

# **Schematherapie Rating Skala für Kinder und Jugendliche (STRS-CA)**

**Aus: Schema Therapist Competency Rating Scale for Children**

**für individuelle Therapiesitzungen**

**Therapeut:**

Video

**Beurteiler:**

Tonband

**Datum der Sitzung:**

Direkte Beobachtung

Anweisung: Für jedes Item ist der Therapeut auf einer Skala von 0 bis 6 zu bewerten und die Bewertung ist auf die Linie vor der Item-Nr. einzutragen. Für gradzahlige Skalenpunkte sind Beschreibungen vorgegeben. Wenn Sie glauben, dass der Therapeut zwischen zwei Beschreibungen fällt, wählen Sie bitte die dazwischen liegende ungerade Zahl (1, 3, 5). Zum Beispiel: Wenn der Therapeut besser ist als die Beschreibung für 4, aber nicht so gut wie die Beschreibung für 6, ordnen Sie bitte ein Rating von 5 zu. Falls die Beschreibungen gelegentlich für ein gegebenes Item für die Sitzung nicht zutreffend erscheinen, die Sie gerade beurteilen, beachten Sie sie bitte nicht und benutzen die unten angegebene allgemeinere Skala:

0	1	2	3	4	5	6
Sehr unvollkommen	Unvollkommen	Unbefriedigend	Angemessen	gut	sehr gut	Hervorragend

Bitte lassen Sie kein Item unausgefüllt. Bitte konzentrieren Sie sich bei allen Items auf die Fähigkeiten (Teil 1) und Fertigkeit (Teile 2 und 3) des Therapeuten und berücksichtigen Sie dabei, wie schwierig das Kind zu sein scheint. Benutzen Sie die Möglichkeit des N/A (Nicht anwendbar) nur, wenn Ihnen dies für das Item, welches sie beurteilen, angeboten wird. (Benutzen Sie diese Beurteilungs-Skala nicht für sehr frühe oder Abschlusssitzungen).

## **TEIL I. GENERELLE THERAPEUTISCHE FÄHIGKEITEN**

### **1. BEGRENZTE ELTERLICHE FÜRSORGE (LIMITED REPARING)**

Begrenzte elterliche Fürsorge (limited reparing) beinhaltet, dass der Therapeut zentrale Bedürfnisse des Kindes, die in der Vergangenheit nicht beantwortet wurden (oder in der Gegenwart nicht beantwortet werden), innerhalb der angemessenen Grenzen der therapeutischen Beziehung unmittelbar befriedigt. Begrenzte elterliche Fürsorge für das Kind beinhaltet Wärme, Akzeptanz, nonverbalen Ausdruck von Fürsorge, Validierung, Autonomiegewährung, Grenzen setzen, genauso wie andere Verhaltensweisen, die sich auf unbefriedigte Bedürfnisse beziehen. Um mit 5 oder 6 zu punkten, muss der Therapeut in der begrenzten elterlichen Fürsorge über die übliche therapeutische Fürsorge und Wärme hinausgehen.

- 0 Verhielt sich in einer Weise, die das Kind verletzt hat (wie zu kritisieren, zurückzuweisen oder zu provozieren); oder engagierte sich überhaupt nicht in irgendeiner Form von gesunder begrenzter elterlicher Fürsorge (d.h. Wärme oder Fürsorge waren abwesend.)
- 2 Etwas begrenzte elterliche Fürsorge, aber minimal. Verletzte zwar das Kind nicht, aber hatte bedeutsame Schwierigkeiten, die zentralen emotionalen Bedürfnisse des Kindes zu beantworten (z. B. war kalt, distanziert oder invalidierend).
- 4 Er schaffte es gut, die meisten zentralen Bedürfnisse des Kindes zu beantworten, aber demonstrierte keine begrenzte elterliche Fürsorge, die weiter ging als die Fürsorge, die ein warmer, mitfühlender Therapeut vieler anderer therapeutische Ansätze gezeigt hätte.
- 6 Hervorragende und angemessene begrenzte elterliche Fürsorge. Ging über die übliche Wärme und Fürsorge bei der Beantwortung zentraler Bedürfnisse des Kindes hinaus (z. B. gab er extra Therapiezeit, wenn benötigt, machte Telefonanrufe, kleine Geschenke, berichtete über sich selbst (self-disclosed), gab Übergangsobjekte).

*Ausschlüsse: Dieses Item bezieht sich nicht auf die Fähigkeit des Therapeuten, mit dem Kind mitzufühlen oder es zu verstehen, da diese Fertigkeiten in Item 2 abgedeckt werden. Wenn begrenzte elterliche Fürsorge durch Imagination angeboten wird, so sollte dies unter den emotions-fokussierten Veränderungstechniken (Item 11) bewertet und nicht als Teil dieses Items beurteilt werden.*

## **2. VERSTEHEN UND EINSTIMMUNG**

- 0 Wiederholt verfehlte der Therapeut es zu verstehen, was das Kind ausdrücklich sagte und bekam so kontinuierlich nicht mit, um was es ging. Sehr schlechte empathische Fähigkeiten.
- 2 Der Therapeut konnte in der Regel widerspiegeln oder reformulieren, was das Kind explizit sagte, aber er versäumte wiederholt, auf subtilere Mitteilungen einzugehen. Begrenzte Fähigkeit zuzuhören und mitzufühlen.
- 4 Gute Fähigkeiten zuzuhören und mitzufühlen. Der Therapeut schien in der Regel die innere Realität des Kindes zu verstehen, sowohl wie sie in dem, was das Kind offensichtlich sagte, als auch wie sie in dem, was das Kind auf subtileren Wegen mitteilte, widerspiegelt wurde.
- 6 Hervorragende Fähigkeiten zu verstehen und mitzufühlen. Der Therapeut schien die innere Realität des Kindes allzeit zu verstehen und war fähig, dieses Verständnis durch angemessene verbale und non-verbale Antworten dem Kind gegenüber zu vermitteln (z. B. der Tonfall der Antwort des Therapeuten war auf den gefühlsmäßigen Zustand des Kindes abgestimmt)

Ausschluss: Dieses Item bezieht sich auf den Grad der Empathie und des Verstehens des Therapeuten, aber es beinhaltet nicht Wärme, Fürsorge und andere Aspekte der begrenzten elterlichen Fürsorge des oben stehenden Item 1.

## **3. ZUSAMMENARBEIT, FEEDBACK & SITZUNGSFOKUS**

- 0 Der Therapeut arbeitete nicht mit dem Kind zusammen. Er etablierte keinen Sitzungsfokus oder er fragte nicht nach Feedback über die Sitzung oder die therapeutische Beziehung.

- 2 Der Therapeut bemühte sich, mit dem Kind zusammenzuarbeiten, hatte aber deutliche Schwierigkeiten, ein Problem zu definieren, welches für das Kind wichtig schien oder eine Arbeitsbeziehung mit dem Kind zu etablieren oder aber nach Feedback zu fragen.
- 4 Dem Therapeuten gelang es gut, mit dem Kind zusammen zu arbeiten: Auf ein Problem zu fokussieren, welches sowohl vom Patienten wie auch vom Therapeuten als wichtig erachtet wurde, eine gute Arbeitsbeziehung aufzubauen und generelles Feedback zu erfragen.
- 6 Die Zusammenarbeit schien hervorragend. Neben der Einigkeit über den Fokus und einer sehr guten Beziehung ermutigte der Therapeut das Kind zusätzlich, so weit wie möglich, eine aktive Rolle während der Sitzung einzunehmen (z. B. indem er Wahlmöglichkeiten offerierte), so dass beide als Team arbeiten konnten. Der Therapeut holte geschickt Feedback ein, spürte wie das Kind auf die Sitzung reagierte und konnte seine Herangehensweise für die weitere Zusammenarbeit anpassen.

#### **4. THERAPEUTISCHE BALANCE, FLEXIBILITÄT UND BEHUTSAME KONFRONTATION MIT PROBLEMEN**

Der Therapeut demonstrierte eine balancierte (dialektische) und flexible Herangehensweise in seinem Stil der Therapie, die angemessen für die Bedürfnis- und Stimmungslage des Kindes wie für die Sitzungsziele war. Z. B. konnte der Therapeut Folgendes verbinden: Behutsamkeit mit Konfrontation, direktiv sein mit weniger direktiv sein, die Dinge laufen zu lassen mit Drängen, Ausdrucksfreiheit zu erlauben mit dem gleichzeitigen Setzen von Grenzen und Emotionen mit altersentsprechender Rationalität.

N/A: Die Behandlungsstunde war ausschließlich dem Beziehungsaufbau gewidmet; eine Konfrontation mit Problemen oder das Ansprechen von anderen belastenden Themen war nicht sinnvoll.

- 0 Der Therapeut versäumte es, eine balancierte flexible Herangehensweise in vielen wichtigen Aspekten seines Verhaltens zu benutzen (z. B. wirkte er rigide, überstark konfrontierend, zu passiv, zu dominierend, zu rational oder zu einschränkend). Dieser Mangel an Balance war deutlich schädigend für die gesamte Sitzung.
- 2 Der Therapeut schien in gewisser Hinsicht (dialektisch) balanciert zu sein, aber war nicht in der Lage, flexibel in einen oder zwei wichtigen Herangehensweisen zu sein, was insgesamt die Nützlichkeit (das Helfende) der Sitzung negativ beeinflusste.
- 4 Dem Therapeuten gelang es gut, verschiedene Elemente seines therapeutischen Herangehens zu balancieren. Trotzdem erschien der Stil nicht optimal für dieses spezifische Kind zu sein. Der Therapeut ließ die Balance in einem oder mehreren weniger wichtigen Bereichen vermissen. Trotzdem reduzierte diese Begrenzung die Nützlichkeit (das Helfende) der Sitzung nicht wesentlich.
- 6 Der Therapeut kann hervorragend einen balancierten therapeutischen Stil aufrechterhalten und zeigt eine optimale Ausprägung der Flexibilität bei der Anpassung seines Stiles an die spezifischen Bedürfnisse und Gefühle dieses Kindes während der ganzen Sitzung.

## **5. SELBSTVERTRAUEN, GELASSENHEIT, AUTHENTIZITÄT UND ZUVERSICHT DES THERAPEUTEN**

Der Therapeut schien ein gesundes Selbstvertrauen in seine eigenen Fähigkeiten zu haben. Er wirkte nicht ängstlich oder unsicher. Er konnte eine klare Idee über die Richtung der Sitzung vermitteln. Er wirkte nicht unangemessen selbstbewusst, selbstbezogen oder dominant. Er respektierte das Kind und trat ihm freundlich und wohlwollend gegenüber. Es gab keine Versuche zu beeindrucken oder durch ein zu starkes Bemühen zu gefallen. Er spielte nicht die Rolle eines Therapeuten, sondern er schien zufrieden zu sein und sich wohl damit zu fühlen, er oder sie selbst zu sein.

0 Der Therapeut schien extrem unsicher, ihm mangelte es an Selbstvertrauen oder er wirkte selbstherrlich. Er schien entweder zu ängstlich zu sein oder überzogen selbstbewusst, oder er übernahm keine Kontrolle über die Richtung der Sitzung.

2 Der Therapeut hatte deutliche Schwierigkeiten, entspannt und sicher zu erscheinen oder die Richtung anzugeben. Er vermittelte den Eindruck, entweder zu bemüht, zu passiv oder zu selbstbezogen zu sein.

4 Dem Therapeuten gelang es gut, seine eigene Selbstsicherheit zu vermitteln und eine Richtung der Sitzung anzugeben. Er wirkt generell entspannt, anstatt unsicher oder bemüht zu beeindrucken.

6 Der Therapeut zeigte optimale Ausprägungen von Selbstvertrauen, Gelassenheit und innerer Sicherheit. Er gab eine hilfreiche Richtung in einer angemessenen Weise vor. Insbesondere wirkt der Therapeut natürlich und spontan als er selbst seiend, anstatt dass es den Anschein hatte, er folge Standardregeln über das, wie ein guter Therapeut sein oder was er tun sollte. Er vermittelte ein Klima der Vertraulichkeit, in dem auch Dinge angesprochen werden können, ohne dass es die elterlichen Bezugspersonen erfahren müssen.

## **TEIL II KONZEPTUALISIERUNG UND EDUKATION**

### **6. SCHEMAEXPLORATION UND DIAGNOSTISCHE EINSCHÄTZUNG**

Durch einen Prozess der Exploration und der Messung versucht der Therapeut, die Probleme des Kindes und die zu Grunde liegenden Themen und Muster in Modus- und/oder Schematermini zu konzeptualisieren. Durch gekanntes Nachfragen, (einführendes) Verstehen gegenwärtiger Lebenserfahrungen und durch die Interpretation der diagnostischen Ergebnisse identifiziert der Therapeut die relevanten Modi und/oder Schemata und Bewältigungsstile.

N/A Der Therapeut war nicht mit der Modus- oder Schemaexploration bzw. der diagnostischen Einschätzung beschäftigt. Diese waren aber auch nicht notwendig oder nicht angemessen für diese spezifische Sitzung.

0 Der Therapeut versäumte es, Modi und/oder Schemata zu explorieren oder einzuschätzen, obwohl dieser Prozess notwendig oder höchst wünschenswert für die Effektivität dieser Sitzung gewesen wäre.

2 Der Therapeut machte einige Versuche, Modi und/oder Schemata zu explorieren oder einzuschätzen, stellte aber die Fragen nicht in einer kindgerechten Weise, benutzte die diagnostischen Möglichkeiten nicht korrekt oder integrierte die Informationen nicht in einer hilfreichen Weise. Somit war die Modus- bzw. Schemakonzeptualisierung fehlerhaft, unvollständig oder passte nicht in einer kohärenten Weise zueinander.

4 Dem Therapeuten gelang es gut, die Probleme des Kindes in Modus- und/oder Schematermini zu konzeptualisieren. Der Therapeut benutzte Nachfragen, diagnostische Methoden oder die Lebenserfahrung des Kindes, um eine hilfreiche und zutreffende Konzeptualisierung zu entwickeln.

6 Hervorragende Modus- und/oder Schemaexploration und Einschätzung. Der Therapeut verhielt sich sehr gekonnt im Sammeln von Informationen, beim Stellen von Fragen, der Anwendung der diagnostischen Methoden und/oder in der Befragung der bisherigen kindlichen Lebenserfahrung. Der Therapeut zeigte bemerkenswerte Einsicht und die Fähigkeit, vielfältige Informationen zu einem einheitlichen Konzept zusammen zu fassen, das für dieses Kind maßgeschneidert war.

*Ausschluss: Dieses Item beinhaltet nicht die Diskussion der in der Kindheit liegenden Ursachen der Probleme, den Gebrauch von Kindheitsimaginationen oder die Untersuchung der therapeutischen Beziehung zur diagnostischen Einschätzung. Diese werden in Item 8 beurteilt. Dieses Item beinhaltet nicht die Edukation des Kindes über die Modus- oder Schema-Konzeptualisierung, die in Item 7 beurteilt wird.*

## 7. SCHEMAEDUKATION UND LABELING

Der Therapeut erarbeitet mit dem Kind zusammen ein Störungsmodell mit Modus- und/oder Schematermini, um seine gegenwärtigen Probleme vor dem Hintergrund dysfunktionaler Modi und maladaptiver Schemata zu beleuchten. Aufkommende kognitive, emotionale, körperbezogene und behaviorale Muster und Fehlwahrnehmungen werden innerhalb der Psychoedukation kindgerecht vermittelt. Der Therapeut benennt Modi, ggfs. Schemata und Bewältigungsstile sowie Kernbedürfnisse des Kindes, wenn sie auftauchen. Der Therapeut vermittelt diese Konzepte wirksam in einer Weise, die das Kind klar verstehen kann.

0 Der Therapeut klärte das Kind gar nicht oder völlig unangemessen über seine Probleme auf; die Modi, Schemata, Bewältigungsstile und Kernbedürfnisse wurden auch nicht benannt, wenn sie auftauchten.

2 Der Therapeut versuchte nicht, das Kind über seine Probleme kindgerecht aufzuklären die Konzepte der Modus- oder Schemabezeichnungen wurden zudem inkorrekt erklärt. Der Therapeut verwandte keine Modus- oder Schematermini oder er erklärte die Konzepte nicht auf eine Art und Weise, die das Kind klar zu verstehen schien.

4 Dem Therapeuten gelang es gut, dem Kind ein Verständnis für seine Problematik zu vermitteln oder im symbolischen Spiel stellvertretend anhand von Figurendarzustellen. Er erklärte diese Probleme erfolgreich, indem er modus- und schemabasierte Bezeichnungen benutzte und er vermochte diese Informationen so aufzuarbeiten, dass das Kind diese verstehen konnte. Der Therapeut hätte aber noch geschickter in der Erarbeitung und Erklärung der Probleme des Kindes oder aber im Gebrauch der Modus- und Schematerminologie sein können.

6 Dem Therapeuten gelang es in hervorragender Weise, ein Verständnis für seine Problematik zu vermitteln oder im symbolischen Spiel stellvertretend anhand von Figurendarstellungen. Er erklärte diese Probleme (oder machte diese beim Vorschulkind im dramaturgischen Spiel deutlich), indem er angemessene Modus- und Schemabezeichnungen benutzte und diese Information sehr gekonnt in einer Weise mitteilte, die das Kind einfach verstehen und auf die es sich einfach beziehen konnte. Es lag ein hohes Maß an pädagogischen Fähigkeiten auf Seiten des Therapeuten vor.

## 8. VERKNÜPFUNG SCHEMABASIERTER SITUATIONEN

Der Therapeut verknüpft (bei Kindern bis zum Alter von 5-6 Jahren sehr begrenzt bzw. indirekt über Spielhandlungen) unterschiedliche Lebenssituationen oder Lebensereignisse – vergangen oder gegenwärtig-, die die gleichen zu Grunde liegenden Modi und/oder Schemata, Bewältigungsstile und Verhaltensweisen haben. Am häufigsten kommen Verknüpfungen zwischen gegenwärtigen Lebensproblemen, frühere Lebenssituationen oder Interaktion in der therapeutischen Beziehung vor. Die Verknüpfung kann durch Imagination, Zeichnungen und Fragen hergestellt werden. Das Kind wird ermutigt, ähnliche Situationen zu identifizieren und wenn möglich Gemeinsamkeiten auf Modus- und /oder Schemaebene zu benennen.

0 Der Therapeut versuchte nicht, Lebensereignisse zu verknüpfen, die gemeinsame modus- oder schemabasierte Themen teilen.

2 Der Therapeut versuchte modus- oder schemabasierte Ereignisse zu verknüpfen, aber die Verknüpfungen waren unzutreffend oder fanden beim Kind keinen Widerhall oder wurden in einer Weise erklärt, dass das Kind nicht verstehen konnte, wie die Ereignisse miteinander verknüpft sind.

4 Dem Therapeuten gelang es gut, modus- oder schemabasierte Lebensereignisse zu verknüpfen. Aber die Verknüpfungen hätten zentraler für die Lebensprobleme des Kindes sein können oder hätten dem Kind effektiver erklärt werden können (z. B. hätte er Hand- oder Fingerpuppen oder Modus-Zeichnungen benutzen können, anstatt die Verbindungen nur verbal zu benennen).

6 Dem Therapeuten gelang es hervorragend, die Lebensereignisse zu verknüpfen, die ein gemeinsames modus- oder schemabasiertes Thema haben. Die Verknüpfungen waren für die gegenwärtigen Probleme des Kindes zentral und wurden dem Kind erklärt oder in Spielhandlungen präsentiert, indem die wirksamsten Techniken und die verständlichste Sprache (z.B. des Spiels) benutzt wurden.

## TEIL III MODUS- UND SCHEMAVERÄNDERUNG

### 9. Strategien zur Veränderung von Modi und Schemata

Der Therapeut sollte eine klare Strategie haben, um mit den gegenwärtigen Problemen des Kindes Fortschritte zu machen. Es sollte für den Beurteiler klar sein, dass der Therapeut das Kind in einer zusammenhängenden und stimmigen Weise in Richtung Modus- und/oder Schemaveränderung führt. Der Therapeut muss Strategien benutzen, die dem Alter angemessen und vielversprechend erscheinen, dem Kind bei der Veränderung zu helfen und diese Strategien müssen zusätzlich aus der Schematherapie stammen. Z. B.: Der Therapeut erkennt, dass das Kind im verletzten Kind-Modus ist,

der durch den Tadel seiner Lehrerin aktiviert wurde; er benutzt in der Folge die Imagination, um das Kind in dieser Situation mit begrenzter elterlicher Fürsorge zu begleiten. Der Therapeut hätte auch einige andere Veränderungsstrategien in dieser Situation benutzen können, wie das Unterbrechen von Verhaltensmustern in Rollenspielen, Stuhldialoge, kognitive Umstrukturierung oder die therapeutische Beziehung, und er würde dann genauso hoch bewertet werden, sofern die Strategie angemessen und vielversprechend war.

N/A Der Therapeut versuchte nicht, irgendeine Modus- oder Schemaveränderung während dieser Sitzung hervorzubringen (z. B.: Der Fokus der Sitzung war ausschließlich auf die diagnostische Einschätzung oder das Bindungsverhalten in der Beziehung gerichtet.). Daher war es angemessen, dass der Therapeut keine Modus- oder Schemaveränderung in dieser Sitzung versuchte.

0 Der Therapeut zeigte entweder überhaupt keine klar erkennbare Strategie zur Veränderung oder gebrauchte keine Strategien, die aus der Schematherapie stammen (d.h., die therapeutische Herangehensweise war zu unspezifisch oder zu allgemein-psychotherapeutisch, in dem Sinne, dass sie typisch für viele andere Therapieansätze hätte sein können).

2 Der Therapeut hatte eine Strategie für Veränderungen und benutzte schematherapeutische Techniken. Trotzdem war die Strategie vage und unzusammenhängend; oder die Strategie und die Techniken schienen für die Probleme des Kindes in dieser Sitzung nicht angemessen zu sein.

4 Der Therapeut schien eine gute und zusammenhängende Strategie für Veränderung zu haben, die nachvollziehbaren Erfolg versprach und schematherapeutische Techniken beinhaltet. Trotzdem hätte der Therapeut entweder eine bessere Strategie zur Veränderung nutzen oder aber er hätte vermehrt angemessenere schematherapeutische Techniken für diese Sitzungen aufnehmen können.

6 Der Therapeut folgte einer hervorragenden Strategie zur Veränderung, die sehr klar, zusammenhängend, angemessen und vielversprechend für die Patientenprobleme erschien und die angemessensten schematherapeutischen Techniken für diese Sitzung beinhaltet.

*Anmerkung: Dieses Item bezieht sich nicht darauf, wie gut der Therapeut die Strategie anwandte. Dieses wird in den Item 10, 11 und 12 beurteilt. Falls die Strategie aus der Schematherapie stammt und für das Problem angemessen war, sollte der Therapeut in diesem Item hoch beurteilt werden, selbst wenn der Therapeut die Techniken in einer ineffektiven Weise ausgeführt haben sollte. Weiterhin sollte der Therapeut nicht schlechter bewertet werden, wenn keine Veränderung stattfindet, solange die Strategie nachvollziehbar erscheint.*

## **\_\_\_10. ANWENDUNG VON KOGNITIVEN VERÄNDERUNGSTECHNIKEN**

Der Therapeut wendet kognitive Techniken, die aus der Schematherapie stammen, in einer gekonnten kindgerechten Art und Weise an. Die kognitiven Veränderungsstrategien fokussieren üblicher Weise – soweit es die kognitive Differenziertheit des Kindes zulässt - auf die logische, empirische oder rationale Analyse von Glaubenssätzen. Einige der kognitiven Techniken, die benutzt werden können, sind folgende:

a. Der Therapeut gibt der Vergangenheit einen neuen Rahmen, um Modi und/oder Schemata zu entkräften. Z. B.: Der Therapeut schreibt die negative Behandlung des Kindes durch die Eltern – nach

guter Vorarbeit in der Elternarbeit - den Defiziten der Eltern zu und nicht den Defiziten des Kindes (Reattribution).

b. Der Therapeut hilft dem Kind, seine Lebensprobleme im kompetenten Kind-Modus („clever Modus“) auf die Modi oder Schemata zurückzuführen, und nicht auf dem Kind innewohnende Fehler (oder Defekte).

c. Der Therapeut hilft dem Kind, Beweise oder Belege zu suchen und zu überprüfen, ob ein spezifisches Schema zutreffend ist und stellt kognitive Verzerrungen heraus, die modus- oder schemageleitet sind.

d. Der Therapeut überprüft ein Schema, indem er eine Lebensrückschau vornimmt, und dabei Belege oder Beweise für Pro und Contra sammelt, um das Schema zu widerlegen. Der Therapeut trägt gewichtige rationale und empirische Argumente gegen ein Schema zusammen, das das Kind intellektuell verstehen und für sich annehmen kann.

f. Der Therapeut führt mit dem Kind zwischen der maladaptiven Modus- bzw. Schemaseite und der gesunden Modus-Seite (z. B. „kompetetes, cleveres Kind“) einen Modus-/Schemadialog mit dem Ziel kognitiver Umstrukturierung durch.

g. Der Therapeut entwickelt eine Modus/Schema-Memokarte, die, basierend auf der Modus/Schema-Memokarten-Schablone den Gesichtspunkt des kompetenten, cleveren Kindes zusammenfasst.

h. Der Therapeut geht mit dem Kind ein komplettes Modus-/Schematagebuch durch.

i. Der Therapeut arbeitet mit Stammgeschichten, Metaphern (z. B. Brille, Folie), Bildern, Protagonisten aus Kinderbüchern, visueller Darstellung am Inneren Haus (Erfahrungs-Schema-Modus-Zusammenhang) und/oder mit Masken zur Modusdarstellung.

*Ausnahmen: Der Beurteiler sollte nicht beurteilen, ob die angewandte kognitive Technik insgesamt eine gute Strategie ist (Punkt 9) oder ob kognitive Techniken für diese Sitzung notwendig sind. Die Therapeuten sollten ausschließlich danach beurteilt werden, wie gut sie kognitive Techniken in dieser Sitzung ein- und durchführt haben.*

*Erklärung: Die o. g. Interventionen werden generell als kognitive Techniken nur dann beurteilt, wenn es ihre primäre Intention ist, die gestörte kognitive Perspektive des Kindes zu verändern. Wenn die von a. bis i. genannten Techniken primär intendieren, Emotionen zu verändern oder begrenzte elterliche Fürsorge zu gewährleisten, dann werden sie als emotionsfokussierte Techniken eingeschätzt. Wenn der Fokus auf der Veränderung von Verhalten liegt, dann werden sie als Techniken zur Unterbrechung von Verhaltensmustern angesehen.*

N/A Der Therapeut nutzte keine kognitiven Veränderungstechniken. Diese waren auch nicht notwendig oder nicht angemessen für diese spezifische Sitzung oder das Alter des Kindes.

0 Der Therapeut hatte sehr große Schwierigkeiten in der Anwendung kognitiver Veränderungstechniken oder wandte altersunangemessene Techniken an, die zu einer Unter- oder Überforderung des Kindes führten.

2 Es traten wesentliche Mängel in der Art auf, wie kognitive Techniken angewandt wurden, welche ihre Wirksamkeit bedeutsam minderten.



4 Dem Therapeuten gelang es gut, kognitive Techniken anzuwenden, aber er hätte geschickter sein können.

6 Dem Therapeuten gelang es hervorragend, kognitive Techniken zur Veränderung anzuwenden.

## **11. ANWENDUNG VON EMOTIONSFOKUSSIERTEN VERÄNDERUNGSTECHNIKEN**

Der Therapeut wendet emotionsfokussierte Veränderungstechniken aus der Schematherapie in einer altersangemessenen und gekonnten Weise an. Einige der üblichen emotionsfokussierten Techniken, die benutzt werden können, beinhalten:

- a. Begrenzte elterliche Fürsorge für das verletzte Kind durch Zeichnungen, Hand- oder Fingerpuppenspiel, Imagination, etc.
- b. Äußerung/Entladung von Ärger über wichtige Bezugspersonen (üblicherweise in dem Modus des ärgerlichen Kindes).
- c. Über Verluste trauern
- d. Zeichnungen, Hand- oder Fingerpuppen, Stühlearbeit, Imaginationen, um den distanzierten Beschützer zu umgehen.
- e. bei Jugendlichen: Briefe an die Eltern schreiben, die Gefühle und unbefriedigte Bedürfnisse ausdrücken, die jedoch nicht abgeschickt werden
- f. Imaginäre Dialoge, um dysfunktionale Antreiber-, Kritiker- oder Bestrafermodi zu externalisieren, zu entmachten.
- g. Arbeit mit traumatischen Erinnerungen (z. B. Imaginäres Überschreiben)
- h. Arbeit mit Stammgeschichten, Metaphern (z. B. Brille, Folie), Bildern, Protagonisten aus Kinderbüchern, visueller Darstellung am Inneren Haus (Erfahrungs-Schema-Modus-Zusammenhang) und/oder Modusarbeit mit Masken.

*Ausnahme: Die Beurteiler sollten nicht beurteilen, ob eine emotionsfokussierte Technik insgesamt altersangemessen oder eine gute Strategie ist oder ob emotionsfokussierte Techniken für diese Sitzung notwendig gewesen wären. Therapeuten sollten ausschließlich dahingehend beurteilt werden, wie gut sie die emotionsfokussierten Techniken in dieser Sitzung ein- und durchgeführt haben.*

*Erklärung: Wenn durch die o. g. Interventionen hauptsächlich beabsichtigt wird, Emotionen zu verändern oder begrenzte elterliche Fürsorge auszuüben, dann können sie als emotionsfokussierte Technik bewertet werden. Im Allgemeinen werden die von a. bis h. genannten Techniken dann als kognitive oder verhaltensorientierte Techniken beurteilt, wenn sie beabsichtigen, interpersonelle Fertigkeiten zu üben oder direkt die verzerrte kognitive Perspektive des Kindes zu verändern.*

N/A Der Therapeut nutzte keine emotionsfokussierte Veränderungstechniken.

0 Der Therapeut hatte sehr große Schwierigkeiten, emotionsfokussierte Veränderungstechniken zu implementieren.

2 Es traten wesentliche Mängel in der Art auf, wie emotionsfokussierte Techniken angewandt wurden, welche ihre Wirksamkeit bedeutsam minderten.

4 Dem Therapeuten gelang es gut, emotionsfokussierte Veränderungstechniken, anzuwenden, aber er hätte geschickter sein können.

6 Dem Therapeuten gelang es hervorragend, emotionsfokussierte Techniken zur Veränderung anzuwenden.

## **12. ANWENDUNG VON VERHALTENS-MUSTER-UNTERBRECHUNG**

Der Therapeut wendet Techniken aus der Schematherapie zum Unterbrechen von Verhaltensmustern aus der Schematherapie in einer altersangemessenen, gekonnten Weise an. Verhaltensorientierte Techniken sind auf Verhaltensveränderung fokussiert, sie beinhalten das Erlernen interpersoneller Fähigkeiten und das Setzen von Grenzen. Einige der gebräuchlichen Techniken zum Unterbrechen von Verhaltensmustern, die benutzt werden können, beinhalten:

a. Der Therapeut benutzt Imaginationen oder Rollenspiel, um wirkliche Lebenssituationen außerhalb der Sitzung einzuüben.

b. Der Therapeut und das Kind diskutieren neue Arten des Umganges mit Lebensproblemen außerhalb der Sitzung.

c. Der Therapeut bespricht, wie man dysfunktionale Muster in Freundschaften und bei Jugendlichen in intimen Beziehungen verändern kann.

d. Der Therapeut diskutiert, wie man dysfunktionale Muster in allen Lebensbereichen wie Schule, Familie, Freundeskreis sowie (bei Jugendlichen) in Arbeits- oder Ausbildungssituationen verändern kann.

e. Der Therapeut erarbeitet mit dem Kind, wie Veränderungen in den relevanten Lebensbereichen vorzunehmen sind. Er benutzt empathische Konfrontation auf dem Boden einer gefestigten Beziehungsarbeit. Mithilfe von Verstärkerplänen, Kontingenzmanagement und weiteren klassischen verhaltenstherapeutischen Interventionen werden Veränderungen kleinschrittig und konkret geplant und durchgeführt.

f. Der Therapeut setzt Grenzen, wenn das Kind in einer dysfunktionalen Weise auftritt (z. B. albern oder distanzlos ist).

g. Der Therapeut antizipiert mit dem Kind gemeinsam größere Lebensveränderungen (z. B. Schulwechsel, Umzug, Trennung der Eltern o. Ä.), damit das Kind seine zentralen Bedürfnisse artikulieren lernt und befriedigt bekommen kann.

h. Der Therapeut identifiziert Modi und/oder Schemata, die das Kind daran hindern, Verhaltensveränderungen zu machen und benutzt Techniken, um Hindernisse für diese Verhaltensveränderungen zu überwinden.

i. Der Therapeut leitet das Kind (bzw. stellvertretend Protagonisten im therapeutischen Spiel) zu Veränderungen im Verhalten an, wenn es aufgrund seines Alters und der vorwiegend spieltherapeutischen Arbeitsweise noch nicht zu einer Reflexion der relevanten Lebensbereiche in der Lage ist.

*Ausnahme: Der Beurteiler soll nicht beurteilen, ob die verhaltensorientierte Technik altersangemessen und insgesamt eine gute Strategie ist oder ob verhaltensorientierte Techniken überhaupt für diese Sitzungen notwendig gewesen wären. Die Therapeuten sollten ausschließlich danach beurteilt werden, wie gut sie verhaltensorientierte Techniken in dieser Sitzung ein- und durchführt haben.*

*Erklärung: O. g. Interventionen werden insgesamt als verhaltensorientiert beurteilt, wenn sie beabsichtigen, interpersonelle Fertigkeiten, direkte Veränderungen irgendeines anderen Verhaltens oder das Setzen von Grenzen zu üben. Wenn durch das Rollenspiel, den Dialog oder die Imagination hauptsächlich beabsichtigt wird, Gefühle zu verändern oder begrenzte elterliche Fürsorge zu gewähren, werden sie als emotionsfokussierte Techniken beurteilt. Wenn der Fokus auf der Veränderung von Gedanken und Überzeugung liegt, dann wird sie als kognitive Technik beurteilt.*

N/A Der Therapeut nutzte keine verhaltensorientierten Veränderungstechniken.

0 Der Therapeut hatte sehr große Schwierigkeiten, verhaltensorientierte Veränderungstechniken zu implementieren.

2 Es traten wesentliche Mängel in der Art auf, wie verhaltensorientierte Techniken angewandt wurden, welche ihre Wirksamkeit bedeutsam minderten.

4 Dem Therapeuten gelang es gut, verhaltensorientierte Veränderungstechniken, anzuwenden, aber er hätte geschickter sein können.

6 Dem Therapeuten gelang es hervorragend, verhaltensorientierte Techniken zur Veränderung anzuwenden.

### **\_\_\_13 THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG ZUR VERÄNDERUNG**

Der Therapeut bemerkt, wenn Modi, Schemata oder Bewältigungsstile durch die therapeutische Beziehung selbst aktiviert werden und benutzt dann die Beziehung als Vehikel, um **Modus- bzw.** Schemaveränderungen auf den Weg zu bringen. Der Therapeut fokussiert auf die Interaktion zwischen dem Therapeuten und dem Kind im Hier und Jetzt während der Sitzung.

N/A Die Beziehung des Kindes zu dem Therapeuten schien kein Thema zu sein, das während der Sitzung auftauchte oder angesprochen wurde. Es war richtig vom Therapeuten, die therapeutische Beziehung nicht direkt zu fokussieren.

0 Die therapeutische Beziehung schien ein Problem während der Sitzung zu sein, aber dem Therapeuten gelang es entweder nicht, dieses anzusprechen, wenn er oder sie es hätte ansprechen sollen oder aber er/sie ging mit der Beziehung in einer schädigenden Weise um.

2 Der Therapeut bemerkte, dass Probleme in der therapeutischen Beziehung auftauchten und besprach dies während der Sitzung. Trotzdem schien der Therapeut entweder nicht zu verstehen, was in der therapeutischen Beziehung geschah oder aber er versuchte nicht, die Modi und/oder Schemata und Bewältigungsstile zu verändern, die aktiviert wurden.

4 Dem Therapeuten gelang es gut, die Probleme, die in der therapeutischen Beziehung auftauchten, anzusprechen. Der Therapeut schien eine gute Vorstellung davon zu haben, was zwischen ihm und dem Kind passierte und dies dem Kind zu vermitteln. Der Therapeut war hinreichend erfolgreich

darin, schematherapeutische Techniken zu nutzen, um die maladaptiven Reaktionen des Kindes zur therapeutischen Beziehung zu verändern.

6 Der Therapeut erledigte seine Aufgabe hervorragend, die Probleme, die in der therapeutischen Beziehung auftauchten, zur Sprache zu bringen. Er verstand genau, was zwischen Therapeut und Patient geschah und half dem Kind in situations- und altersangemessener Weise, die Schema-Modi oder Bewältigungsstile zu verstehen, die aktiviert wurden. Der Therapeut korrigierte geschickt die maladaptiven kognitiven, emotionalen oder verhaltensmäßigen Reaktionen des Kindes, um Schemaveränderungen in der therapeutischen Beziehung zu bewirken. Er benutzte angemessene Techniken, so wie Selbstoffenbarung, kognitive Umstrukturierung oder Verhaltensproben.

*Ausnahme: Dieses Item bezieht sich nicht auf begrenzte elterliche Fürsorge, die unter Item 1 beurteilt wird. Den Therapeut selbst als Person in eine Imagination einzuführen, wird unter Item 11 beurteilt. Weiterhin wird dieses Item nur beurteilt, wenn Modi und/oder Schemata in der therapeutischen Beziehung ausgelöst werden. Ansonsten wird dieses Item als N/A beurteilt.*

## **14. SELBSTHILFETECHNIKEN AUSSERHALB DER SITZUNG**

Der Therapeut schlägt vor oder verschreibt angemessene modus- und/oder schemabasierte Hausaufgaben oder Bewältigungsfertigkeiten, die das Kind während der Woche außerhalb der Sitzung ausprobieren kann, damit er die therapeutische Arbeit, die während der Sitzung stattfand, festigen oder voran bringen kann. Der Therapeut überprüft die vereinbarten Aufgaben aus der vorangegangenen Sitzung. Wenn das Kind die früheren Aufgaben nicht erledigt hat, exploriert der Therapeut Gründe dafür und versucht, Hindernisse zu beseitigen. Einige häufige Selbsthilfeaufgaben aus der Schematherapie beinhalten:

1. Memokarte für Modi oder Schemata
2. „Übergangsobjekt“
3. Modus - und/oder Schematagebuch führen
4. Gesunde Schemaantworten auf Band sprechen und mehrmals täglich abhören
5. Achtsame Beobachtung von Modi und deren Facetten und Schemaauslösern (Trigger)
6. Modus- oder Schemadialoge
7. Kontakt zu Freunden aufnehmen
8. An engen Freundschaften (bei Jugendlichen: intimen Beziehungen) arbeiten
9. Das vernachlässigte, isolierte, verletzte etc. Kind fördern bzw. stärken
10. Die Pros und Kontras für Entscheidungsfindungen auflisten oder Suchen von Beweisen, um den Wahrheitsgehalt von Modi und/oder Schemata zu testen.
11. Bei Jugendlichen: Den Therapeuten anrufen, wenn angemessen
12. Gesunde Verhaltensveränderungen üben
13. Eigene Bedürfnisse wahrnehmen und artikulieren

N/A Der Therapeut stellte keine Aufgabe zur Selbsthilfe und es war angemessen, keine für diese Sitzung zuzuweisen (für dieses Item sollte N/A nur für ungewöhnliche Sitzungen gebraucht werden. Es ist fast immer (bei Kindern im Vorschulalter seltener) angemessen, irgendeine Art von Aufgaben zur Selbsthilfe außerhalb der Sitzung zu vereinbaren.

0 Der Therapeut vereinbarte oder regte keine Aufgabe zur Selbsthilfe außerhalb der Sitzung an, selbst wenn es angemessen oder hilfreich gewesen wäre, dies zu tun.

2 Der Therapeut regte an oder gab Aufgaben zur Selbsthilfe außerhalb der Sitzung, aber die Aufgaben waren nicht hilfreich oder bedeutsam für das Kind, waren viel zu unbestimmt oder wurden nicht klar genug für das Kind erklärt, so dass es das verstehen konnte. Der Therapeut kann auch versäumt haben, die Aufgabe zur Selbsthilfe der letzten Woche angemessen zu besprechen.

4 Dem Therapeuten gelang es gut, die Aufgaben zur Selbsthilfe der vorangegangenen Woche zu besprechen und er arbeitete, falls notwendig, daran, Hindernisse zu überwinden. Der Therapeut gab geläufige modus/schemabasierte Aufgaben zur Selbsthilfe, um dem Kind zu helfen, Modi und/oder Schemata zu verändern und mit Lebenssituationen während der kommenden Woche umzugehen. Die Aufgaben zur Selbsthilfe hätten besser zugeschnitten sein können, um die spezifischen Bedürfnisse dieses Kindes befriedigen zu können oder um die Arbeit dieser Sitzung voranzubringen.

6 Der Therapeut erfüllte die Aufgabe hervorragend, die Aufgaben zur Selbsthilfe der vorangegangenen Woche zu besprechen und falls notwendig, daran zu arbeiten, Hindernisse zu überwinden. Der Therapeut gab modus/schemabasierte Aufgaben zur Selbsthilfe, die sich direkt auf die Sitzung bezogen und maßgeschneidert waren, dem Kind zu helfen neue Perspektiven zu verinnerlichen.

**Totaler Wert:** \_\_\_\_\_

**Anzahl der beurteilten Items ohne N/A:** \_\_\_\_\_

**Mittelwert:** \_\_\_\_\_

## **Teil IV. Generelle Beurteilung und Kommentare**

### **\_\_\_ A. GESAMTSITZUNGSBEURTEILUNG**

Wie würden Sie den Kliniker insgesamt in dieser Sitzung als Schematherapeut beurteilen?

0	1	2	3	4	5	6
Sehr schlecht	schlecht	Unbefriedigend	ausreichend	gut	sehr gut	Hervorragend

**\_\_\_ B.** Wenn Sie eine Outcome-Studie in Schematherapie durchführen würden, würden Sie diesen Therapeuten zu dieser Zeit auswählen, daran teilzunehmen (vorausgesetzt diese Sitzung ist typisch)?

1	2	3	4	5
Ganz sicher nicht	Vermutlich nicht	unsicher	Vermutlich ja	Ganz bestimmt ja

**\_\_\_ C.** Wie zugänglich erscheint Ihnen der Patient für therapeutische Arbeit zu sein?

0	1	2	3	4	5	6
Sehr einfach und aufnahmefähig			Mittlere Schwierigkeit			Extrem schwierig

**D.** Gab es irgendwelche bedeutsamen, ungewöhnlichen Faktoren, die es rechtfertigen würden, diese Sitzung bei der Bewertung dieses Therapeuten auszuschließen? Wenn Sie „ja“ oder „unsicher“ antworten, begründen Sie dies bitte auf den unten aufgeführten Zeilen.

(bitte ankreuzen)

\_\_\_ **Ja** (die Sitzung ausschließen)

\_\_\_ **Nein** (die Sitzung nicht ausschließen)

\_\_\_ **Unsicher**

Wenn „ja“ oder „unsicher“, begründen Sie bitte warum:

---

---

---