

Schematherapie – ein Behandlungsansatz mit verhaltenstherapeutischen Wurzeln

Erwin Parfy

Zusammenfassung: Schematherapie – ein Behandlungsansatz mit verhaltenstherapeutischen Wurzeln

Der von Jeffery Young in New York entwickelte kognitiv-behaviorale Ansatz der Schematherapie fokussiert auf die durch frühe Bedürfnisfrustration entstandenen maladaptiven Schemata. Anhand von aktuell aktivierten Gefühlen wird in der Imagination die Brücke zu den ursprünglichen Bedingungen gesucht und die Szene nachfolgend bedürfnisgerecht umgestaltet. Insbesondere bei Persönlichkeitsstörungen können auch verschiedene Modi des subjektiven Erlebens im Umgang mit aktivierten Schemata diagnostiziert werden. In der Arbeit mit Stühlen werden diese Modi getrennt voneinander herausgearbeitet und Dialoge zwischen den Stühlen angeleitet, welche die Integration fördern und spezifische Entwicklungsaufgaben nahelegen. Das therapeutische Grundprinzip der „Begrenzten Nachbeelterung“ im Sinne einer nachträglichen Befriedigung früherer Grundbedürfnisse bekommt nicht nur bei der Imagination und Stühlearbeit, sondern auch innerhalb der Therapiebeziehung einen zentralen Stellenwert.

Schlüsselwörter: Schematherapie, Moduskonzept, Imagination, Begrenzte Nachbeelterung, Stühlearbeit

Abstract: Schematherapy, a treatment-approach rooted in the cognitive-behavioral tradition

Jeffery Young in New York developed the schematherapeutic approach within a cognitive-behavioral framework and focused on the early frustration of human needs which leads to maladaptive schemas. With the help of imagination bridges between current activated feelings and early circumstances can be built. By this way evoked sceneries get the chance to be transformed according to basic needs. Especially with personality disorders different modes in reaction on the activation of schemas can be diagnosed. Chair-work helps to enforce integrative dialogues between different modes and to define specific goals in dealing with them. In general there is a central therapeutic principle called "limited reparenting", which helps not only in imagination and chair-work but in the therapeutic relationship itself to focus on the present satisfaction of basic needs.

Keywords: Schematherapy, Mode-Concept, Imagination, Limited Reparenting, Chairwork

Als Schematherapie wird ein in der kognitiven Verhaltenstherapie wurzelndes psychotherapeutisches Behandlungsmodell bezeichnet, das von Jeffery Young (1994) in New York entwickelt wurde und in den letzten Jahren stark an internationaler Aufmerksamkeit gewonnen hat (siehe auch die Beiträge in der Schwerpunktnummer der Zeitschrift „Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis“, Heft 2/2008: Nissen & Bader, 2008). Young selbst arbeitete ursprünglich unmittelbar mit Aaron T. Beck (1976) zusammen, einem der Begründer der kognitiven Verhaltenstherapie (speziell der Depression), und war bemüht, diesen Ansatz für komplexere Störungen zu erweitern. Insbesondere die Behandlungsanforderungen von Persönlichkeitsstörungen – allen voran der Borderline- und Narzisstischen Persönlichkeitsstörung – haben ihn bei der unermüdlichen Suche nach griffigen Störungskonzepten und innovativen Behandlungsmethoden geleitet. Das Denken in zugrunde liegenden „dysfunktionalen Annahmen“ oder „maladaptiven Schemata“ hat er dabei übernommen: Beck bezog sich darin auf Konzepte von Jean Piaget (1936), der den Schemabegriff etablierte, um psychische Strukturen zu bezeichnen, welche die menschliche Erfahrung organisieren. Im Gegensatz zu Beck versuchte Young nicht nur die problematischen kognitiven Verzerrungen durch eine diskursive Wirklichkeitsüberprüfung aufzulösen, sondern interessierte sich für die lebensgeschichtlichen Entstehungsbedingungen der maladaptiven Schemata.

Ein Schema ist demnach eine relativ stabile Struktur, die als „neuronales Netzwerk“ auch eine physiologische Konkretheit besitzt und die im Entstehungszusammenhang gemachten Erfahrungen repräsentiert. Die in der therapeutischen Arbeit interessierenden Schemata sind in der Regel durch die frühe, in ganz konkreten Situationen erfahrene Frustration zentraler Grundbedürfnisse nach Bindung, Autonomie, Kontrolle oder Selbstwert entstanden. Ein Schema kann mittels spezifischer, durch gewisse Merkmalsähnlichkeiten an die ursprünglichen Bedingungen „erinnernde“ Reize aktiviert werden – mit einem Lehnwort spricht man auch davon, dass Schemata solcherart „getriggert“ werden. Im Zuge dieser Aktivierung rücken Gefühle und gedankliche Verarbeitungsmuster in den Vordergrund des Bewusstseins und bestimmte Handlungsimpulse drängen sich auf. Die letztlich umgesetzten Verhaltensweisen werden aber nicht vom Schema determiniert, sondern an genau jenem Punkt setzt die im Konzept postulierte Freiheit zu einer bewussten Wahl von hilfreicherem und somit adaptiverem Verhalten an.

Aufgrund der klinischen Erfahrung kristallisierten sich zunächst mehrere Grundtypen stets wiederkehrender Schemata heraus, sodass Young (1994) spezifische Lebensthemen benennen und durch zunehmend raffiniertere Fragebögen auch beforschen konnte. Über die Jahre entstanden so mit Hilfe der faktorenanalytischen Auswertung immer trennschärfere Fragebogen-Items und aussagekräftigere Unterscheidungen relevanter Schemata (Schmidt, Joiner, Young & Telch, 1995). In internationaler Übereinkunft bilden die nachfolgenden 18 Schemata, geordnet in 5 Domänen, nun seit längerer Zeit eine stabile Grundlage von Fallkonzeptionen:

1 Abgetrenntheit und Ablehnung

- Emotionale Entbehrung: hat Mangel an Zuwendung, Empathie sowie Schutz und Hilfe erfahren
- Verlassenheit / Instabilität: Bezugspersonen wurden als unberechenbar und instabil erlebt
- Misstrauen / Missbrauch: wurde von anderen benutzt, missbraucht, verletzt oder manipuliert
- Soziale Isolierung / Entfremdung: fühlte sich von anderen abgeschnitten und nicht zugehörig
- Unzulänglichkeit / Scham: empfundene Minderwertigkeit (innerlich oder äußerlich)

2 Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung

- Versagen: empfand leistungsbezogene Unterlegenheit
- Abhängigkeit / Inkompetenz: erlebte sich hilflos ohne Unterstützung durch andere
- Anfälligkeit für Schädigungen / Krankheiten: antizipiert gesundheitliche und emotionale Katastrophen
- Verstrickung / Unentwickeltes Selbst: übertrieben starke emotionale Beziehung zu anderen auf Kosten der eigenen Individuation

3 Fremdbezogenheit

- Unterwerfung: eigene Bedürfnisse und Gefühle werden aus Angst vor Vergeltung der Kontrolle von anderen untergeordnet
- Selbstaufopferung: exzessives Eingehen auf die Bedürfnisse anderer („Mitleid“)
- Streben nach Zustimmung und Anerkennung: Bemühen um Aufmerksamkeit und Anpassung an Statusvorgaben – das Selbstgefühl wird ganz von den Reaktionen anderer abhängig gemacht

4 Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit

- Emotionale Gehemmtheit: keine Spontanität im Handeln, Fühlen, Kommunizieren
- Überhöhte Standards / übertrieben kritische Haltung: Perfektionismus und starre Regeln führen zu chronischem Druck und Unzufriedenheit
- Negativität / Pessimismus: durchgängige Konzentration auf die negativen Aspekte des Lebens
- Bestrafen: hat die Überzeugung, dass Fehler bestraft gehören (mangelnde Akzeptanz und Nachsicht)

5 Beeinträchtigung im Umgang mit Begrenzungen

- Anspruchshaltung / Grandiosität: Überzeugung eigener Überlegenheit, Machtstreben, Bestehen auf persönliche Bevorzugung, Elitedenken
- Unzureichende Selbstkontrolle / Selbstdisziplin: exzessiver Ausdruck von Gefühlen, geringe Frustrationstoleranz, Impulskontrollverlust; Weigerung, sich zu beherrschen, um Ziele längerfristig erreichen zu können

Young (1994) postulierte auch drei charakteristische Möglichkeiten im Umgang mit aktivierten Schemata: Die Neigung zur Überkompensation, zur Vermeidung oder zum Erdulden des schemakorrelierten Erlebens – was den aus der Biologie bekannten „fight, flight or freeze“-Reaktionsmöglichkeiten auf aktuelle Bedrohungssituationen entspricht. In der Überkompensation wird dem eigentlich mitaktivierten Schema entgegen gehandelt. Beispielsweise würde bei der Angst, verlassen zu werden, die ersehnte Unabhängigkeit von diesem Schema solcherart demonstriert werden, dass die Beziehung vorausseilend von sich aus aufgekündigt wird. Bei der Vermeidung werden schon all jene Auslöser gemieden, die das Schema aktivieren könnten – mit Verlassensangst wird erst gar keine Beziehung eingegangen. Und beim Erdulden wird genau jene Situation aufrechterhalten, die das dysfunktionale Schema bestätigt, etwa indem der/die Verlassensängstliche eine/n höchst unzuverlässige/n und an der Beziehung zweifelnde/n PartnerIn wählt.

Die Annahme funktionaler Zusammenhänge im Dienste innerpsychischer Stabilisierung und Kompensation von Belastung erstreckt sich auch auf ein mögliches Zusammenwirken innerhalb der persönlichkeitspezifischen Schemastruktur. Etwa könnte eine Person das Schema „Versagen“ durch die allmähliche Etablierung eines Schemas „Überhöhte Standards“ kompensieren wollen: Besteht Angst, in Leistungssituationen zu versagen, dann wird dies in diesem Sinne eben dadurch kompensiert, dass dieser Situation extrem perfektionistische Vorbereitungen vorangestellt werden. Im Einzelfall sind solche Zusammenhänge und individuellen Ausformungen von Schemata im therapeutischen Dialog auszuloten – die dabei erhobenen Befunde bekommen freilich eine Priorität im Fallverständnis. Allfällig zuvor erhobene Fragebogenergebnisse dienen bloß als diagnostischer Interviewleitfaden, der hilft, vorhandene biografische Konstellationen rascher und präziser zu erkunden.

Das von Young in weiterer Folge entwickelte Behandlungskonzept ging rasch über die bisher erprobten verhaltenstherapeutischen und kognitiven Therapietechniken hinaus. Es bewährten sich insbesondere zwei neue methodische Ansätze, die sich logisch aus dem biografisch-historischen Zugang ergaben (Young, Klosko & Weishaar, 2005). Einerseits die Technik der Imagination, andererseits das Grundprinzip der so genannten „Begrenzten Nachbearbeitung“ innerhalb der Therapiebeziehung.

Zunächst zur Imagination: Wenn in aktuellen Lebenssituationen Schemata aktiviert werden, dann bieten sich die begleitenden Emotionen als Brücke in die lebensgeschichtliche Vergangenheit an. Im Sinne einer „bottom-up“-Erinnerung können von der Emotion aus die ursprünglichen Entstehungsbedingungen der maladaptiven Schemata erschlossen und somit oft erst bewusst gemacht werden, ohne dass ein rational-analytischer Suchprozess im Sinne einer „top-down“-Erinnerung dazwischentreten und für Verzerrungen und Ausfilterungen belastender Gefühle sorgen kann. Durch Hinwendung und Konzentration auf die gegenwärtigen emotionalen Emp-

findungsqualitäten und das Zulassen von freien Assoziationen die eigene Vergangenheit betreffend können im Therapieverlauf immer leichter „Bilder aus der Kindheit“ ins Bewusstsein kommen. Wenn dann aufgefordert wird, in Ich- und Gegenwartsform die imaginierte Szene weiterzuentwickeln, geraten in der Regel immer plastischere Eindrücke in den Vordergrund. Ein Nachempfinden der initialen Bedürfnisfrustrationen oder gar Traumatisierungen wird so deutlich erleichtert. Aber auch therapeutische Veränderung kann insofern „eingeschleust“ werden, als in geleiteter Vorstellungsarbeit ersehnte Alternativen durchprobiert werden können. Nicht zuletzt sind visualisierte Hilfspersonen aus dem damaligen Umfeld, der/die heutige „gesunde Erwachsene“ oder gar der/die jeweilige TherapeutIn selbst hinzuzuziehen und können sowohl klarer Partei ergreifen (bis hin zur „Entmachtung des Täters/der Täterin“) als auch dem emotional irrierten Kind Trost und Unterstützung zukommen lassen.

Diese explizit fürsorgliche Zuwendung und ersatzweise Befriedigung der kindlichen Bedürfnisse durch TherapeutInnen wurde über die Vorstellungsarbeit hinaus als zentrales schematherapeutisches Wirkprinzip etabliert: Durch „Begrenzte Nachbeelterung“ werden (im zeitlich und ethisch „begrenzten“ Rahmen – daher die Begriffsbildung) auch in der gesamten therapeutischen Beziehung gezielt korrektive Erfahrungen angestrebt. Die therapeutische Begegnung soll die schemageleiteten negativen Erwartungen unterlaufen. Statt durch „Assimilation“ an die bisherige pessimistische Sicht ist die aktiv fürsorgliche Haltung der TherapeutInnen als unmittelbar positive Erfahrung nur durch „Akkommodation“, also Veränderung der Schemata zu verarbeiten. Ein Prozess, der durch gemeinsame Reflexion in der Therapie auf Auswirkungen bezüglich der allgemeinen Lebensgestaltung hin überprüft wird.

Nachdem Young auf der „inneren imaginativen Bühne“ begann, mit mehreren (Hilfs-)Personen und auch mit verschiedenen Anteilen ein und derselben Person zu arbeiten, war es nur ein kleiner Schritt zu einer weiteren Neuerung in seinem Problemverständnis und Behandlungsansatz zu kommen. Denn gerade bei den ursprünglich primär bedachten Borderline-Persönlichkeitsstörungen ist ja nicht nur in der Vorstellungsarbeit, sondern sogar innerhalb jeder Therapiestunde ein rasches Wechseln von aktivierten Schemata und verschiedenen damit korrelierten Umgangsformen zu beobachten. Young trennte nun diese beiden Ebenen (Young et al., 2005): Einerseits betrachtete er die verschiedenen Schemata als „traits“ – als relativ überdauernde Merkmale einer Person. Und andererseits beschrieb er nun verschiedene Modi des Erlebens als „states“ – als dynamische Zustände im Umgang mit und in Reaktion auf aktuell aktivierte Schemata.

Im gesunden und unbelasteten Zustand sind die Funktionsweisen einer Person homogener, das heißt, dass die verschiedenen potentiellen Erlebnismöglichkeiten nicht voneinander getrennt als unterschiedliche Modi hervortreten, sondern in einem integrierten Erlebniskontinuum einander ausbalancieren. Haben Menschen aber frühe Bedürfnisfrustrationen oder gar Traumatisierungen

erfahren (je früher, desto einflussreicher) und/oder belasten spezifische Temperamenteigenschaften die sozialen Interaktionen, dann erhöht sich deren psychische Vulnerabilität. Je größer die Vulnerabilität einer Person nun einzustufen ist und je stärker die anlassbezogene aktuelle Destabilisierung ausfällt, desto weitreichender ist die nachfolgende Desintegration der Modi. Ein zunächst integrierter Erlebniszustand bricht in verschiedene (mitunter divergierende) Facetten der Persönlichkeit auf, und in der nachfolgend eintretenden Fragilität wechseln oft rasch hintereinander die dominierenden Modi. Somit kann in diesem Verständnis eine Bandbreite an psychischen Phänomenen von der Stimmungsschwankung bis hin zur völligen Dissoziation im Sinne einer multiplen Persönlichkeit eingeordnet werden.

Dieses so genannte „Modus-Konzept“ wurde anhand der klinischen Erfahrung zunehmend ausdifferenziert, wobei auch hier die nachfolgend dargestellten verschiedene Gruppen zusammengehöriger Modi definiert und sogar per Fragebogen auf Trennschärfe überprüft wurden (und werden) – die niederländische Arbeits- und Forschungsgruppe um Arnold Arntz ist dabei federführend (Arntz, Klokman & Sieswerda, 2005).

1 Kind-Modi

- Verletzbares Kind: fühlt sich verlassen, missbraucht, wertlos (erlebt Angst, Trauer, Scham)
- Verärgertes Kind: zeigt deutliche Aggression als Reaktion auf unerfüllte zentrale Bedürfnisse
- Wütendes Kind: verliert die Kontrolle und neigt zu offensiv verletzenden Aktionen gegenüber Menschen und Objekten
- Impulsives Kind: trachtet nach unmittelbarer Befriedigung von „non-core-desires“, unkontrolliert und egozentrisch („verwöhnt“)
- Undiszipliniertes Kind: keine Frustrationstoleranz, hält keine langweiligen Tätigkeiten und Missempfindungen („discomfort“) aus
- Glückliches Kind: fühlt sich geliebt, geschützt, verbunden; ist zufrieden, selbstbewusst, frei und spontan, spielfreudig

2 Maladaptive Bewältigungsmodi (vermeidend)

- Bereitwillig Erduldende/r: unterwirft sich den Wünschen anderer um negative Konsequenzen zu vermeiden, unterdrückt Bedürfnisse
- Distanzierte/r BeschützerIn: Abgetrenntheit von Gefühlen, meidet sozialen Kontakt, innere Leere
- Distanzierte/r Selbst-BeruhigerIn: sucht Ablenkung von negativen Gefühlen durch exzessive Aktivität (Sport, Arbeit, Sex), Tagträumen, Flucht in den Schlaf, Drogen

3 Maladaptive Bewältigungsmodi (überkompensierend)

- Narzisstische Selbst-Überhöhung: fühlt sich anderen überlegen (wertet andere ab), beansprucht Bevorzugung ohne Rücksicht auf andere
- Schikanier- und Angriffsmodus: um nicht selbst kontrolliert und verletzt zu werden, dominiert dieser Modus über andere und neigt zu sadistischer Machtausübung

4 Maladaptive Elternmodi

- Strafender, kritischer Elternteil: schränkt ein, kritisiert oder bestraft sich selbst (oder andere); ist ungeduldig und intolerant
- Fordernder Elternteil: hat hohe Erwartungen und rigide Standards und setzt sich (und andere) unter Druck, um diese zu erfüllen; ist niemals mit den Ergebnissen zufrieden (Perfektionismus)

5 Modus des gesunden Erwachsenen

- hat positive Gefühle und Gedanken über sich selbst und sorgt für sich, was zu gesunden Beziehungen und Aktivitäten führt
- unterstützt das verletzbare Kind
- setzt dem verärgert- / wütenden sowie impulsiv- / undisziplinierten Kind Grenzen
- bekämpft die maladaptiven Bewältigungs- und dysfunktionalen Eltern-Modi

Vor dem Hintergrund der individuellen Fallkonzeption sind auch diese Modi entsprechend persönlich auszugestalten – „die einsame Renate“ oder „das Rumpelstilzchen“ könnten im therapeutischen Dialog gebräuchliche Synonyme werden für das subjektive Erleben. Die allgemeine Nomenklatur möglicher Modi dient bloß als Leitfaden zur genaueren Diagnostik mit einem gewissen Auslegungsspielraum. Da aber bestimmte Konstellationen im klinischen Alltag wiederholt auftreten, konnte Young prototypische Behandlungskonzepte für diverse Persönlichkeitsstörungen unter Berücksichtigung der jeweilig vorherrschenden Modi ausformulieren (Young et al., 2005).

Abgesehen vom verbesserten Störungsverständnis wurde an diesem Punkt erneut eine methodische Erweiterung möglich: Denn die Arbeit mit den verschiedenen Modi legte rasch eine auch räumliche getrennte Repräsentation der spezifischen Erlebnisanteile nahe. Verschiedene Stühle im Therapieraum werden solcherart zu Orten, wo mit Hilfe der TherapeutInnen die modustypischen Erlebnisweisen (Gedanken, Gefühle, Bedürfnisse) erkundet werden können. Die daraufhin angeregte Bezugnahme der dominierenden Modi aufeinander fördert deren Bewusstwerdung und Integration. Gerade die vom therapeutisch erst allmählich aufzubauenden „Gesunden Erwachsenen“ gesehene Entwicklungsperspektiven erlauben ganz konkret formulierte Zielsetzungen im Umgang mit jedem einzelnen Modus. Oftmaliges Durchspielen von adäquaterem Verhalten – teils energischer den Eltern-Modi grenzziehend entgegneten, teils dem

eigenen verletzbaren Kind liebevoller, geduldiger und mitfühlender begegnen – vertieft die angeregte Veränderung.

Im deutschen Sprachraum sorgte Eckhard Roediger (2011) für eine konzeptuelle Anbindung der Schematherapie an die Modelle von Klaus Grawe (1998, 2004), welcher zuvor eine „Allgemeine Psychologische Psychotherapie“ beziehungsweise eine „Neuropsychotherapie“ skizziert hatte. Auch die therapeutische Umsetzung erfährt hier eine zunehmende Anreicherung mit ganz konkreten Strategien: Sei es, dass „Moduslandkarten“ gemeinsam erarbeitet werden, „Schema-Memos“ und Schematagebücher in schriftlicher Form eine bewusste Veränderungsorientierung anregen. Viele solche „Therapie-Tools“ finden sich in einer empfehlenswerten Zusammenschau bei Faßbinder, Schweiger und Jacob (2011). Ein Brückenschlag zur Arbeit mit Kindern und Jugendlichen gelang Loose, Graaf und Zarbock (2013), wo etwa mit Handpuppen gearbeitet wird, welche die verschiedenen Modi repräsentieren, oder mit dreidimensional aufgestellten Spielfiguren der individuelle Umgang mit Schemata darstellbar wird.

Gut institutionell etabliert und empirisch validiert erfolgen mittlerweile in vielen Ländern die schematherapeutischen Behandlungen von Persönlichkeitsstörungen – Konzepte liegen dazu auch in deutscher Sprache vor (etwa bei Arntz & van Genderen, 2010; oder Dieckmann, 2011). Und gerade die schematherapeutische Gruppentherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung verspricht im Moment eine äußerst wirksame Umsetzung des Ansatzes (Farell & Shaw, 2013). Ebenfalls wird die paartherapeutische Adaption der Schematherapie als sehr wirksam erfahren, da sich in Partnerschaften die problematischen Schemata und Modi ja meist in endlosen Spiralen wechselseitig aktivieren und ein diesbezügliches Grundverständnis bereits deutliche Entlastung und auch Hoffnung bezüglich einer prinzipiell erreichbaren Veränderung mit sich bringt (Skeen, Young, Kierdorf & Höhr, 2012).

Ein in England herausgegebenes „Handbook of Schematherapie“ gibt einen breiten Überblick über die internationale Landschaft von Forschung und Praxis der Schematherapie (van Vreeswijk, Broersen & Nadort, 2012), wobei der Erstherausgeber auch eine Verbindung zu achtsamkeitsbasierten Ansätzen herstellt. Als Merkmal eines „Gesunden Erwachsenen“ kann eine achtsame Bewusstseinshaltung mit aufkommenden schemakorrelierten Gefühlen, Impulsen und Gedanken in Berührung kommen, ohne dabei gleich von ihnen mit fortgerissen und zu maladaptiven Verhaltensweisen gedrängt zu werden. Mit Hilfe von konkreten, aus fernöstlichen Traditionen inspirierten Übungen lassen sich da deutliche Verbesserungen im Umgang mit der eigenen Schema- und Modusstruktur erreichen (van Vreeswijk, Broersen, Schurink & Williams, 2012).

Auf diesem Weg könnten die in den letzten Jahrzehnten parallel verlaufenden verhaltenstherapeutischen Entwicklungslinien auch wieder glücklich zusammengeführt werden: Einerseits die schematherapeutische Vertiefung des Verständnisses biografischer Gewordenheit, welche eine

gelingende emotionale Balance und Bedürfnisbilanz anstrebt, und andererseits der Aufbau einer betont ahistorischen Fertigkeit in radikal gegenwärtiger und nicht-bewertender Bewusstheit, welche hilft, sich von äußeren und inneren Vorgängen weniger verstricken zu lassen – beides kann sich einander in einem aktuellen verhaltenstherapeutischen Menschenbild gut ergänzen (Parfy, 2012; Parfy & Lenz, 2009).

Literatur

- Arntz, A., Klokman, J. & Sieswerda, S. (2005). An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(3), 226-239.
- Arntz, A. & van Genderen, H. (2010). *Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Weinheim: Beltz.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Dieckmann, E. (2011.) *Die narzisstische Persönlichkeitsstörung mit Schematherapie behandeln*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Faßbinder, E., Schweiger, U. & Jacob, G. (2011). *Therapie-Tools Schematherapie*. Weinheim: Beltz.
- Farrell, J. & Shaw, I. (2013). *Schematherapie in Gruppen. Therapiemanual für die Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Weinheim: Beltz.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Loose, Ch., Graaf, P. & Zarbock, G. (2013). *Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz.
- Nissen, L. & Bader, K. (2008). Schematherapie nach Jeffery Young. Grundlagen und Stand der Forschung. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 40(2), 249-268.
- Parfy, E. & Lenz, G. (2009). Menschenbild. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen* (Band 1) (S. 63-82). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Parfy, E. (2012). Schema Therapy, Mindfulness and ACT – Differences and Points of Contact. In M. van Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort (ed.), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: theory, research and practice* (S. 229-237). Chichester: John Wiley & Sons.
- Piaget, J. (1936). *The origin of intelligence in children*. New York: International Universities Press.

Roediger, E. (2011). *Praxis der Schematherapie: Lehrbuch zu Grundlagen, Modell und Anwendung*. Stuttgart: Schattauer.

Schmidt, N.B., Joiner, T.E. Jr., Young, J.E. & Telch, M.J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of Psychometric Properties and the Hierarchical Structure of a Measure of Maladaptive Schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19(3), 295-321.

Skeen, M., Young, J., Kierdorf, T. & Höhr, H. (2012). *Lebensfallen in der Partnerschaft: Schematherapie in Beziehungen*. Lichtenau: G.P. Probst.

van Vreeswijk, M., Broersen, J. & Nadort, M. (eds.). (2012). *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: theory, research and practice*. Chichester: John Wiley & Sons

van Vreeswijk, M., Broersen, J., Schurink, G. & Williams, M. (2012). *Achtsamkeit und Schematherapie – Praxishandbuch*. Lichtenau: G.P. Probst.

Young, J.E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Sarasota: Professional Resource Press.

Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2005). *Schematherapie – Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.

Angaben zu dem Autor

Dr. Erwin Parfy, absolvierte nach dem Psychologiestudium an der Universität Wien eine Ausbildung in Verhaltenstherapie; arbeitete zunächst in einer verhaltensmedizinischen Klinik, danach im forensischen Bereich und nun ganz in freier Praxis; Lehr- und Supervisionstätigkeit innerhalb mehrerer Ausbildungsgänge, Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (ÖGVT); seit 2011 Trainer und Supervisor der Internationalen Gesellschaft für Schematherapie (ISST).

Kontakt: erwin.parfy@psychologe.org

Korrespondenzadresse:

Dr. Erwin Parfy
Lackierergasse 9/12A
1090 Wien
Österreich

Zitationsempfehlung

Parfy, E. (2016). Schematherapie – ein Behandlungsansatz mit verhaltenstherapeutischen Wurzeln. *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 4(1), 82-91
Zugriff am 15.05.2016. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>