



Leseprobe aus: Loose, Graaf, Zarbock, Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen, ISBN 978-3-621-28014-3

© 2013 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28014-3>

## 3 Schematherapie beim Vorschulkind

Christof Loose • Peter Graaf • Katharina Armour

### Beispiel

Für die schüchterne, 4-jährige Chiara war es schon der zweite Kindergarten, in den sie gehen sollte. Im ersten hatte sie sich schon nicht wohlgefühlt und große Ängste gehabt. Während des Umzugs der Familie half sie der Mutter vormittags beim Kistenpacken, fragte sogar um eigenen Stücken beim unfreundlichen, zerstrittenen Nachbarn nach Klebeband zum Verkleben der Kartons. In solchen Situationen war sie überhaupt nicht ängstlich. Nach dem Umzug kehrten dann die alten Ängste zurück. Nach gutem Zureden ging sie schließlich doch in den neuen Kindergarten. Die Erzieherinnen meinten, sie wäre völlig unauffällig, insgesamt sehr angepasst. Bald schon entwickelte Chiara Kopf- und Bauchschmerzen, sie fühlte sich schwindelig oder wollte morgens gar nicht mehr von der Toilette herunter kommen. Manchmal begann sie auch zu weinen und klammerte sich an die Mutter, der es das Herz zerbrach: Sie konnte Chiara doch nicht zwingen, oder? Sie war als Kind selbst sehr ängstlich gewesen, aber auch deswegen, weil ihr Vater oft getrunken und ihre Mutter dann geschlagen hatte. Sie hatte sich damals im Kindergarten viele Sorgen gemacht, was wohl zuhause vor sich gehen würde. Aber das ist lange her. Bei ihrer Tochter Chiara war das ja nun ganz anders: Die Eltern verstanden sich gut und auch sonst war alles ganz harmonisch. Zuletzt kam noch dazu, dass Chiara nicht mehr im eigenen Bett schlafen wollte. Die Eltern waren nun völlig verzweifelt und beschlossen, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. »Was ist nur mit dem Kind los?«

### 3.1 Phasenspezifische Entwicklungsaufgaben, -themen, potentielle Krisen, Konflikte und Traumatisierungen aus der Sicht der Schematherapie

Wie das Fallbeispiel andeutet, kann der Eintritt in einen Kindergarten eine hohe Hürde darstellen, die Kindern wie auch Eltern große Anstrengungen abverlangt. Die in der Kleinstkindphase noch vorherrschenden Themen der frühen Eltern-Kind-Interaktion (z. B. Bindungs- und Fürsorgesystem) und Bindungsentwicklung (z. B. Bindungstypen) werden ergänzt durch einen Schub von Entwicklungsanforderungen und Angeboten aus dem Umfeld des Kindergartens, vor allem in den Bereichen Kognition, Intelligenz, Emotion, Sprache, Selbstkonzept, Geschlechtstypisierung, Moral und

soziale Beziehungen (vgl. Lohaus et al., 2010). In Anbetracht dieser Entwicklungsbereiche verwundert es nicht, wenn Chiara lieber bei ihrer Mutter zuhause bleiben möchte: Das Angebot, das durch Erzieher, die Peergruppe, die fremden Räumlichkeiten etc. zur Verfügung gestellt wird, kann für manche Kinder erdrückend wirken. Eine Prioritätenliste aufzustellen, welche Entwicklungsaufgaben am wichtigsten sind, dürfte jedoch schwerfallen. Dennoch stehen einige unverzichtbare Entwicklungsaufgaben an, die unentbehrlich für die weitere Entwicklung sind. Diese werden im folgenden Abschnitt skizziert.

### 3.1.1 Phasenspezifische Entwicklungsaufgaben und -themen

#### **Entwicklungsaufgaben**

In den ersten Lebensjahren eines Kindes müssen allgemeine Entwicklungsaufgaben (z. B. in der Nahrungsaufnahme oder Motorik) gemeistert werden, die mehr oder weniger regelrecht, evtl. aber auch außerhalb des üblichen Zeitfensters erreicht werden.

Heinrichs und Lohaus (2011) sehen als eine der bedeutsamsten Aufgaben von Kindern im Kindergarten- bzw. Vorschulalter die Entwicklung sozial-kommunikativer und sprachlicher Fertigkeiten an. Diese Fertigkeiten helfen besonders beim Aufbau der altersentsprechenden Emotionsregulationsfähigkeit. Besonders durch die Peergruppe trifft das Kind auf zahlreiche sozio-emotionale Herausforderungen, durch die der Lernprozess der emotionalen Regulationsfähigkeit in Gang kommt. Einige aus schematherapeutischer Sicht ebenfalls wichtige Aufgaben sind der Aufbau der sozialen Integrationsfähigkeit in die Peergruppe, Akzeptanz von Autoritäten und Anerkennung sozialer Normen (Sozialisation), was vor dem Hintergrund der Befriedigung eigener emotionaler und sozialer Bedürfnisse eine schwierige Herausforderung darstellt.

#### **Entwicklungsauffälligkeiten versus psychische Störungen**

Die häufigsten Probleme in der Altersgruppe der Vorschulkinder, über die Familien in Beratungsstellen, kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen und -psychiatrischen Praxen berichten, sind Rückstände in der Entwicklung (z. B. Motorik, Sprache, Spielfähigkeit), oppositionelles oder aggressives Verhalten, körperliche Unruhe, geringe Ausdauer beim Spiel, Schwierigkeiten, trocken und sauber zu werden, Trennungs-, Kontakt- oder soziale Ängste sowie Schwierigkeiten in der sozialen Integration (Döpfner et al., 2000). Diese Auffälligkeiten sind häufig unübersehbar und viele Eltern sehen keinen anderen Ausweg mehr, als professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Um im Vorschulalter eine Pathologisierung zu vermeiden, empfehlen wir, in den Anfängen einer Problematik von »Entwicklungsblockaden«, »Entwicklungsverzögerungen« oder »Entwicklungsabweichungen« zu sprechen. Ob daraus eine psychische Störung mit emotionalen, sozialen oder familiären Krisen, inneren und äußeren Konflikten oder sogar eine Traumatisierung entsteht, hängt unseres Erachtens auch davon ab, wie auf die grundlegenden Bedürfnisse des Kindes eingegangen werden kann. Dies führt uns auch zur zentralen Frage der Schematherapie, nicht nur im

Vorschulalter, sondern ganz allgemein: Welche Bedürfnisse hat das Kind in seiner jetzigen Lebensphase überhaupt? Hier wird schon ein Blick auf die Bedeutung der Diagnostik geworfen, auf die wir in Abschnitt 3.2 noch genauer eingehen werden.

### **Bedürfnisse hinter den Symptomen**

Eine zentrale Frage unabhängig vom Symptom sollte lauten: Wie hat das Kind gelernt, mit Frustrationen umzugehen und welche emotionale Unterstützung braucht das Kind bei der Problembewältigung von seiner Familie?

So braucht ein 6-jähriges Kind mit einer Enuresis sicherlich Anleitung und Hilfe zur Symptombehandlung. Mindestens genauso wichtig ist jedoch die emotionale Bindung der Eltern an das Kind und ihre einfühlsame Unterstützung des Kindes bei der Bewältigung seiner Frustration. Die emotionale Unterstützung bzw. fehlende emotionale Unterstützung, die Eltern ihren Kindern gegenüber aufbringen, kann im ungünstigen Fall selbst zum Problem werden, auch wenn die ursächliche Problematik (hier: Enuresis) schon längst behoben ist. In der Schematherapie geht es darum auch immer um die kindlichen, hinter den Symptomen stehenden, z. T. schwer erkennbaren Bedürfnisse. Im Fall der Enuresis könnte zum Beispiel das Bedürfnis nach Bindung hinter dem Symptom stehen. Wenn Therapeuten ihre Therapie zu oberflächlich planen und durchführen, kann im besten Fall die Symptomatik verringert werden. Die unter der Oberfläche liegenden, nicht oder zu wenig thematisierten Bedürfnisse können dann im frustrierten Falle die Entstehung von Schemata begünstigen (z. B. Verlassenheits- oder Instabilitätsschema, Emotionale Entbehrung o. ä.). Werden diese Bedürfnisse nicht erkannt bzw. findet das Kind keine entsprechende Unterstützung bei Bezugspersonen, so bleiben sie unbeantwortet und können bei der Bewältigung neuer Entwicklungsaufgaben hinderlich im Wege stehen. Wiederholt sich eine ähnliche Erfahrung (z. B. oberflächliche Behandlung einer später auftretenden AD(H)S-Symptomatik ohne ausreichenden Blick auf die kindlichen Bedürfnisse) bauen sich diese Schemata weiter aus und neigen zur Chronifizierung, was letzten Endes zu einer psychischen Störung (z. B. Depression) führen kann.

### **3.1.2 Potentielle Krisen, Konflikte und Traumatisierungen**

Potentielle Krisen, Konflikte und Traumatisierungen ergeben sich aus schematherapeutischer Sicht dann, wenn die kindlichen Grundbedürfnisse unzureichend oder im Übermaß befriedigt wurden oder noch werden (vgl. Abschn. 1.2.1).

Wenn etwa Chiara (Fallbeispiel) weiß, dass sie einerseits groß genug ist, um im Kindergarten ohne ihre Eltern klarzukommen, sich andererseits aber klein und hilflos fühlt, werden ihre Bedürfnisse nach Autonomie und Orientierung, in der Folge auch Selbstwert und Anerkennung, schließlich auch Lustgewinn, Spontaneität und Spiel/Spaß nicht zufriedengestellt und kommen zu kurz, während ihre Bedürfnisse nach Sicherheit und Bindung altersuntypisch, d. h. im Übermaß betont werden. Diese Schräglage der Bedürfnisbefriedigung geht in Chiaras Fall mit einer Vermeidungs-

haltung einher, aufgrund derer sie keine altersangemessenen positiven Erfahrungen machen kann. Bei Chiara bildete sich ein Vorläufer des Schemas *Abhängigkeit/Inkompetenz*, das sie mit der Strategie der Vermeidung zu bewältigen versuchte. Diese Vermeidung brachte Chiara nicht nur um altersangemessene positive Erfahrungen (z. B. mit Blick auf Autonomie in sozialen Bezügen). Sie verstärkte auch noch ihre allgemeine Unsicherheit und Defizitgefühle. In der späteren Falldarstellung kommen wir auf die Frage zurück, welche Rolle die mütterlichen Schemata für das Vermeidungsverhalten Chiaras spielen.

Traumatisierend können elterliche Überreaktionen dann sein (z. B. unberechenbare und harsche Disziplinierungsmaßnahmen), wenn dem Symptom (Angst) von jetzt auf gleich mit aller Macht entgegengetreten wird, ohne das Kind vorher bei den erzieherischen Maßnahmen mit einbezogen zu haben. Außerdem können sich dann noch Bindungsverunsicherungen ergeben oder verstärken, die neben der ohnehin schon bestehenden allgemeinen Ängstlichkeit den »sicheren Hafen« der Eltern in Frage stellen.

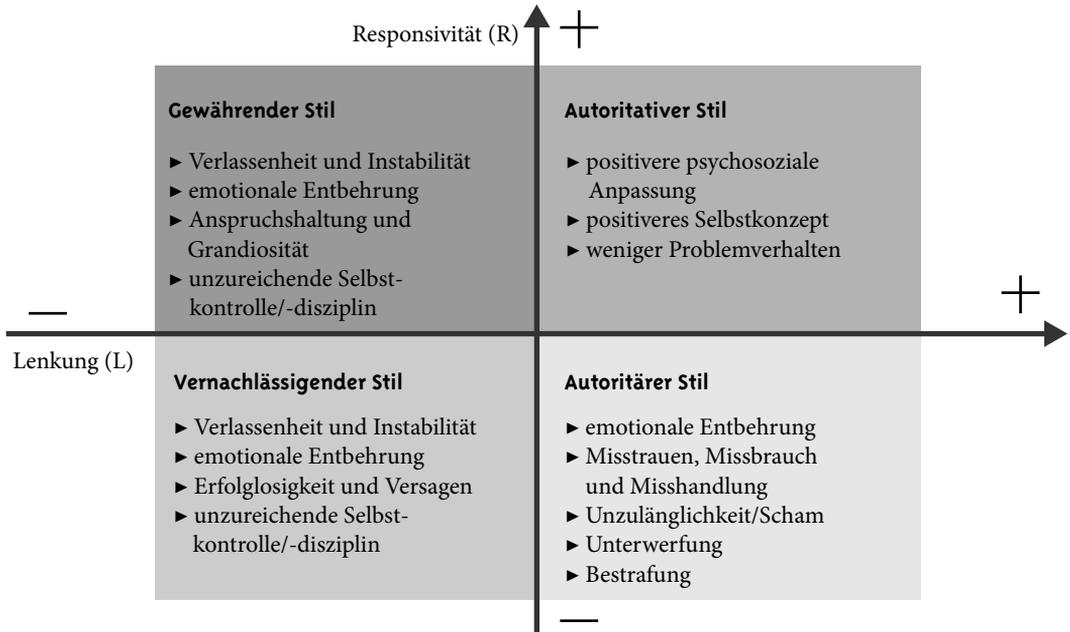
### **Warum kommt es überhaupt zur Schräglage der Bedürfnisbefriedigung und Schemaausbildung?**

Ganz allgemein lassen sich vier Bereiche abbilden, die wir nachfolgend skizzieren möchten: Es sind die elterlichen Schemata, Bedürfnisse, Erziehungs- und Bindungsstile.

**Schemata der Eltern.** Erste Erklärungsversuche deuten auf elterliche Blockaden in der Erziehungsarbeit hin, bei denen es sich möglicherweise um getriggerte elterliche Schemata handeln könnte (z. B. eigene negative Erfahrungen und Ängste, in den Kindergarten zu gehen, die dann unbewusst auf das Kind übertragen werden könnten). Wir werden Chiaras Familie und deren Auffälligkeiten noch weiter unten erläutern und interpretieren.

**Bedürfnisse der Eltern.** Eine weitere wichtige Frage ist die, welche Bedürfnisse die Personen in den (Sub-)Systemen haben, in denen das Kind lebt. Dieser Frage wird ausführlich in Kapitel 8 (Elternbezogene Techniken) nachgegangen, worauf wir hier verweisen möchten.

**Erziehungsstile.** Besonders wichtig für die Entwicklung bzw. Vermeidung von frühen maladaptiven Schemata sind die Erziehungsstile der Eltern. Nach Baumrind (1971) können auf den orthogonal angeordneten Dimensionen Responsivität (R) und Lenkung (L) vier unterschiedliche Erziehungsstile unterschieden werden (s. Abb. 3.1): vernachlässigender Stil (R-, L-), gewährender Stil (R+, L-), autoritärer Stil (R-, L+) und autoritativer Stil (R+, L+).



**Abbildung 3.1** Erziehungsstile nach Baumrind (1971) und Schema-Disposition beim Kind

Der autoritative Erziehungsstil führt zu positiverer psychosozialer Anpassung, besseren Schulleistungen, einem positiverem Selbstkonzept und weniger Problemverhalten (McIntyre & Dusek, 1995; Milevsky et al., 2006; Lohaus & Vierhaus, 2009). Wie genau die Schemaentstehung bzw. eine Schemadisposition beim Kind und der Erziehungsstil der Eltern kovariieren, ist unseres Wissens empirisch noch nicht untersucht. Aus der einschlägigen Schematherapie-Literatur (z. B. Young et al., 2008; Roediger, 2009; Jacob & Arntz, 2011) bezüglich des elterlichen Erziehungsverhaltens lässt sich aber ableiten, dass ein vernachlässigender Erziehungsstil Schemata wie *Verlassenheit*, *Emotionale Entbehrung*, *Erfolglosigkeit/Versagen*, *Unzureichende Selbstkontrolle und -disziplin* begünstigt, der gewährende Stil *Instabilität*, *Emotionale Entbehrung*, *Anspruchshaltung und Grandiosität* und *Unzureichende Selbstkontrolle* anbahnt, dass der autoritäre Stil *Emotionale Entbehrung*, *Misstrauen*, *Missbrauch und Misshandlung*, *Unzulänglichkeit/Scham*, *Unterwerfung* und *Bestrafung* bedingen kann, und dass der autoritative Stil – wie oben angeführt – in der Funktion eines Schutzfaktors bedürfnisregulierend aktiv werden kann.

**Bindungsstile.** Zu guter Letzt sei noch der Bindungsstil zu nennen (sicher, unsicher-ambivalent, unsicher-vermeidend, desorganisiert), der einen großen Einfluss auf die Ausbildung maladaptiver Schemata haben kann (vgl. Roediger, 2011, S. 58 f). Bindungsstile sind aus schematherapeutischer Perspektive als Vorläufer von Bewältigungsstilen einzuordnen. Wenn ein Kleinkind ambivalent oder distanziert auf eine wenig feinfühligere Mutter reagiert, versucht es, mit Distanz (Vorläufer des distanzierten Beschützers) den Schmerz der Entbehrung o. ä. zu bewältigen – den Vorläufer des Schemas *Emotionale Entbehrung*.

## 3.2 Schematherapeutische Konzepte zu Diagnostik, Psychoedukation und Therapie

Für die allgemeine Diagnostik psychischer Störungen verweisen wir auf die Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (DGKJP, 2007). Darüber hinaus bieten Döpfner und Petermann (2008) sowie Schneider et al. (2008) hilfreiche Ausführungen und Standards zu Grundlagen, Leitlinien, Verfahren der Diagnostik, Materialien und Hilfen für diagnostische Interviews an und bereiten damit ein wichtiges Fundament, auf dem eine sorgfältige Psychodiagnostik durchgeführt werden sollte.

### 3.2.1 Gesprächsführung mit Vorschulkindern

In der psychodiagnostischen Untersuchung und Gesprächsführung mit Vorschulkindern sollten einige wichtige Besonderheiten beachtet werden (Delfos, 2011), die auch zum Beziehungsstil von Schematherapeuten gehören: Zu Beginn der Diagnostik sollte die Wichtigkeit der kindlichen Meinung, Ideen, Gedanken, Gefühle, etc. hervorgehoben werden (»Jetzt zählst nur du!«). Es ist bei Vorschulkindern von Vorteil, wenn sich Rede- und Spielphasen abwechseln oder ergänzen. Rein verbale Phasen sollten dem Spannungsbogen des Kindes angepasst sein oder mit Spielen verknüpft werden. Längeres Stillsitzen kann eine Unruhe auslösen, die sich auch (verzerrend) auf das Spiel- und Interaktionsverhalten samt inhaltlichen Antworten auswirken kann. Darum ist es ratsam, immer wieder Gelegenheiten zur Bewegung zu geben. Die Formulierungen sollten kurz, klar und einfach sein.

**Fragetechniken.** Als Fragetechniken bieten sich offene und geschlossene Fragen an, wobei letztere nicht bei wichtigen, im Zentrum der Diagnostik stehenden Themen gestellt werden sollten. Falls eine Frage einen hohen diagnostischen Wert hat, sollte der Therapeut möglichst unbefangen und offen nach mehr Einzelheiten fragen (»... und was passiert nun?« »... und dann«?). Suggestive Fragen sollten generell vermieden werden, auch wenn es sich aus Sicht des Therapeuten um sinnvolle zusammenfassende Feststellungen handelt. Fragen, die wichtige Themen betreffen, dürfen in unterschiedlichen Phrasen und sprachlichen Wendungen umformuliert werden, um sicherzugehen, dass das Kind richtig verstanden wurde. Im Zentrum der Kontakte mit dem Kind stehen immer menschliche Wärme, Empathie, Interesse und Spielfreude.

### 3.2.2 Wichtige Diagnostikebenen

Zur Diagnostik von schemarelevanten Merkmalen liegen für Kinder im Vorschulalter nur wenige standardisierte Tests bzw. Instrumente vor. Die wesentlichen Elemente der Diagnostik ergeben sich aus der Anamnese, klinischen Beobachtung und Exploration des Kindes sowie des Umfeldes (Eltern, Großeltern, Erzieher etc.). Einige Verfahren

bieten sich dennoch an und sollten dem Diagnostiker zumindest als Option bekannt sein.

**Bedürfnisebene.** Auf Bedürfnisebene sind die Fremdbeurteilungsbögen zur Befriedigung psychologischer Grundbedürfnisse (GBJK) aus dem SDS-KJ (Borg-Laufs, 2011) zu nennen, wobei sich die Normierung auf ab 4-jährige Kinder bezieht. Festzuhalten bleibt dabei, dass nur die aktuelle und nicht die zurückliegende Bedürfnisbefriedigung in dem Fragebogen erfasst wird.

**Bindungsebene.** Auf Bindungsebene vermag das Geschichtenergänzungsverfahren zur Bindung 5- bis 8-jähriger Kinder (GEV-B, Gloger-Tippelt & König, 2009) die kindlichen Bindungsrepräsentationen zu erfassen, die schon auf bestimmte Schemata und Bewältigungsmuster hindeuten (z. B. Emotionale Entbehrung, Instabilität, Misstrauen). Aus schematherapeutischer Perspektive kann man den unsicher-vermeidenden Bindungstyp (Typ A) schon als Vorläufer eines vermeidenden Bewältigungsstils ansehen (das Kind möchte schmerzhaft Gefühle des Verlassenseins vermeiden). Beim unsicher-ambivalenten Bindungstyp (Typ C) schwankt das Kind zwischen den gefühlsvermeidenden Bewältigungsmodi eines regressiven Kindes (Anklammern) und eines ärgerlichen Beschützers. Auch beim desorganisierten Bindungstyp (Typ D) können wir die oft bizarr erscheinenden und wechselnden Verhaltensmuster – wie z. B. erstarren, sich im Kreis drehen, mit dem Oberkörper schaukeln und andere stereotype Bewegungen – als Vorläufer gefühlsvermeidender Modi interpretieren.

**Einschätzung der Eltern-Kind-Interaktion.** Suess und Roehl (1999, zitiert aus Borg-Laufs, 2005) raten in Gesprächen mit Familien mit jüngeren Kindern im Wesentlichen auf drei Merkmale der Eltern zu achten:

- (1) Feinfühligkeit gegenüber dem Kind,
- (2) Respekt vor eigenständigen kindlichen Aktivitäten und
- (3) Einschätzung der Eltern über ihre Kinder (Zurückweisung vs. Annahme).

Hierbei gilt allerdings zu beachten, dass die Beobachtung im Untersuchungskontext eine außergewöhnliche Situation darstellt, die von einem Bias (z. B. sozialer Erwünschtheit) überlagert sein kann. Geeigneter erscheint deswegen die Beobachtung in sozial weniger strukturierten, offenen Situationen wie z. B. im Wartezimmer oder bei der Begrüßung bzw. Verabschiedung. Sinnvoll sind natürlich auch Hausbesuche, um ein realistisches Abbild des familiären Alltags zu bekommen.

**Bindungsrepräsentationen der Eltern.** Von diagnostischem Interesse können ferner die Bindungsrepräsentationen der Eltern sein, die sich im Adult Attachment Interview AAI (ursprünglich George et al., 1984, 1985, 1996, erläutert in Hesse, 1999) in sicher-autonom (F), unsicher-distanziert (Ds), unsicher-verwickelt (E) und unverarbeitet (U) kategorisieren lassen. Genauere Informationen über den Zusammenhang von elterlicher Bindungsrepräsentanz und kindlichem Bindungsmuster lassen sich z. B. bei Gloger-Tippelt und Hofmann (1997) nachlesen.

**Temperament.** Da das Temperament des Kindes eine wichtige Einflussgröße für die Ausbildung von Schemata ist (vgl. Abschn. 1.1.3) und auch einen wichtigen Einfluss auf die Auswahl der Schema-Bewältigungsstrategie haben kann (Erduldung, Vermeidung, Überkompensation), ist es sinnvoll, sich sowohl anamnestisch als auch aktuell

ein Bild über das Temperament des Kindes zu machen. Die Exploration von frühen Regulationskompetenzen bzw. -störungen (Selbstberuhigung, Schreien, Schlafen, Nahrungsaufnahme und Aufmerksamkeit) gehören ebenso dazu wie die Verhaltensbeobachtung während der therapeutischen Sitzungen.

Als hilfreich haben sich auch Fragebögen bzw. Inventare erwiesen: Im deutschsprachigen Raum finden sich derzeit das Inventar zur integrativen Erfassung des Kind-Temperaments IKT (Zentner & Ihrig, 2010), das für 2- bis 7-jährige Kinder normiert ist und das Junior Temperament und Charakter Inventar JTCI (Goth & Schmeck, 2009), welches von 3 bis 18 Jahren normiert ist.

### **Diagnostik in der Spieltherapie**

Von großer Bedeutung sind Verhaltensbeobachtungen im Untersuchungskontext, wobei sich insbesondere spieltherapeutische Methoden anbieten. Hierbei werden üblicherweise zwei unterschiedliche Vorgehensweisen unterschieden: die direktive Spieltherapie, bei der die Verantwortung für die Führung und Interpretation vom Therapeuten übernommen wird und die nicht-direktive, bei der die Verantwortung für das Spiel dem Kind überlassen wird. Inwieweit der Therapeut direktiv vorgeht, muss er aus seiner diagnostischen Fragestellung und seinem verfügbaren Zeitkontingent ableiten. Zwar kann er einerseits gezielt (d. h. direktiv) auf bestimmte Gefühle, Gedanken, Verhaltensweisen und Bedürfnisse das Spiel ausrichten und somit zeitökonomisch vorgehen. Andererseits läuft er aber dabei Gefahr, wichtige Aspekte, von denen er noch gar keine Ahnung hat, zu übergehen. Wir empfehlen für die Diagnostik eher eine nicht-direktive, für die Therapie eine eher direktive Vorgehensweise, wobei beide Phasen ineinander übergehen können bzw. eng verzahnt sein sollten, je nach Notwendigkeit in der jeweiligen Situation.

Wenn ein Spannungsbogen in einer Erzählung oder einem Spiel überschritten wurde (z. B. das Kind müde oder lustlos wird), sollte dies akzeptiert werden und das Spiel darf dann ausklingen. Bei noch ausstehenden Fragen des Therapeuten (z. B. Wie geht der Vater mit dem Streit um?) sollte dies für das Kind unbemerkt in einem kommenden Spiel geschickt eingeflochten bzw. integriert werden (direktiv), um dann wieder offen die weitere Spielentwicklung abzuwarten (nicht-direktiv).

### **3.2.3 Edukation**

Die in der Schematherapie übliche Edukation über die Hintergründe und Abläufe der Therapie wird in dieser Alterklasse noch sehr gering gehalten. Gezielte Fragen können durchaus altersgemäß beantwortet und erläutert werden, allerdings sollte sich der Therapeut nicht verleiten lassen, mehr als gefragt zu erklären. Das Medium für Fragen und Antworten ist vorrangig das Spiel. Im Spiel offenbaren sich die Probleme, für die die besten Lösungen »erspielt« und auf Tauglichkeit überprüft werden. Auch in dieser Altersgruppe kann bereits edukative Arbeit am Kind erfolgen (für eine genauere Anleitung s. Kap. 7, Kindbezogene Techniken).

### 3.3 Schematherapiepraxis: Altersgemäße Beziehungsgestaltung und Therapiestrategien

Die schematherapeutische Behandlung eines Vorschulkindes teilt sich in einen Anteil für die Kinder und in einen für die elterlichen Bezugspersonen auf, wobei letzterer oft der größere ist (vgl. Kap. 8). Dies soll aber nicht heißen, dass Vorschulkinder nicht auch schematherapeutisch behandelt werden können, denn sowohl zur positiven und vertrauensvollen Beziehungsgestaltung als auch zur Einleitung und Durchführung von diagnostischen und therapeutischen Verfahren steht dem Therapeuten das Spiel als Mittel der Wahl zur Verfügung.

Ganz allgemein ist das Spielen in der Kindheit für die gesamte kindliche Entwicklung von zentraler Bedeutung, denn das Kind lernt im Spiel, sich mit sich selbst und seiner Umwelt auseinanderzusetzen. Somit ist das Spiel ein natürliches Mittel zur Selbstdarstellung (Axline, 2002). Ein Kind sammelt auch wichtige Erfahrungen beim Spielen, die es nicht nur auf dem Spielteppich, sondern auch in der realen Welt anwenden kann. Sowohl auf symbolischer als auch konkreter Ebene vermag es beim Spielen eigene Erfahrungen und Erlebnisse mitzuteilen (Diagnostik) und Lösungswege auszuprobieren (Therapie). Im Spiel können auch Gedanken, Gefühle, Verhaltensweisen und antizipierte Folgen bzw. Konsequenzen ohne negative Konsequenzen ausgedrückt werden («... ist ja nur ein Spiel»). Mithilfe der Protagonisten im Spiel lassen sich auch gut die Bedürfnisse des Kindes erfassen, die ja das Kernstück der Therapie darstellen. Dadurch erhalten die Bedürfnisse auf symbolischer und mit der Hilfe des Therapeuten auch auf sprachlicher Ebene einen anschaulichen und nachvollziehbaren Ausdruck. Der Therapeut unterstützt damit die eigene Wahrnehmung von Emotionen, bietet Hilfen zur Nutzung und zum Verständnis an und hebt hervor, wie die Emotionen das Gegenüber beeinflussen können, im positiven wie auch negativem Sinne. Durch die begleitende Verbalisierung des Spiels wird ferner die verbale Kompetenz des Kindes gefördert, die das Kind benötigt, um seinen Bezugspersonen unmissverständliche Informationen zu eigenen Bedürfnissen zu geben.

#### 3.3.1 Moduslandschaft eines Vorschulkindes

Zur Begrifflichkeit des Modus sind schon einige Informationen geflossen (s. Abschn. 1.3). Gemäß der kognitiven Entwicklung eines durchschnittlich intelligenten Vorschulkindes können jedoch noch keine elaborierten Modus-Modelle mit dem Kind erarbeitet werden. Es empfiehlt sich aber, weitere Akteure in das Spiel einzuführen, die einen Gefühlszustand (Modus) repräsentieren, den das Kind auch bei sich selbst benennen kann oder von dem der Therapeut annimmt, dass er für die Konfliktlösung bzw. für den Spannungsabbau beim Kind hilfreich sein könnte.

Alle altersgemäß entwickelten Kinder ab drei Jahren vermögen bereits zwischen Angst, Ärger, Trauer und Freude zu unterscheiden. Ihre kognitive Entwicklung erlaubt es ihnen auch, Zustände oder Abläufe zu imaginieren, wenngleich sie noch Probleme

haben, Fantasie und Realität zu unterscheiden (vgl. Heinrichs & Lohaus, 2011, S. 140). Wichtig in unserem Zusammenhang ist, dass sie in die schematherapeutisch relevanten kindlichen Modi – das verletzte, impulsiv-undisziplinierte, ärgerlich-wütende und glückliche Kind – eintauchen und diese durchleben können (s. Modus-Tafeln in Kap. 1; Tabellen 1.9 bis 1.12). Die Benennung der Modi darf für das Kind durchaus anders lauten: Der verletzte Anteil kann z. B. »die traurige Trude« heißen oder der impulsiv-undisziplinierte Modus »der wilde Tom«. Wichtig ist für den Therapeuten, dass er im Hinterkopf hat, welcher Modus welche Funktion übernimmt.

### Beispiel

Ein Mädchen mit Vorliebe für Kaufladenspiele könnte durch unterschiedliche »Kundentypen« animiert werden, mit ihren Modi in Kontakt zu treten, indem sie sich mit den »Kunden« auseinandersetzt. Jeder Modus sollte nach Möglichkeit eine »Stimme« bekommen, die über die modustypischen Gedanken, Gefühle, Verhaltensweisen und Bedürfnisse Auskunft gibt. Die Herausforderung besteht nun darin, auf der Spielfläche einen angemessenen Kompromiss zwischen direktiven und nicht-direktiven Einheiten zu finden: Hier obliegt es der Feinfühligkeit des Therapeuten, mit gebührender Zurückhaltung auf die Interessen und Ideen des Kindes einzugehen und gleichzeitig den konfligierenden Modi eine angemessene »Bühne« einzurichten, auf der sich eine angemessene Lösung entwickeln kann.

### 3.3.2 Anwendung von Finger- und Handpuppen

Wir schlagen für die modusgeleitete, bedürfnisorientierte Spieltherapie die Arbeit mit Hand- und Fingerpuppen vor, wobei jede Puppe für einen Gefühlszustand bzw. Modus kreierte werden muss (»Hier möchte nun der ›freche Fritz‹ mitspielen, kennst du ihn schon?«). Diese Finger- oder Handpuppen können auch tatsächlich auf einer Puppenbühne spielen, sofern sich der Therapeut ein Hand- bzw. Fingerpuppentheater anschaffen möchte.

Diese Anschaffung lohnt sich insbesondere dann, wenn das Finger- oder Handpuppenspiel zusätzlich auf Video aufgezeichnet wird und sowohl mit dem Kind als auch mit den Eltern angeschaut werden kann. Schon mit kurzen Videosequenzen, die nicht länger als fünf Minuten andauern, kann beeindruckend leicht und anschaulich dargestellt werden, was sich auf der inneren Bühne des noch kleinen Kindes für spannungsgeladene Konflikte ergeben haben. Dies verhilft vielen Eltern, eine neue Sicht auf das Problemverhalten des Kindes zu entwickeln (nicht selten in Form eines »Aha-Effekts«), und dadurch mit Bedacht und Besonnenheit kindlichem Fehlverhalten entgegenzutreten zu können.

Für das genaue Vorgehen und die Feinheiten in der Umsetzung seien die Abschnitte 7.10 und 7.11 empfohlen.