen sucht, auch in der Schematherapie mit Erwachsenen. Die Autoren zeigen dabei auf, wie sich verschiedene Bewältigungsmodi verzahnen und eine depressive Symptomatik erzeugen. Das Moduskonzept ermöglicht auch hier einen neuen, emotional vertiefenden Zugang in der Edukation und Behandlung unserer Patienten.

Kapitel 5 ergänzt und vertieft aus schematherapeutischer Perspektive die bisher üblichen verhaltenstherapeutischen Vorgehensweisen bei Angststörungen. Auf der Basis eines vertieften Verständnisses der inneren, aber auch der interaktionellen Dynamiken bei ängstlichen Patienten können neue schematherapeutische, aber auch »klassisch« verhaltenstherapeutische Techniken passgenauer und individueller als bisher angeboten werden.

In Kapitel 6 erfahren wir eindrücklich, wie Schemata und Modi bei zwangserkrankten Kindern und Jugendlichen aussehen können. Anhand einer Fallstudie erleben wir die Behandlung eines 11-jährigen Jungen wie durch eine Einwegscheibe.

Kapitel 7 eröffnet uns Einblicke in den Erfahrungsschatz einer Therapeutin, die bereits über 800 Fälle von essgestörten Patientinnen behandelt hat; das Fallbeispiel macht die schematherapeutische Arbeit unmittelbar verständlich und ermutigt, es selbst auszuprobieren.

In Kapitel 8 werden die Grundzüge für die schematherapeutischen Behandlung von milden Autismus-Spektrum-Störungen dargelegt; der Autor ist seit vielen Jahren Leiter des Autismuszentrums in Köln und verfügt über einen enormen Erfahrungs- und Wissensschatz.

Beendet wird das Buch mit Kapitel 9, das der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung gewidmet ist. Hierzu ist bereits viel anderenorts geschrieben worden, leider nur wenig zum Jugendalter. Der Autor beleuchtet nun anschaulich das Vorgehen und die Fallstricke, die sich mit dieser schwierigen Patientenklientel auf tun, und zeigt anschaulich, wie »Empathische Konfrontation« gelingen kann.

Unseren Dank an Jeffrey Young, Arnoud Arntz und Heinrich Berbalk haben wir bereits im Grundlagenbuch deutlich gemacht, dies wollen wir hier gerne wiederholen, weil ohne diese drei großartigen Pioniere Schematherapie vermutlich nie (zumindest nicht in Deutschland) bekannt geworden wäre. Unser Dank gehört aber auch den vielen Autoren rund um die Schematherapie, die nicht müde werden, immer neue Aspekte und Ansätze zu publizieren. Wir haben den Eindruck, dass die Schematherapie mehr denn je lebt und immer mehr an Beliebtheit dazugewinnt. Wir leiten dies auch aus der Tatsache ab, dass wir 2014 in Istanbul einen wunderbaren Kongress erleben durften, der sich nicht nur hoher Qualität erfreute, sondern auch zahlenmäßig so gut wie nie zuvor besucht wurde. Mittlerweile zählt die Internationale Gesellschaft für Schematherapie (ISST e. V.) mehr als 500 Mitglieder und die Herausbildung unterschiedlicher Arbeitsgruppen samt Curricula unterstreicht die Lebendigkeit und inhaltliche Tiefe dieser Gesellschaft. Stolz dürfen wir Kinder-Schematherapeuten verkünden, dass – neben der Gruppenschematherapie und der Paartherapie – auch wir die Anerkennung für unser Curriculum »Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen« vom Vorstand erhalten haben. Nähere Information findet der interessierte Leser unter der ISST-Webseite <http://www.isstonline.com/childhood-and-adolescent>.

Beim Lektorat des Beltz Verlages möchten wir unseren Dank fortsetzen, namentlich Frau Ohms, die uns in jeder Hinsicht eine unersetzliche Unterstützung und Hilfe gewesen ist.

Ein besonderer Dank geht auch an Petra Baumann-Frankenberger (IST-K) und Christine Zens (IST-HH), die die Seminare und Workshops an ihren Instituten in Köln und Hamburg organisieren.

Zu guter Letzt gehört unseren Ehefrauen Andrea Loose, Bärbel Graaf und Nicole Fabisch ein kaum zu formulierender Dank: Sie waren es, die aus Rücksichtnahme dieses Buches schon viel zu oft die Spülmaschine und Staubsauger haben selbst

bedienen oder unsere Kinder in der Erfüllung ihrer Grundbedürfnisse unterstützen müssen; wir hoffen, dass wir dies bei Erscheinen des Buches möglichst wieder haben gutmachen können.

Gleich nach unserem Dank möchten wir noch auf einen anderen wichtigen Sachverhalt hinweisen, der ganz anderer Natur ist: Die Schematherapie im Kinder- und Jugendlichenbereich steckt nach wie vor in ihren Kinderschuhen und bedarf – neben inhaltlicher Kritik, zu der wir ausdrücklich ermutigen möchten – einer wissenschaftlichen Überprüfung. Wir möchten darum jeden interessierten Kollegen aufrufen, an Serien von Einzelfallstudien, Gruppenstudien, RCT-Studien etc. teilzunehmen. Bitte wenden Sie sich in diesem Falle an die Herausgeber, die Ihnen gerne weitere Auskünfte über die Mitarbeit geben.

Formaler Hinweis. Wie Sie schon bemerkt haben, haben wir Personengruppen aus Gründen der besseren Lesbarkeit in einem Genus benannt, hier mit der männlichen Form. Selbstverständlich meinen wir dabei – wenn nicht anders erwähnt oder wenn hauptsächlich die weibliche Form zutrifft – Angehörige *beider* Geschlechter.

Wir möchten nun allen Lesern viel Freude beim Lesen wünschen und hoffen, Ihnen möglichst transparent und gut nachvollziehbar Techniken und Herangehensweise präsentieren zu können. Über positive, ergänzende wie auch kritische Rückmeldungen formaler oder inhaltlicher Art sind wir sehr dankbar.

Düsseldorf und Hamburg, im Herbst 2014

*Christof Loose
Peter Graaf
Gerhard Zarbock*

1 Grundlagen der Anwendung von Schematherapie bei Kindern und Jugendlichen

Gerhard Zarbock • Christof Loose • Peter Graaf

1.1 Der schematherapeutische Zugang zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Die Schematherapie (nach Jeffrey Young, z. B. in Young et al., 2008) ist eine Weiterentwicklung und Erweiterung der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT). Sie geht davon aus, dass in der Kindheit maladaptive Schemata entwickelt und angelegt werden, die komplexe, weitgesteckte und sich selbst verstärkende Muster beinhalten. Diese Schemata bestehen aus den vier Komponenten Erinnerung, Emotion, Kognition und Körperempfindung und sind jedes für sich in erheblichem Maße verhaltensrelevant bzw. -regulierend. Problematisches Verhalten wird als Folge (nicht Bestandteil) dieser Schemata verstanden, woraus sich in der Schematherapie ergibt, dass nicht das problematische Verhalten als solches das Ziel der Behandlung ist, sondern das zugrundeliegende Schema, da dieses die Ursache für dysfunktionale Verhaltensweisen ist. Anders als in der KVT sind nicht nur Gedanken und Gefühle im Zentrum der therapeutischen Bemühungen, sondern die seelischen Grundbedürfnisse, die der Schematheorie zufolge inadäquat befriedigt wurden. In der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie versuchen wir, maladaptive (die Begriffe *maladaptiv* und *dysfunktional* werden hier synonym verwendet) Schemata erst gar nicht entstehen zu lassen bzw. den ersten Anfängen (Dispositionen) entgegenzuwirken. Besonderes Augenmerk erhalten dabei die zentralen seelischen Grundbedürfnisse, die wir nachfolgend vertiefen möchten.

1.2 Grundbedürfnisse als Basis der Entwicklung

Die Schematherapie geht davon aus, dass der zentrale Motivator in der kindlichen Entwicklung und im späteren menschlichen Erleben die Erfüllung oder Nichterfüllung der Grundbedürfnisse ist. Welche Bedürfnisse des Menschen nun genau als zentrale Grundbedürfnisse anzusprechen sind, wird zum Teil unterschiedlich konzipiert. Wir haben uns in Anlehnung an Grawe (2004) und Epstein (1990) für ein Modell entschieden, das die ursprüngliche Auflistung von Jeffrey Young etwas ergänzt und akzentuiert.

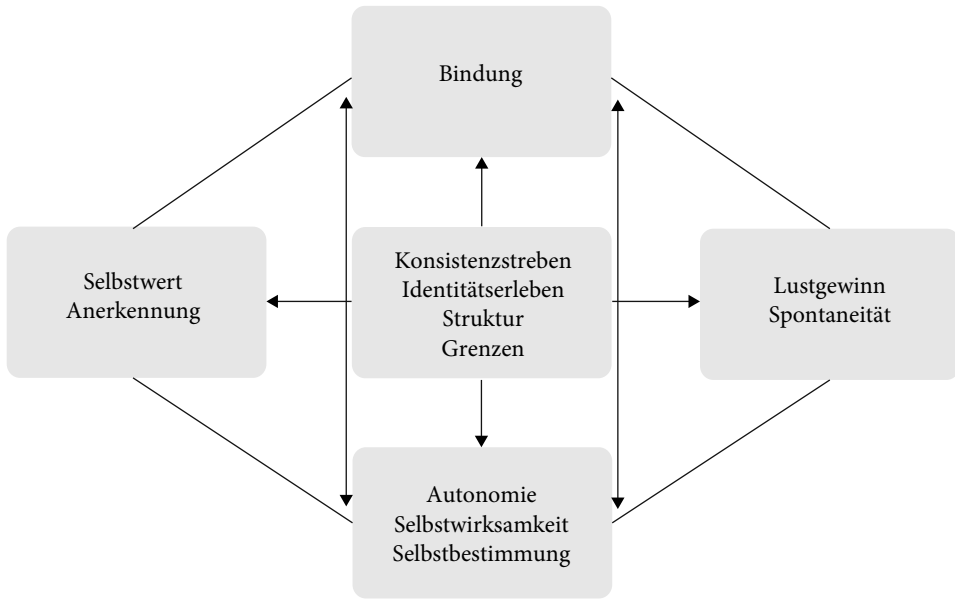


Abbildung 1.1 Grundbedürfnismodell (aus Loose et al., 2013)

Dieses Modell hat nach unserer Auffassung den Vorteil, dass es für die Therapie wichtige Dynamiken sehr eindeutig veranschaulichen kann. Die erste wichtige Dynamik ist die zwischen Bindung und Autonomie. Im Sinne von Bowlby (1973) kennzeichnet sich das Bindungsbedürfnis wie folgt: Die Bezugsperson wird bei Bedrohung, Belastung und Überforderung als sog. sicherer Hafen aufgesucht. Darüber hinaus wird versucht, die Nähe zu der Bezugsperson konstant aufrechtzuerhalten. Ist diese Aufrechterhaltung der Nähe gefährdet, tritt Trennungsangst auf. Ist die Bindung jedoch sicher und verlässlich, kann diese Bindung auch als sichere Basis zur Exploration dienen. Aus einem gesättigten Bindungsbedürfnis ergibt sich dann also die Tendenz zur Autonomie und zum Neugierverhalten. Dies ist besonders schön im sog. Rückversicherungsblick des Kleinkindes zu sehen, z. B. wenn das Kind von der Mutter im Alter von sieben bis zwölf Monaten wegkrabbelt, innehält, versichernd zurückblickt und dann weiterkrabbelt, sofern es sich der Nähe der Mutter hat versichern können.

1.2.1 Dynamiken: Bindung und Autonomie sowie Selbstwert und (Un-)Lust

Die Dynamik zwischen Bindung und Autonomie ist aus unserer Sicht für die gesamte menschliche Entwicklung, aber auch für die Therapie besonders wichtig. Eine weitere wichtige Achse betrifft Selbstwert und Lustgewinn bzw. die Unlustvermeidung. Hier geht es darum, dass selbstwertfördernde Erfahrungen oft nur um den Preis von Belohnungsaufschub und der Inkaufnahme zumindest temporären Unlusterlebens

zu erhalten sind. Das Stichwort wäre hier: »after action satisfaction« und eben nicht der anstrengungslose »Lottogewinn«. Auch in der Therapie wird es oft darum gehen, dass Therapeut und Patient gemeinsam Wege finden, den Selbstwert dadurch zu verbessern, dass zuvor vom Patienten vermiedene Leistungen, Anstrengungen oder Herausforderungen erfüllt oder angenommen werden. Als Preis dieser neu erlernten Unlusttoleranz winkt dann durch den Leistungserfolg auch eine Selbstwerterhöhung. Insofern ist die Achse Selbstwert und Lustgewinn bzw. Unlustvermeidung auch für die Gestaltung therapeutischer Prozesse zentral. In der Mitte unseres Modells haben wir gemäß der Graweschen Konzeption das Grundbedürfnis der Konsistenz gestellt, auf inhaltlicher Ebene Identität, Struktur und Grenzen angesiedelt. Das Konsistenzstreben ist definiert als dass der Organismus als Ganzes danach strebt, Spannung eher auszugleichen und psychische Inhalte so zu gestalten, dass sie miteinander vereinbar sind, zumindest aber nicht dauerhaft in Widerspruch stehen. Auf der inhaltlichen Ebene artikuliert sich dies als das Bedürfnis nach Identität, wobei sich das im Kleinkindalter und weiteren Verlauf auch besonders auf die haltgebende Umgebung bezieht. Diese externalisierte »Identität« äußert sich beim Kleinkind als Bedürfnis nach festen Strukturen, Regeln und Ritualen.

Auch das Bedürfnis nach Grenzen haben wir hier dem Konsistenzstreben zugeordnet, da Begrenzungen durch die Unterscheidung von Fremdem und Eigenem Struktur und Sicherheit ermöglichen. Grenzen im Sinne von äußerer Begrenzung helfen dem Kind auch, seine Impulse so zu gestalten und zu regulieren, dass das Verhalten im sozialen Rahmen sowohl akzeptabel als auch an den eigenen Bedürfnissen orientiert ist.

Trieb- und Impulsregulation ist bei der Erziehung zur Sauberkeit ebenso zentral wie bei dem Erwerb einer Esskultur oder dem Umgang mit Rivalitäts-, Eifersuchts- und Konkurrenzgefühlen mit Gleichaltrigen oder Geschwistern. Insbesondere ist die Fähigkeit, sich auch von anderen in der eigenen Impulshaftigkeit begrenzen zu lassen, für das Kind für den Erwerb der Kulturtechniken und dem Besuch von Kindergarten und Schule zentral. Beim älteren Kind wird dann die Außenleitung und Außenbegrenzung zunehmend durch die Fähigkeit zur Selbstbegrenzung und Selbstregulation ersetzt wird.

1.2.2 Entwicklungsaufgaben und Befriedigung der Grundbedürfnisse

Auf die Grundbedürfnisse und ihre organismisch angelegte Tendenz zur Befriedigung wirkt nun die Umwelt oft als frustrierend oder sogar versagend ein. Die sog. *normativen Entwicklungsaufgaben* (z. B. Trennung von der Mutter, Geburt eines Geschwisters, Leistungsanforderungen in der Schule) verlangen auch immer, dass andere und neue Wege der Befriedigung der Grundbedürfnisse erlernt werden.

Die sog. *nicht normativen Entwicklungsaufgaben*, die auf ein Kind schicksalhaft und pathogen einwirken, lassen sich auch als Bedürfnistraumatisierungen auffassen. Solche Traumatisierungen können z. B. in längeren körperlichen Erkrankungen des Kindes

oder seiner Bezugspersonen oder in emotionalen, gewalttätigen oder sexuellen Missbrauchserfahrungen bestehen. Moderierend auf die Verarbeitung dieser Grundbedürfnisfrustration wirken dann beim Kind die körperliche und physische Konstitution sowie sein Temperament und natürlich seine Ressourcen ein (vgl. Loose et al., 2013).

1.3 Frühe maldadaptive Schemata

In der Schematherapie gehen wir davon aus, dass sich die Schicksale dieser Grundbedürfnisbefriedigungen und Frustrationen im Sinne von maladaptiven Schemata im Individuum niederschlagen. Schemata werden als Deutungsschablonen oder Situations-Ergebniserwartungen aufgefasst, die durch spezifische Außen- oder Innenreize getriggert werden und dann aus einem Konglomerat von Kognitionen, Emotionen, Körperreaktionen und Erinnerungen bestehen. Die motorischen Reaktionen sind im Konzept der Schematherapie von Young aus dem Schemabegriff explizit ausgenommen. Wenn man so will, könnte man somit ein Schema auch als erweiterten konditionierten (ausgelösten, auf eine Situation antwortenden) Reflex auffassen.

Definition

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

Wie Schemata mit Domänen (»Cluster« von Schemata), Grundbedürfnissen und Modi zusammenhängen, zeigt Tabelle 1.1.

Tabelle 1.1 Schemata, Domänen, Grundbedürfnissen und Modi

Schemata		Domäne	(Verletztes) Grundbedürfnis	Mögliche Modi
1	Emotionale Entbehrung	Abtrenntheit und Ablehnung	Bindung	verletzliches oder wütendes Kind
2	Verlassenheit/Instabilität (im Stich gelassen)			
3	Misstrauen/Missbrauch			
4	Isolation			
5	Unzulänglichkeit/Scham			
6	Erfolglosigkeit/Versagen	Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung	Autonomie/Selbstwirksamkeit	verletzliches oder wütendes Kind
7	Abhängigkeit/Inkompetenz			
8	Verletzbarkeit			
9	Verstrickung/Unentwickeltes Selbst			

Tabelle 1.1 (Fortsetzung)

Schemata		Domäne	(Verletztes) Grundbedürfnis	Mögliche Modi
10	Anspruchshaltung/Grandiosität (Besonders-Sein)	Beeinträchtigung im Umgang mit Begrenzungen	Identität/Struktur/Grenzen	undiszipliniertes Kind
11	Unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin			
12	Unterordnung/Unterwerfung	Fremdbezogenheit	Selbstwert Anerkennung Autonomie/ Selbstbestimmung	Unterordnung (dahinter fordernde innere Eltern)
13	Aufopferung			
14	Streben nach Zustimmung und Anerkennung (Beachtung-Suchen)			
15	Emotionale Gehemmtheit	übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit	Lustgewinn Spontaneität Spiel	Kompensation/ Vermeidung (dahinter Strafende innere Eltern)
16	Überhöhte Standards (unerbittliche Ansprüche)			
17	Negatives Hervorheben/Pessimismus			
18	Strafneigung			

Unkonditionale und konditionale Schemata

Unter *unkonditionalen Schemata* verstehen wir Schemata, die direkte Auswirkung und Niederschläge von Bedürfnisfrustrationen sind. Die sog. *konditionalen Schemata* sind schon Schemata, die auch Ausdruck von Bewältigungsversuchen sein können (s. Tab. 1.2). Näheres zu den Schemata finden Sie in Loose et al. (2013, S. 30–35).

Tabelle 1.2 Unkonditionale und konditionale Schemata

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

1.4 Bewältigungsformen: Maladaptive und adaptive Bewältigungsstrategien

Das Kind reagiert nun je nach Situation, Vorerfahrung, aber auch Temperament und sonstigen konstitutionellen Merkmalen auf die Auslösung von Schemata im günstigen Fall mit adaptiven, häufig jedoch mit maladaptiven Bewältigungsstrategien.

1.4.1 Maladaptive Bewältigungsstrategien

Zu den maladaptiven Bewältigungsstrategien zählen die Überkompensation, Vermeidung und Überanpassung (vormals Erduldung genannt). Nachfolgender Kasten beleuchtet genauer, was es damit auf sich hat.

Nachfolgend möchten wir eine leicht modifizierte Form von Schema-Bewältigungsstrategien vorstellen. Dabei greifen wir das Modell von Young und Kollegen auf (z. B. Young et al., 2008), das drei unterschiedliche maladaptive Bewältigungsstrategien formuliert: Überkompensation, Vermeidung und Erduldung. Erlauben Sie uns ein paar vertiefende Gedanken dazu auszuführen und vor dem Hintergrund von intra- vs. interpersonalen sowie verhaltensethologischen Aspekten zu beleuchten.

Generell unterscheiden wir dabei zwischen maladaptiven Bewältigungsreaktionen der

- ▶ Überkompensation,
- ▶ Vermeidung und
- ▶ Überanpassung/Zulassen (bei Young: Erduldung).

Der zuletzt genannte Terminus kann als eine Zusammenfassung interpersonell sich unterwerfender, innerlich passiv erdulender und erstarrender Bewältigungsreaktionen interpretiert werden, da eine aktuelle Erduldung vermutlich fast immer ihre Wurzeln in vergangener interpersoneller Unterwerfung haben dürfte, aktuelle Erstarrung und Stupor auch fast immer einer interpersonellen oder externen Extrembelastung (Trauma) zuzuschreiben sind. Bei Schemata wie »Anspruchshaltung/Grandiosität« und »Unzureichende Selbstkontrolle« ist der externalisierende Moment aber so im Vordergrund, dass hier die interpersonellen Wurzeln der Schemata eher in einer mangelnden Grenz- und Konsequenzsetzung von Interaktionspartnern zu sehen sind. Die Unterwerfung ist hier vermutlich in der Interaktion umgekehrt erfolgt: Nicht das Kind, sondern der damalige (elterliche) Interaktionspartner hat sich immer wieder den Impulsen und unangemessenen Forderungen oder Erwartungen des Kindes quasi unterworfen und so mit Überanpassung (anstatt mit freundlicherer, aber entschiedener Grenzsetzung in Bezug auf das konkrete Fehlverhalten) reagiert.

Tabelle 1.3 Maladaptive Bewältigungsstrategien mit Motiven, Zielen und Differenzierungen

Maladaptive Bewältigungsstrategie	Motiv	Ziele und Differenzierungen
Überkompensation	Aversives nicht empfinden oder wahrnehmen müssen; aktiv etwas dagegen unternehmen	Statt Angst, Schwäche, Scham oder Schuld wird quasi das Gegenteil wie z. B. Ärger, Wut, Dominanz, Rache oder Überlegenheit empfunden und gezeigt.
Vermeidung	Aversives nicht aufkommen lassen, aus dem Weg gehen, bevor es auftritt, und so Aversives nicht wahrnehmen müssen.	<p>Intrapersonell: Vermeidung von Emotionen (z. B. distanzierter Beschützer) bis hin zur Dissoziation oder zum Stupor (Freezing) als emotionsloses Nebensich-Stehen, Depersonalisations- und Derealisationsempfinden, »Notfallabschaltung« und totale Erstarrung. Wenn heftige Emotionen und andere aversive Empfindungen oder Wahrnehmungen Ausdruck aktivierter Schemata sind (was oft der Fall sein dürfte), könnten wir präziser auch von Schemabewältigung durch passive (Rückzug) oder aktive (Ersatzhandlungen, mit Ziel Ablenkung und Betäubung) Vermeidung sprechen.</p> <p>Interpersonell: z. B. Vermeidung von (ängstigenden) Personen oder sozialen oder »natürlichen« Situationen – Schemabewältigung durch Rückzug</p>
Überanpassung/Zulassen	Aversives bereitwillig aufnehmen, hinnehmen und akzeptieren; Widerstand wird vermieden	<p>Intrapersonell: Fügen/Erdulden/Zulassen Ziel: passives Hinnehmen, sich automatisch in aversives Erleben einfügen, da die schema-immanenten Gedanken/Bewertungen (ohne noch alternative Sichtweisen in Betracht zu ziehen) vom Individuum als wahr und angemessen akzeptiert werden. Innere Infragestellung der schema-immanenten Gedanken/Bewertungen ist (ohne Hilfe von außen) schwer möglich, da der Patient sich an die Gedanken gewöhnt hat (Gewohnheitsbahnung), die Gedanken Teil der Identität geworden sind, hoch-automatisiert, »unbewusst«, ich-synton und schnell ablaufen. Ggf. würde eine aktive Infragestellung der Bewertungen auch Angst machen bzw. als sowieso vergeblich oder unmöglich erscheinen oder auch als unangemessen, moralisch bzw. religiös falsch bewertet werden. Bei aktivierten externalisierenden Schemata wie »Anspruchshaltung/Grandiosität« oder »Unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin« beschreibt »Zulassen« den intrapersonellen Regulationsprozess ggf. besser als »Erdulden«. Dem aktivierten Schema mit externalisierenden Emotionen und Kognitionen (z. B. »besonders sein«) wird in der automatischen und/</p>

Tabelle 1.3 (Fortsetzung)

Maladaptive Bewältigungsstrategie	Motiv	Ziele und Differenzierungen
		<p>oder kontrollierten Selbstregulation nichts entgegengesetzt. Der Betroffene lässt es zu »besonders zu sein« oder »unzureichende Selbstkontrolle« zu haben.</p> <p>Interpersonell:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Unterwerfung/Unterordnung: hierarchische Unterordnung durch bewusst passives Verhalten, Hinnahme von Dominanz- und Überlegenheitsgesten Ranghöherer. Ziel: Bindungserhalt, Verbleib in der Beziehung/Gruppe. ▶ Aufopferung/Selbstaufgabe: Dazu würde auch der Modus eines überfürsorglichen Helfers (bei parentifizierten Kindern oder mitleidenden Eltern) im Sinne einer maladaptiven aufopfernden Unterwerfung unter implizite oder explizite Forderungen/Erwartungen Dritter gehören (intrapsychisch zur Vermeidung einer Schemaaktivierung). ▶ Anbiederung mit dem Ziel aktiver Annäherung, verbesserter Akzeptanz (durch »Geschenke«, »dem Alphetier nach dem Mund reden«) an den/die Dominierenden. ▶ Erstarrter: Sich-tot-Stellen mit dem Ziel, als »Beute/Opfer« für den Aggressor uninteressant zu sein und daher in Ruhe gelassen zu werden, bis hin zur Ohnmacht.

Bewältigungsformen wäre dann der Oberbegriff für jegliche Form des Copings, die maladaptiver und adaptiver Natur sein können. Wenn wir speziell von der Bewältigung von Schemata sprechen, sollten wir genauer von Schema-Bewältigungsreaktionen sprechen. Jedes ausgelöste Schema geht theoretisch automatisch und zwangsläufig mit einer der drei Schema-Bewältigungsreaktionen Überkompensation, Vermeidung, Erdulden/Fügen/Zulassen einher (vgl. Young et al., 2008), sofern nicht der Modus des gesunden Erwachsenen die Aktivierung des Schemas »gelassen« zur Kenntnis nimmt und es sofort wieder durch Selbstregulation deaktiviert oder zumindest erheblich abschwächt. Somit können wir also immer theoretisch und auch praktisch eine Reaktion ausmachen, die sich dann in einem Modus offenbart, der als Resultante aller in einem Moment wirkenden Kräfte und personaler Gesamtzustand interpretiert und benannt werden kann.

1.4.2 Adaptive Bewältigungsstrategien

Von besonderem Interesse sind jedoch die Schemareaktionen und Modi der *adaptiven Bewältigung*, da sie es ja gerade sind, die wir – alternativ zu den maladaptiven – mit den Patienten erarbeiten möchten. Hier differenzieren wir in folgende Modi:

- ▶ gesunder Erwachsener bzw. kompetentes Kind
- ▶ verbündeter Beschützer (imaginierte oder reale Helfer)
- ▶ glückliches oder auch zufriedenes Kind

Das *glückliche* oder auch *zufriedene Kind* (happy or »contented child«) ist nicht nur ein adaptiver Modus, sondern kann eben auch eine Form des angemessenen Copings, ein Modus der (adaptiven) Bewältigung sein. Dies ist der Fall, wenn das Individuum bei Belastungen (»Stress«) automatisch oder geplant/willentlich Umstände und Personen aufsucht oder innere Zustände schafft (z. B. durch Imagination, innere Dialoge), in denen es sich sicher, geborgen, aufgehoben, befriedet, glücklich, gelöst und zugehörig und geschützt oder begleitet fühlen kann.

Die Modi *gesunder Erwachsener/verbündeter Beschützer* dienen letzten Endes der/dem

- ▶ Problemlösung (Beseitigung von Ursachen von Stress),
- ▶ konstruktiven Widerstands gegen bedürfnis-missachtende Handlungen anderer und Protests (angemessene Selbstbehauptung und Selbstfürsorge),
- ▶ Fähigkeit zur Selbstempathie, Selbstberuhigung, Selbstregulation,
- ▶ Impulskontrolle, Geduld, Verhalten in Richtung langfristiger Ziele (und nicht kurzfristiger Aversionserleichterungen und Belohnungen),
- ▶ Suche nach emotionaler/sozialer Unterstützung/Anteilnahme/Solidarität (Aktivierung des Bindungssystems),
- ▶ Übung von Frustrationstoleranz, sportlichen »Nehmerqualitäten«,
- ▶ Akzeptanz von Ereignissen und Schicksalen,
- ▶ Verzicht auf Unerreichbares und angemessenes Betrauern,
- ▶ aktive Bescheidenheit, Zufriedenheit mit Erreichtem,
- ▶ Umbewertungen (Weisheit, ethische, spirituelle und religiöse Orientierungen),
- ▶ positives Denken und Humor.

1.5 Modus als personaler Gesamtzustand und Kombination aus Schemata und einer vorherrschenden Bewältigungsform

In der Regel aktivieren Situationen nicht nur ein, sondern mehrere Schemata. Zum Beispiel wird neben dem Schema Unzulänglichkeit/Scham auch das Schema Versagen aktiviert. Mit der Schemaaktivierung gleichzeitig taucht eine entweder für die Situation typische, meist aber auch für das Individuum gewohnheitsmäßige, hauptsächlich erfolgende Bewältigungsreaktion auf, z. B. eine Vermeidung durch Rückzug.

Es hat sich als hilfreich herausgestellt, diese Mischung aus ausgelöster Emotionalität und physiologischer Aktiviertheit oder Deaktiviertheit, gemischt mit den entspre-

chenden Bewältigungsreaktionen als personalen Gesamtzustand (= Modus) zu bezeichnen. Im Gegensatz zu den Schemata, die eher als Traits (Eigenschaften) aufgefasst werden können, kann man den personalen Gesamtzustand oder Modus als State (= Zustand) im Sinne der psychologischen Theoriebildung auffassen.

Modusmodell. Bei den sog. Modi lassen sich Kindmodi, Elternmodi, Bewältigungsmodi und der sog. gesunde Erwachsenenmodus unterscheiden, den wir bei Kindern als Modus des kompetenten Kindes (»Clever-Modus«) bezeichnen. Die Kindmodi sind definitionsgemäß Modi, in denen das Kind entweder verletzlich und ängstlich (Modus verletzliches Kind, verletzlicher Kindmodus), ärgerlich oder wütend (Modus ärgerliches oder wütendes Kind), impulsgesteuert (Modus impulsives Kind), unkontrolliert (Modus undiszipliniertes Kind) oder verwöhnt (Modus verwöhntes oder egoistisches Kind) ist.

Tabelle 1.4 Modus-Tafel in der Schematherapie mit Kindern, Jugendlichen und Eltern

<p>Kindmodi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Verletzliches Kind ▶ Ärgerliches, wütendes Kind ▶ Impulsives Kind ▶ Undiszipliniertes Kind ▶ Verwöhntes oder egoistisches Kind ▶ Glückliches Kind: Happy Child
<p>Dysfunktionale Eltern- oder Peermodi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Strafender Elternteil/Peer ▶ Fördernder Elternteil/Peer
<p>Modi des kompetenten Kindes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Modus des kompetenten Kind (Clever-Modus) ▶ Modus des internalisierten fürsorglichen Elternteils ▶ Modus der verbündeten Beschützer
<p>Dysfunktionale Bewältigungsmodi: Überanpassung/Zulassen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Erdulder/Dulder ▶ Unterworfener (auch als überfürsorglicher Helfer)* ▶ Erstarter* ▶ Anbiederer
<p>Dysfunktionale Bewältigungsmodi: Vermeidung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Distanzierter Beschützer ▶ Dissoziierter Beschützer ▶ Regressives Kind ▶ Klagsamer Beschützer ▶ Vermeider* ▶ Ärgerlicher Beschützer ▶ Distanzierter Selbstberuhiger oder Stimulator ▶ Hyperaktiver Beschützer

Tabelle 1.4 (Fortsetzung)

Dysfunktionale Bewältigungsmodi: Überkompensation

- ▶ Trotzig-oppositionelles Kind
- ▶ Der Beleidigte (demonstrativ, anderen Schuldgefühle machend)*
- ▶ Der Dominierende
- ▶ Der Perfekte
- ▶ Übermäßiger Kontrolleur
- ▶ Narzisstische Selbst-Überhöhung
- ▶ Dramatiker
- ▶ Einschüchterer
- ▶ Täuscher
- ▶ Angreifer, Schikanierer
- ▶ Zerstörer

* Diese Modi sind noch nicht im Buch von Loose et al. (2013) erwähnt und wurden in Tabelle 1.3 erläutert.

Ergänzend lässt sich sagen, dass der beleidigte Modus eine weitere und oft abgrenzbare Spielart des trotzig oppositionellen Kindes ist, der als eingeschnapptes oder mürrisches Verhalten beim Kind erkennbar wird. Unter pragmatischen Gesichtspunkten ist diese Unterscheidung sinnvoll, da im (elterlichen) Gegenüber nicht primär Ärger (wie beim regelübertretenden oder pöbelnden oppositionellen Kind), sondern ein Gemisch aus Hilflosigkeit (»Was kann ich nur machen?«), Schuld (»Habe ich was falsch gemacht?«, schlechtes Gewissen) und Ärger (»Der/die soll sich nicht so anstellen? Der Vorwurf, die Schuldzuweisung an mich ist ungerecht.«). Die Autoren sind sich klar darüber, dass man ggf. diese Unterarten nicht psychometrisch valide differenzieren können. Die obige Ausdifferenzierung ermöglicht aber in der Praxis eine bessere Validierung der Facetten des elterlichen Erlebens und auch passgenauere therapeutische und erzieherische Umgehensweisen.

1.6 Die hilfreiche Perspektive der Schematherapie für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Durch das schematherapeutische Modell gelingt es sehr gut, die sog. Black Box der inneren psychischen Dynamik zugänglich zu machen. Das Modusmodell ermöglicht es auch, je nach Indikation und Entwicklungsstand des Kindes, im gemeinsamen Puppen- oder Rollenspiel oder aber schon mit der Stühlearbeit oder Imaginationsübungen Prozesse darzustellen und auch spielerisch zu verändern, die das Kind rein verbal kaum ausdrücken könnte.

Das Konzept der Schemata ermöglicht es auch sehr gut, vergangene zentrale Lebenserfahrungen des Kindes in ihren Auswirkungen auf Erleben und Verhalten unter Berücksichtigung des vorhandenen Temperamentes und der Konstitution transparent zu machen. Dies ist insbesondere für die Psychoedukation und Anleitung der

Eltern (Schemacoaching für Eltern; vgl. Graaf, 2013) sehr hilfreich. Ab dem Schulalter sollte das Kind eine entwicklungsangemessene, detaillierte Psychoedukation erhalten, um die meist ich-syntone Grundhaltung zur Symptomatik aufzulösen bzw. zu vermindern.

Die Bewältigungsreaktionen und Modi können sowohl dem Kind wie auch den Eltern schon sehr früh nahegebracht werden. Ein Kind kann schon ab dem Alter von sechs oder sieben Jahren gut nachvollziehen, dass es eben manchmal »ausrastet« und *der Wüterich* ist, wenn es sich bedroht oder eingeschränkt fühlt (Bewältigungsmodus Überkompensation) oder dass es sich zurückzieht und *der Vermeider* ist (Bewältigungsmodus der Vermeidung) oder aber, dass es sich nicht traut, sich zu äußern, was es wirklich will, also *der Angepasste* ist (Bewältigungsmodus der Überanpassung).

1.7 Fehler und Versäumnisse bei der Anwendung von Schematherapie

In der noch jungen Schematherapie für Kinder und Jugendliche erleben wir einige Verunsicherungen bei unseren Kollegen, auf die wir nun gerne Bezug nehmen möchten.

Abweichen vom schematherapeutischen Basismodell der Modi

Ein Fehler kann darin bestehen, dass das Erleben des Patienten zwar erfahrungsnah in »Teil-Persönlichkeiten« aufgespalten wird, dass sich diese »Teile« dann nicht mit den Modi der Schematherapie zur Deckung bringen lassen. Die Modi der Schematherapie sind so konzipiert, dass sie immer eine aktive therapeutische Behandlung implizieren. Der verletzliche Kindmodus muss erkannt, benannt, geschützt und getröstet werden, strafende Eltern- oder Peermodi müssen entmachtet, geschwächt und – wenn möglich und nötig – verbannt werden. Fordernde Modi sind daraufhin zu untersuchen, ob die Ansprüche in Art und Umfang berechtigt sind und ob sie in einem selbstwertförderlichen, respektvollen Ton vermittelt werden. Meist geht es hier um eine Relativierung und Begrenzung, manchmal aber auch um eine klare Zurückweisung von »Aufträgen«. Es ist z. B. nicht die Aufgabe des Kindes, die Mutter oder den Vater zu schützen und zu trösten, sondern dies ist die Aufgabe von erwachsenen Bezugspersonen (z. B. Partner, Eltern, Freunde). Wenn diese nicht verfügbar sind, muss sich die Mutter oder der Vater selbst mit ihren erwachsenen Anteilen entsprechende Hilfen suchen (z. B. Beratungsstelle, Therapie), damit das Kind nicht parentifiziert oder zum Partnerersatz wird. Dysfunktionale Bewältigungsmodi sind als solche zu erkennen und als meist suboptimale Problemlösungen zu analysieren. Statt Überkompensation kann dann berechtigte und sozial adäquate Durchsetzung, statt Vermeidung, eine Ruhepause oder eine langsam sich steigernde Belastung als adäquate Lösung erarbeitet werden.

Impulsive oder undisziplinierte Kindmodi werden mit einem Augenzwinkern begrüßt, denn sie machen ja auch Spaß. Aber das kompetente Kind und co-regulierende, an den Bedürfnissen des Kindes orientierte Eltern oder Lehrer müssen Impulsivität begrenzen und Wege zur Regeleinhaltung und Verantwortungsübernahme mit dem Kind erarbeiten bzw. dieses anleiten. Der Modus des kompetenten

Kindes soll begrüßt, gelobt, unterstützt und aktiv (weiter-)entwickelt werden. Der Modus des glücklichen Kindes bekommt ebenfalls Raum in der Therapie, auch damit die gemeinsamen Sitzungen Spaß machen.

Wenn nun die Fallkonzeption beliebige ad-hoc Teilpersönlichkeiten ohne hinreichenden Bezug auf die oben genannten Modi formuliert, fehlt der klare Handlungsbezug des schematherapeutischen Modusmodells und die Therapie verläuft sich in Verwirrung.

Ignorieren des typischen Phasenverlaufes einer Schematherapie

Die Phasenabfolge in der Schematherapie ist klar definiert und in Abbildung 1.2 dargestellt.

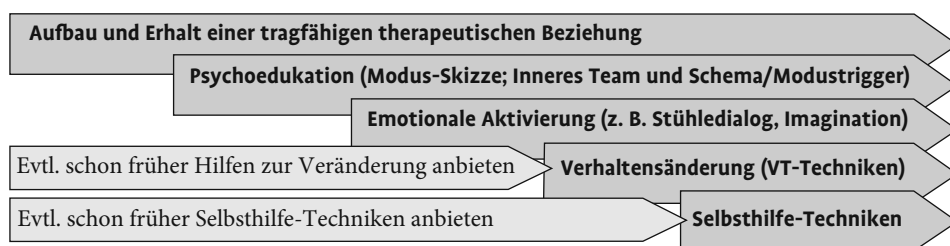


Abbildung 1.2 Phasenverlauf der Schematherapie

Am Anfang steht der profunde Beziehungsaufbau, gefolgt von Psychoedukation mit der Identifikation von Schemata und Modi und der Erstellung einer Modus-Skizze mit innerem Modus-Team: Welche Modi gibt es bei diesem individuellen Klienten? Was sind typische Trigger, welche seelischen Verletzungen bestehen? Welche Modi reagieren auf diese Trigger? Wie hängen die beobachtbaren Symptome mit den Modi zusammen? Was wollen wir in der Therapie erreichen? Je nach Patient müssen wir dann an der Überwindung der Überanpassungs-, Vermeidungs- oder Überkompensationsmodi arbeiten, die den weiteren Therapieprozess blockieren oder bremsen würden. Sind dysfunktionale Bewältigungsmodi zumindest in ihrem Auftreten in der Therapiestunde hinreichend abgeschwächt, kommt die emotionsaktivierende Arbeit. Hier sollen die zentralen dysfunktionalen Interaktionen von Modi (z.B. strafender Elternmodus beschimpft und entwertet das verletzte Kind) herausgearbeitet und im Fingerpuppenspiel, in Vorstellungsbildern und durch Rollenspiele verändert werden. In der nächsten Phase geht es auch immer um Training von neuer Selbstkommunikation und Selbstregulation, um das Auflösen alter dysfunktionaler und das Einschleifen neuer funktionaler Verhaltensmuster – auch gegen Widerstände blockierender Modi (z.B. trotzig-oppositionelles Kind, undiszipliniertes Kind, distanzierter Beschützer). Hier werden in der Therapie Protokolle geführt und es gibt »Hausaufgaben« – meist sowohl für das Kind als auch die Bezugspersonen. Wenn eine solche übende Umsetzung von Erkenntnissen und Erfahrungen unterbleibt, bleibt die Schematherapie in einer letztlich beliebigen Neu-Ausdeutung der Innenwelt des Kindes stecken und die Therapieziele auf Verhaltenesebene werden oft nicht erreicht.

In begründeten Einzelfällen (z. B. begrenzter Zeitumfang, klar definierte und umschreibbare Ziele, akuter Handlungsbedarf etc.) können auch schon früher im Phasenverlauf Veränderungshilfen und Selbsthilfetechniken angeboten werden; dadurch dürfen jedoch nicht die intensivierete Psychoedukation und emotionale Aktivierung ausgelassen werden.

Indizierte VT-Basistechniken werden nicht in die Therapie integriert

Wir müssen uns klar machen, dass Schematherapie als Ergänzung und Weiterführung der Verhaltenstherapie (VT) im Wesentlichen emotionale, kognitive und motivationale Dynamiken transparenter und therapeutisch zugänglich macht. Die Eigendynamik dysfunktionaler physiologischer und neurobiologischer Lernvorgänge und akuter Erregungsprozesse (Sensibilisierung von zerebralen Systemen, z. B. Amygdala, klassische und operante Konditionierung, Priming) bildet das Schematherapie-Modell nicht gut ab.

Wenn die VT-Basistechniken wie Habituation, Gewöhnung, Gegenkonditionierung, stufenweise oder massierte Exposition, Reaktionsverhinderung, wiederholtes Üben, Shaping, Chaining, Verstärkung/Belohnung, Verstärkerentzug zur Verhaltenskontrolle, natürliche negative Konsequenzen etc. wichtig und als Techniken zur Veränderung von organismischen Lernvorgängen (Konditionierungen) indiziert sind, müssen solche Techniken auch explizit und *lege artis* angewandt werden. Wird dies z. B. bei der Therapie eines Waschzwanges oder einer Essstörung nicht gemacht, sondern beschränkt sich die Therapie ausschließlich auf die ersten drei Phasen (s. Abb. 1.2; Beziehungsaufbau, Psychoedukation und emotionale Aktivierung), kann die motivationale Dynamik zwar besser verstanden, aber die leidhafte Symptomatik nicht verändert werden.

Fehlende psychometrische Verlaufskontrolle der Schematherapie auf Symptomebene

Der Patient, seine Eltern und auch der Schematherapeut sollten explizit wissen wollen, ob sich die Zielproblematik, der Leidensdruck, die Symptomatik auf der Verhaltensebene tatsächlich und stabil verändert. Hier muss zumindest ganz basal regelmäßig überprüft werden, inwieweit die anfänglich formulierten Therapieziele (GAS, Goal Attainment Scaling) schon erreicht sind. Auch kann eine simple Skalierung (s. FB-Eltern-ThEval, FB-KJ-ThEval im Arbeitsmaterial zu diesem Buch) eine ungefähre und zeitsparende Einschätzung über die Auswirkungen der Therapie ermöglichen.

Ohne den Prüfstein der tatsächlichen Zielerreichung, der Symptomreduktion und der Verringerung des psychosozialen Leidensdruckes sind wir in der Gefahr, dass Schematherapie die Symptome nur anders erklärt, aber eben nicht wirklich verändert. Genau hier sollte sich aber die Schematherapie auch als Kind oder Schwester der VT erweisen, indem Therapieergebnisse regelhaft auch psychometrisch dokumentiert werden. Dann können Patient, Eltern und Therapeut aus verschiedenen Perspektiven und auf Basis verschiedener Informationen am Ende der Therapie bzw. in der Katamnese beurteilen, was sich wie während und durch die Schematherapie verändert hat – und was eben auch nicht.

AB

Die folgenden störungsspezifischen Kapitel zeigen auf, wie die Begriffe der Schemata, der Bewältigungsreaktionen und der Modi bei verschiedenen Störungen oder in verschiedenen Entwicklungsstufen zur Diagnostik, Therapieplanung und Therapiedurchführung angewandt werden können. Wir konzentrieren uns hier auf die praktische Anwendung, wobei dazu zusätzliche Ausformulierungen hinsichtlich bestimmter Altersstufen und bestimmter Entwicklungsdynamiken bereits ausführlich in Loose et al. (2013) dargestellt sind. In allen Kapiteln dieses störungsspezifischen Buches werden vorab konzeptionelle Überlegungen zur Modusdynamik angestellt, da diese in der bisherigen Literatur zur Schematherapie meist noch nicht zu finden sind.

Literatur

- Bowlby, J. (1973). Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit. München: Kindler.
- Epstein, S. (1990). Cognitive-experiential Self-theory. In L. Pervin (Ed.), *Handbook of personality theory and research: Theory and research* (pp. 165–192). NY: Guilford Publications, Inc.
- Graaf, P. (2013). Elternbezogene Techniken und Vorgehensweisen. In C. Loose, P. Graaf & G. Zarbock (Hrsg.), *Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 261–322). Weinheim: Beltz.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Loose C., Graaf, P. & Zarbock, G. (Hrsg.). (2013). *Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2008). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch* (2. Aufl.). Paderborn: Junfermann.