



Leseprobe aus: Loose, Graaf, Zarbock (Hrsg.), Störungsspezifische Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen, ISBN 978-3-621-28034-1
© 2015 Beltz Verlag, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28034-1>

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 hilfesuchende 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*

den Zusammenhang zwischen negativen Gedanken und Gefühlen zu erkennen. Sie werden zu einer besseren Selbstwahrnehmung angeleitet, damit sie aufkommende schlechte Stimmungen bei frühen Signalen besser kontrollieren lernen. Insbesondere die Kognitive Verhaltenstherapie entwickelte dazu eine Vielzahl verschiedener Techniken (Ihle et al., 2012).

Neben der Schematherapie (Young et al., 2008) haben sich mit der Dialektisch-Behavioralen Therapie (Linehan, 1996), der Metakognitiven Therapie (Wells & Matthews, 1994), der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (Hayes et al., 2008) und der Mindfulness-Based Stress Reduction (Kabat-Zinn, 1990) Ansätze der sog. dritten oder emotionalen Welle der Verhaltenstherapie entwickelt, die auch auf die Arbeit mit Kindern und Eltern übertragen werden (Groen & Petermann, 2011). Diese Ansätze schaffen die Distanz zum depressiven Denken und Verhalten eher durch dessen Akzeptanz im Unterschied zur primär auf Veränderung des Denkens gerichteten kognitiven Verhaltenstherapie. Der stärkere Einbezug erlebnisaktivierender emotionaler Techniken und die noch stärkere Nutzung der therapeutischen Beziehung bringen zusätzlich Möglichkeiten eines unmittelbaren Lernens und damit direkteren Zugang zu automatisierten, unbewussten Vorgängen (Greco & Hayes, 2011).

Die Kriterien einer zusätzlichen Pharmakotherapie bei schweren depressiven Störungen finden sich in den Leitlinien (Ihle et al., 2012).

4.2 Schematherapeutische Erklärungsansätze und Diagnostik

Die oben genannten Befunde zur Entstehung depressiver Störungen können mit dem Schema-Modus-Konzept gut erfasst und geordnet werden. Erklärungskonzepte der Kognitiven Verhaltenstherapie können damit erweitert und die Behandlung vor allem durch die Aktivierung des emotionalen Erlebens und einer intensivierten Biografiearbeit vertieft werden.

Schemata. Die meisten der von Young beschriebenen Schemata können auch an der Genese der Depression beteiligt sein: Durch (chronische) Frustration von Grundbedürfnissen (Bindung, Selbstwert, Lustgewinn, Autonomie) entwickeln sich Schemata wie *Verlassenheit, emotionale Entbehrung, soziale Isolation, Erfolglosigkeit/Versagen, Unzulänglichkeit/Scham, Missbrauch/Misstrauen, Abhängigkeit/Inkompetenz*. Auch sekundäre Schemata wie *Unterordnung, Aufopferung, überhöhte Standards* und *emotionale Gehemmtheit* sind vermutlich mit Depression assoziiert. Depressive Patienten verfangen sich entsprechend ihrer Schemata in negativen Gedanken und Emotionen. In ihrem häufig zu beobachtenden Grübeln bleiben sie in dysfunktionalen Kognitionen stecken, als könnten sie eine gesunde Sichtweise nur noch schwer erkennen oder gar fühlen.

Bewältigung. Schemata allein führen vermutlich nicht zur Depression, wohl aber bestimmte Formen des Zusammenwirkens und Ineinandergreifens erduldernder/unterwerfender und vermeidender Bewältigung. Wenn man eine länger andauernde Mangelsituation oder traumatische Erfahrungen und die damit verbundenen

schmerzlichen Emotionen duldet, steigt die Wahrscheinlichkeit einer depressiven Entwicklung. Der Betroffene gibt sozusagen auf, weil Angriff, Flucht oder eine Schutz bietende Annäherung unmöglich erscheinen und eine kompetente Verhaltensweise (z. B. angemessene Selbstbehauptung) nicht zur Verfügung steht. Er fügt sich in eine ausweglos erscheinende, ressourcenarme Situation. Das Schema wird gefühlt, aber als unabänderlich hingenommen. Aggressive Patienten können unter denselben Schemata leiden und zu einer entsprechend verzerrten Wahrnehmung sozialer Situationen neigen (Kusch & Petermann, 1997). Sie glauben aber an den Erfolg aggressiver Durchsetzung oder Gegenwehr, während depressive Patienten zum Rückzug tendieren. Dies ist auch bei agitierten depressiven Zuständen zu sehen, wo unterschwellige wehrhafte Impulse eher diffus als rastloser Bewegungsdrang ins Leere laufen.

Eine Depression kann aus einer erduldenen Bewältigung entstehen, vor allem in Verbindung mit Vermeiden oder auch Überkompensation (bei aggressiv auffälligen depressiven Kindern und Jugendlichen).

Modi der Überanpassung. Unterwerfung und Duldung/Fügen können sich bei entsprechendem Temperament vor allem bei Aktivierung mehrerer Schemata als neuronales Erregungsmuster ausbreiten, sodass der Betroffene gewohnheitsmäßig alles mit sich machen lässt, sich ausliefert und unterwirft, in zugespitzter Form auch aufgibt. Bestimmte Auslöser setzen diese Aktivierungszustände bzw. Modi in Gang. Auf Dauer halten sie die jeweiligen Schemata aufrecht. Die verletzten Grundbedürfnisse werden dauerhaft nicht erfüllt, wenn die gesunden Impulse zur Bedürfniserfüllung durch die übermäßige Aufgabe zurückgehalten, gehemmt werden (Antriebsminderung). Dies lässt sich auch mit der dabei erfolgten Aktivierung des parasympathischen Nervensystems begreifen, das einer bindungsorientierten Annäherung dient, im Unterschied zu der sympathischen Aktivität bei Flucht oder Kampf.

Wie im Tierreich die »freiwillige Unterordnung« dem Überleben dient, wird der Modus der Unterwerfung auch in der menschlichen Depression scheinbar bzw. kurzfristig betrachtet »funktional«. Die interaktive Bedeutung des Erdulder-Modus ist, jede Regung, die die Dominanz des Umfeldes, eines Angreifers herausfordern könnte, durch Unterordnung zu vermeiden. Zugleich erzeugt die übermäßige Anpassung und Unterordnung eine Verbundenheit mit dem Umfeld (Bindungsbedürfnis; vgl. Roediger, 2011). Im Modus der Unterordnung leidet der Betroffene zunächst stillschweigend.

Wenn sich der Patient nicht nur nach außen unterordnet (interpersoneller Vorgang), sondern sich auch innen dem eigenen Erleben fügt, sprechen wir vom Modus des Fügens und Duldens (vgl. Kap. 1). Der Patient erduldet die mit verschiedenen aktivierten Schemata (z. B. der *Entbehrung*, *Unzulänglichkeit/Scham*, *Versagen*, *Pessimismus*) verbundenen Emotionen. Er liefert sich den inneren Vorgängen ohne äußere oder innere Gegenwehr und Selbstregulation aus und verhält sich so, als seien die negativen Affekte und Selbstbewertungen begründet und wahr. Er kann allerdings Gefühle von Traurigkeit, Angst oder Scham spüren.

Zu einer resignativen Erstarrung kann es in der Folge kommen, wenn die Gefühle des verborgenen, verletzlichen Kindes unerträglich werden und z. B. Abwertungen

und Entbehrungen überhand nehmen. Dann tritt zum Erdulder-Modus ein Modus der Gefühlsvermeidung dazu (s. Tab. 1.1 in Kap. 1). Es kommt zu einem Wechselspiel aus Erdulden/Fügen und Vermeiden. In Moduskollusion greifen Modi des Vermeidens und Erduldens wie zwei Zahnräder ineinander und treten als Mischmodi auf (s. u.).

Aus der anfangs noch aktiven Vermeidung schmerzhafter Gefühle (z. B. nicht drandenken, sich ablenken, Distanzierung) entwickelt sich (bei geringen Ressourcen) im Wechselspiel mit Selbstaufgabe (Erdulden) ein zunehmend passiveres Erstarren und schließlich Dissoziieren der damit verbundenen Emotionen (Vermeidung). Die Gefühle werden dadurch nur vorübergehend abgedämpft, nicht dauerhaft erträglich. Die Grundbedürfnisse bleiben unerfüllt. Es verstärken sich Insuffizienzgefühle (verletzliches Kind), die wiederum zur verstärkten Bewältigung aus Erdulden und Vermeiden führen.

So kann z. B. zum Erdulden der *klagsame Beschützer* als Vermeidungsmodus dazu kommen, was man dann als gemeinsame Modusaktivität eines »kLAGSamen Erduldere« bezeichnen könnte. Sein demonstratives Leiden ähnelt eher einem Jammern und appelliert an Schonung, Verständnis und Zuwendung des Umfeldes. Er vermeidet den Zugang zu tieferen Gefühlen und sperrt sich gegen Veränderung und Hilfestellung – aus Angst vor den Gefahren, die mit der gesunden Selbstbehauptung verbunden erscheinen (erneute Zurückweisung, Entwertung, Verlust usw.). Man könnte dieses Modusmuster wiederum interaktiv verstehen: Das gezeigte Leiden erzeugt im Umfeld eine »Beißhemmung«. Der Depressive wird in Ruhe gelassen, entlastet oder aufgegeben. Das Vermeiden auf Basis des Erduldens hat immer weniger die schützende Potenz des »reinen« Vermeidens (distanzierter Beschützer), das u. U. über sehr lange Zeiträume einen relativen Selbstwert aufrechterhalten kann.

Modi der Gefühlsvermeidung. Eine Depression kann sich auch entwickeln, wenn Patienten Situationen oder Gefühle anhaltend vermeiden, diese Bewältigungsstrategie aber nicht mehr trägt. Dies kann geschehen, wenn die mit der Schemavermeidung verbundenen kurzfristig positiven Effekte verloren gehen (Verstärkerverlust) oder wenn die Vermeidung nicht mehr ausreichend gelingt (schmerzliche Gefühle brechen hervor). Dann ist der Patient u. U. auf das Erdulden als ressourcenärmere Alternative zurückgeworfen. Die dann stärker hervortretenden Emotionen müssen dann noch massiver im Sinne einer Gefühlsabschaltung abgedämpft werden (s. u.). In der Depression zeigen Kinder und Jugendliche verschiedene Vermeidungsmodi in Verbindung mit Unterordnung, die ihnen vorübergehend Ablenkung und Linderung negativer Gefühle verschaffen und ihnen Konflikte mit ihren Mitmenschen ersparen. Nach außen zeigen sie dabei anfangs ein relativ hohes Funktionsniveau und werden von ihren Bezugspersonen für die scheinbare Anpassung positiv verstärkt. Gefühle von Traurigkeit, Niedergeschlagenheit und Selbstzweifel werden dabei durch folgende Modi überdeckt, für die Außenwelt unsichtbar, aber auch vom eigenen Bewusstsein ferngehalten:

- ▶ distanzierter Beschützer (emotional gleichgültig, gelangweilt, bocklos)
- ▶ dissoziierter Beschützer (Tagträumer, übermäßiges Schlafen)

- ▶ klagsamer Beschützer (mit Kränkeln, Bauchschmerzen und anderen psychosomatischen Beschwerden, Klagen, Jammern)
- ▶ distanzierter Selbstberuhiger (Sucht, Selbststimulation, übermäßiges Essen, Logorrhö)

Auch die Modi *regressives Kind* (mit Anklammern und Betteln um Aufmerksamkeit) und *hyperaktiver Beschützer* (mit hypomanischer Umtriebigkeit) können Gefühle von Einsamkeit, Überforderung, Bedrohung und Unsicherheit vermeiden helfen (vgl. Zarbock et al., 2013, Tab. 1.12). Sie lösen bei Peers und Bezugspersonen zwar kurzfristige Zuwendung, mit der Zeit aber eher Ablehnung und Genervt-Sein aus (Groen & Petermann, 2011). Die Grundbedürfnisse nach sicherer Bindung, Selbstwirksamkeit und Lust bleiben jedoch weiter unerfüllt, sodass die innere Not des Kindes zunimmt.

Auf Dauer können immer größere »Abwehrmanöver« notwendig werden, um die fortwährende Frustration zu bewältigen. Die dysfunktionalen Bewältigungsmodi in ihrer Wechselwirkung und zunehmenden Verzahnung werden kurzfristig negativ verstärkt und in immer höherem Maße von den Bedürfnissen und Gefühlen des Kindes abgeschnitten bzw. dissoziiert. So werden die verzahnten Bewältigungsmodi von Erdulden und Vermeiden immer mehr zum depressiven Zustand im engeren Sinne. Erstarrung ist eine im Tierreich als Totstellreflex bekannte Überlebensstrategie und könnte als ein kurzfristig wirksames, extrem vermeidendes Aushalten bei bestehender Selbstaufgabe im Sinne von Unterwerfung betrachtet werden. Der Patient hat infolge der Vermeidung keinen Zugang mehr zu seinen Gefühlen, die Vermeidung wird auf die Spitze getrieben und Verbindungen zum verletzlichen bedürftigen Kind werden getrennt.

In der Traumaforschung spricht man passend von einer dissoziativen Abschaltung, die Betroffene subjektiv als Abstumpfen, Versanden oder inneres Absterben erleben. Dieser Schutzmechanismus hat die Funktion, die Person vor einer Überflutung mit schmerzlichen Emotionen zu schützen, um eine traumatische Situation nicht »in voller Wucht wahrnehmen zu müssen« (Sachse, 2013, S. 737). Dissoziation ist demnach eine »Notfallreaktion« des Kindes auf ein Beziehungstrauma, wenn von außen keine Beruhigung erfolgt. Zustände von Gefühlsleere, der Schwermut und Melancholie sind als übersteigerte Formen der Gefühlsvermeidung in der Verzahnung mit Erdulden verstehbar. Trübsinn oder Sinnlosigkeit steht schon vom Wortsinn her für den Verlust sinnlicher Empfindungen, den der Körper selbst herstellt, wenn diese zu bedrohlich und überflutend werden.

Einen Teil der depressiven Symptome kann man also unseres Erachtens nicht nur als Folge von Belastungen oder dysfunktionalen Gedanken, sondern auch als Versuch des Organismus interpretieren, negative Emotionen (im gefühlsvermeidenden Modus) zu regulieren – um den Preis der typisch depressiven Gefühlsarmut. Die Patienten spüren weniger Ärger oder Angst und weniger Freude, der Antrieb vermindert sich dadurch weiter. Sie unterdrücken Schmerz und Wut und machen sich dumpf und apathisch. Diese Kinder schauen einen mit ernsten und gleichgültigen Augen an.

Andere typische Symptome könnten eher als Nebenwirkungen des »depressiven Abschaltmechanismus« interpretiert bzw. vermutet werden. Die zur Gefühlsvermeidung gehörende insgesamt herabgesetzte Vitalität vermindert entsprechend auch das Denk- und Konzentrationsvermögen, erzeugt Unentschlossenheit, Hemmung und Appetitmangel. Mögliche Symptome wie Schlaflosigkeit und Agitiertsein weisen wiederum darauf hin, dass betreffende Patienten ihre Ängste und Sorgen trotz Vermeidung noch nicht beruhigen können und von tiefer, eher ungezielter Unruhe getrieben sind.

Depressive Zustände verstehen wir als extrem ausgeprägte, das lebendige Erleben des Patienten abdämpfende Vermeidungsmodi des distanzierten oder dissoziierten Beschützers oder Selbstberuhigers in Verbindung mit dulddender bzw. unterwerfender Bewältigung dysfunktionaler Schemata bzw. chronisch frustrierender Beziehungserfahrungen. Erst das Wechselspiel aus Vermeidung und Duldung/Unterwerfung führt zur Depression. Vermeidung allein kann z. B. zur Sucht oder Angststörung führen, die ohne Depression, aber oft auch kombiniert mit dieser auftreten können.

Die Abbildung 4.1 soll die verschiedenen Entwicklungspfade zur Depression mit Bezug auf die beiden Bewältigungsstrategien veranschaulichen.

Elternmodi. Eine besondere Dynamik entwickelt sich durch Modi, die als fordernde oder strafende Elternanteile verinnerlicht wurden. Bei Kindern mit entwertenden und fordernden Eltern (auch Geschwistern oder Peers!) wird der ursprünglich äußere Druck (Antreiber oder Bestrafer) zu einem inneren Anteil. Zunächst versucht das erduldende Kind, Forderungen aufopfernd und in vorausweisendem Gehorsam zu erfüllen (Dulden, Anbieten oder Unterordnen). In einem oft ressourcenarmen Umfeld fordert es keine Hilfe (mehr) ein (»Ich muss es allein schaffen«), überfordert sich selbst, strengt sich übermäßig oder bis zur Erschöpfung an. Kleine Misserfolge oder Missgeschicke aktivieren verschiedene Schemata (Versagen, Unzulänglichkeit, Isolation) und strafende oder fordernde Elternmodi mit Selbstanklagen bis hin zu Selbstverletzungen oder Suizidalität. Bei massiv entwertenden und körperlich misshandelnden Bezugspersonen (auch Peers) verinnerlicht das Kind diese bedrohlichen Eigenschaften als Täteranteil im Sinne einer Identifikation mit dem Aggressor. Zu einer Verinnerlichung strafender und fordernder Elternteile kann es auch kommen, wenn die Eltern dazu neigen, sich selbst abzuwerten und/oder zu überfordern. Dann übernimmt das Kind Selbstüberforderung und Selbstabwertung über Modelllernen in den eigenen Elternmodus.

Massive Selbstkritik, Schuldgefühle und Suizidimpulse gehören im Modell zum Modus fordernder und/oder strafender Eltern/Bezugspersonen.

Schnelle Moduswechsel sind bei stark negativen Elternmodi dieser Art häufig. Das Kind oder der Jugendliche »kippt« von einem sehr gespannten Zustand mit Selbstbeschimpfung in einen starren resignativen (Erdulder- oder distanzierten Beschützer-)Modus oder in einen der bekannten Kindmodi.

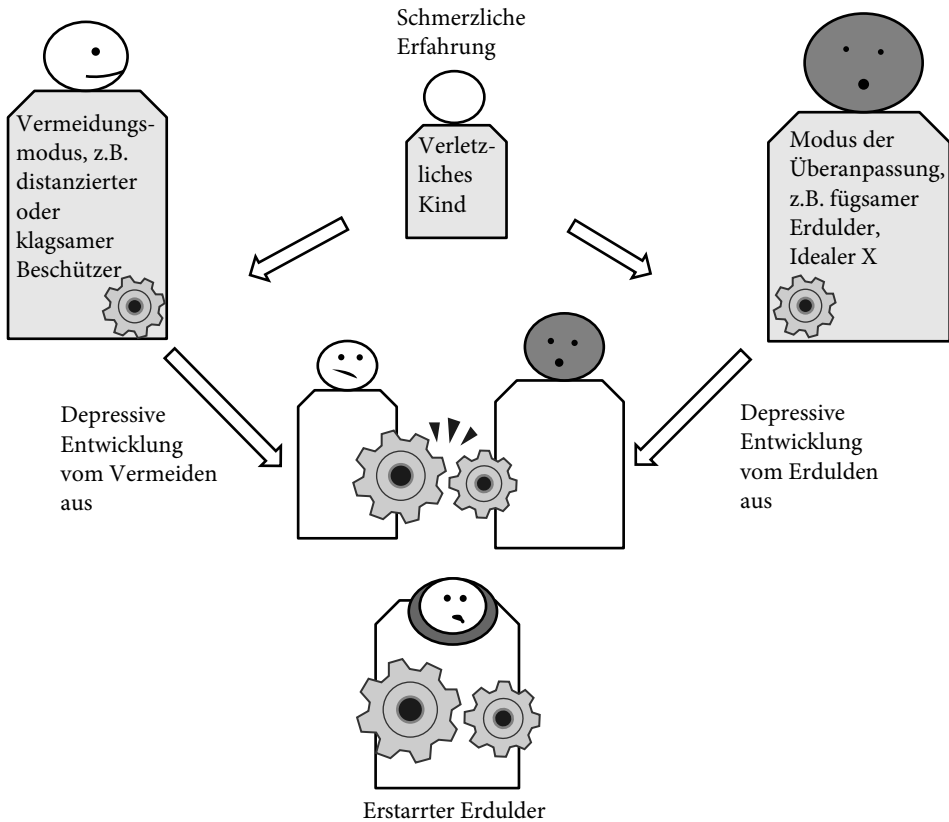


Abbildung 4.1 Entwicklungspfade zur Depression

Kindmodi. Der Patient gerät angesichts der frustrierten Grundbedürfnisse leicht in den Modus des verletzlichen Kindes. In diesem Modus fühlt er sich unzulänglich oder überfordert, einsam oder im Stich gelassen, isoliert oder ängstlich. Wenn sich nach lang anhaltender Duldung Ärger und Zorn aufstauen und sich im Modus des wütenden Kindes Bahn brechen, können sie erschreckend oder verletzend werden. Derlei Wutausbrüche sind dann Trigger für massive Selbstabwertung im strafenden Elternmodus. Weitere Forderungen, es in Zukunft besser zu machen, erhöhen den Spannungszustand und machen erneute Wutentladung wahrscheinlich. Dadurch verschärft sich die depressive Dynamik mit weiter zunehmendem Versagen bis hin zum Selbsthass (»Ich bin Scheiße«, »Auf der Skala von 0 bis 10 bin ich bei minus 10«, »Ich kann nichts«) mit Selbstverletzungen und/oder Suizidversuchen. Dieses Aufschaukeln von Wut und Schuld kann man als depressive Wippe bezeichnen, analog der von Roediger (2011) so genannten Schuld-Wut-Wippe. Im frühen Kindesalter tritt dieser Modus wie verschmolzen mit dem sich entwickelnden Selbstbild auf, dann weniger als »innere Stimme« denn als negatives Grundgefühl (Leitaffekte, vgl. Zarbock & Zens, 2011).

Der Modus des glücklichen Kindes ist bei depressiven Patienten verkümmert oder angesichts fordernder bzw. strafender Elternmodi unterdrückt.

Modi der Überkompensation. Bei depressiven Patienten finden wir (außer bei der kombinierten Störung F92.0) seltener überkompensierende Modi, am ehesten noch den *zwanhaften Kontrolleur*. Allerdings beobachten wir bei Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens oder ADHS, die im Zuge ihrer primären Störung zur Überkompensation neigen, gehäuft depressive Symptome auch als Folge ihres aggressiven oder impulsiven Verhaltens. Sie entwickeln Unzulänglichkeits-, Schuld- und Versagensgefühle angesichts des von ihnen selbst ausgelösten Unrechts – ohne dass hier übermäßig strafende oder fordernde Eltern am Werk sein müssen. Allein die bei ADHS-Kindern extreme Häufigkeit kritischer Rückmeldungen aus der Umwelt kann leicht zu schwer erträglichen Selbstzweifeln und Unzulänglichkeitsgefühlen führen, die wiederum mit Selbstanklagen, depressiv oder wieder aggressiv bewältigt werden. Diese Beobachtung passt zu den Befunden zur Epidemiologie bei Depressionen, wonach komorbide Störungen wie ADHS und Störungen des Sozialverhaltens im Entwicklungsverlauf meist vor (!) der Depression auftreten (Groen & Petermann, 2011).

Modus Kompetentes Kind/Gesunder Heranwachsender. In der Literatur wird immer wieder ein Mangel an sozialen bzw. Problemlösungskompetenzen als mitverursachender Faktor bei der Entwicklung einer Depression gesehen. In der schematherapeutischen Begrifflichkeit ordnen wir diese Funktion dem Modus des kompetenten Kindes zu. Dieser Clever-Modus ist auch aus unserer klinischen Erfahrung bei depressiven (aber auch aggressiven Patienten) oft unterentwickelt oder zumindest ungeübt und braucht entsprechende Anleitung.

Zusammenfassend kann man vereinfacht dargestellt die unterschiedlichen Manifestationsebenen einer depressiven Episode gemäß ICD-10 folgendermaßen aufschlüsseln und den Bewältigungsmodi zuordnen.

- (1) verminderter Antrieb: Erduldung, Unterordnung, oder auch Folge der Vermeidung
- (2) Interessenverlust: Vermeidungsmodus
- (3) innere Leere, Gefühlslosigkeit: Vermeidungsmodus
- (4) depressive Stimmung: Erduldung der Schemaauslösung bei Unzulänglichkeit/Scham, Versagen, Pessimismus
- (5) negatives Selbstwertgefühl: strafende Elternstimmen nach innen
- (6) Schuldgefühle: strafende oder moralisch fordernde Eltern
- (7) Suizidimpulse: strafende Eltern (z. T. auch Vermeidung)
- (8) Konzentrationsstörungen: Vermeidungsmodus oder Resultat neurobiologischer Regulationsprobleme
- (9) Schlafstörungen: Resultat neurobiologischer Regulationsprobleme

Unter systemischen Gesichtspunkten lässt sich eine kindliche Depression schließlich als Ergebnis von Kollusionen (Loose et al., 2013) kindlicher und elterlicher Schemata und Modi verstehen, die unter ungünstigen Lebensbedingungen und Beteiligung

biologischer Vulnerabilität auf beiden Seiten entstehen kann. Zu klassischen Moduskonstellationen verweisen wir auf Graaf (2013).

Bei depressiven Kindern sind die typischen Bewältigungsmuster der Vermeidung und Duldung im Familiensystem (zunächst) funktional: Das Kind hält durch Duldung die Bindung an wenig feinfühligere Bezugspersonen aufrecht. Es vermeidet Gefühle, um nicht in Konflikt zu geraten.

Bei Eltern depressiver Kinder spielen Schuldgefühle oft eine bedeutsame Rolle (Groen & Petermann, 2011). Sie begünstigen Nachgiebigkeit und Überfürsorge als ungünstige Verstärkungsmuster.

Typische bei der Depression auftretende, z. T. verzahnte Modi:

- ▶ verletzliches und wütendes Kind
- ▶ strafende oder fordernde Elternmodi
- ▶ Bewältigungsmodi – gemischt oder im Wechselspiel
 - (1) »Idealer X, Unterordner, Pflichterfüller, Angepasster« (reiner Erdulder)
 - (2) »Hilf-mir, mir ist nicht zu helfen-Klagender X« (klagsamer Erdulder): verzahnt aus klagsamer Beschützer und Erdulder)
 - (3) »Getriebener X, der unruhige, aufgewühlte X« (hyperaktiver Erdulder) verzahnt aus Erdulder und hyperaktiver Beschützer, agitiertes Erscheinungsbild der Depression
 - (4) »Meckerer, Schlechtmacher« (ärgerlicher Erdulder): verzahnt aus Erdulder und ärgerlicher Beschützer, passiv aggressiv
 - (5) »Erstarrter X, Aufgeber, Überlasser, kraftloser gefühlsleerer Erdulder« (distanzierter Erdulder): verzahnt aus extrem distanzierendem Beschützer und Dulder

Das Ausmaß an Aktivität und körperlicher Kraft nimmt dabei von 1 zu 5 immer mehr ab, bzw. drückt sich nur noch in passiver Anspannung, Blockade und Erstarrung aus.

Schematherapeutische Diagnostik

In der allgemeinen Depressionsdiagnostik werden (unter Zuhilfenahme spezifischer Symptomchecklisten) die Symptome erfasst und deren Verlauf und Dauer beobachtet. Die Erfassung von Ressourcen gehört zum Standard (Klemen, 2003). Leitlinien für die Depressionsdiagnostik finden sich bei Ihle et al. (2012).

Ziel der diagnostischen Bemühungen ist, begründete Hypothesen über die hinter den Bewältigungsmodi (v. a. dem Erdulder-Modus), bestehende Grundbedürftigkeit des Kindes zu erfassen. Dazu werden die symptomatischen Verhaltensweisen den jeweils relevanten Bewältigungsmodi zugeordnet. Strafende und fordernde Anteile werden als innere »Selbstbestrafer« bzw. »Kritiker« gekennzeichnet und damit der implizite Druck explizit gemacht. Explorative Elemente aus der Kognitiven Verhaltenstherapie (Mikroanalysen u. a.) werden dazu durch imaginative und darstellende Techniken ergänzt. Aus der Anamnese, der Schemaerfassung mit Fragebögen (YSQ für die Eltern; Loose et al., 2013), der Analyse konkreter Situationen mit Schemaaktivierung (z. B. in Imaginationen oder Spielsituationen), der Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion und in der therapeutischen Beziehung werden die einzelnen Modi herausgearbeitet. Je nach Alter und Ansprechbarkeit des Patienten und der Eltern

werden Finger- oder Handpuppen eingesetzt, um Modi be»greif«bar zu machen. Besonders für Kinder ist das Arbeiten mit inneren Teilen unproblematisch. Bei Jugendlichen und/oder den Eltern kann auch die sog. Modus-Landkarte (Graaf, 2013; Eckardt, 2013; Roediger, 2011) zum Einsatz kommen. Wir nutzen auch das Familienbrett (Ludewig & Wilken, 2000), um ausgehend von den mit Holzfiguren aufgestellten bestimmten interpersonellen Konflikten und Beziehungen in der Familie die jeweils bei den Beteiligten aktivierten Modi herauszustellen. Dadurch wird deutlich, dass die aus der kindlichen Not entstandenen Überlebensreflexe (Bewältigungsmodi) in der Interaktion mit auftretenden verinnerlichten Antreibern/Kritikern (Elternmodi) bei Eltern und Kind entstehen und aufrechterhalten werden, wie wenig die kindlichen Bedürfnisse (wie auch die der Eltern [Kindmodi]) angesprochen werden und wie sie durch die Bewältigungsmodi auf der Strecke bleiben (Graaf & Loose, 2013; Eckardt, 2012). Mit Jugendlichen können auch Comics gestaltet werden. Durch Moduslandkarten (Graaf, 2013; Roediger, 2011) für die Eltern werden Moduskollusionen deutlich.

4.3 Schematherapeutische Ansätze

Schematherapie kann als integratives Konzept viele Ansätze der Kognitiven Verhaltenstherapie auch für die Kindertherapie wirkungsvoll einbeziehen. Die Schematherapie erleichtert nach unseren Erfahrungen den Zugang auch für depressive Kinder und Jugendliche und kann durch ihre emotionsaktivierenden Interventionen festgefahrene Muster auflösen helfen.

4.3.1 Ziel- und Motivationsklärung

Depressive Kinder und Jugendliche kommen meist sehr skeptisch zur Therapie. Sie befürchten weitere, nicht erfüllbare Anforderungen und vermeiden daher wenn möglich den Kontakt zum Therapeuten. Trotz großem Leidensdruck ist ihre Erwartung, dass die Therapie eine Hilfe sein könnte, häufig sehr gering. Auch sind die Patienten leicht zu enttäuschen, da sie Misserfolge im depressiven Kontext als ihr Versagen interpretieren. Sie schätzen ihre Veränderungsmöglichkeit als schlecht ein und kommen häufig aus Umständen, die keinen adäquaten Zugang zu alternativen Modellen oder Ermutigungsmöglichkeiten bieten, die durch sozialen Rückzug und Aufgabe von Vorlieben und Hobbys noch weiter depriviert sind. Zudem erschweren häufig Scham- und Schuldgefühle das Sprechen über ihre Störung. Meist fällt eine Depression erst auf, wenn sie sich schon zugespitzt hat, und führt daher spät zur Therapie. Die Vorgeschichte wird im Umfeld als relativ gute Anpassung wahrgenommen. Dass die wahrgenommene Störung (z. B. durch einsetzende körperliche Beschwerden) z. T. subjektiv plötzlich einsetzt (vgl. z. B. Müller-Röhrich et al., 2007; S. 2; s. a. Hell, 2012, zum sog. Kindling-Effekt bei Rezidiven) oder sich plötzlich zuspitzt und dann häufig körperlich-physiologisch geprägt ist, nimmt der Betroffene als