

基模治療運用於處理早期創傷之探討

翁令珍 (美和技術學院社工系助理教授)

壹、前言

基模治療(Schema Therapy)或是以基模為焦點的治療(Schema-Focused Therapy)，是一種整合型的治療，結合了認知行為治療、依附理論、完形治療、客體關係論、建構論觀點，以及精神分析等學派的治療成分，成為一種獨特的處遇模式(Young, Klosko, & Weishaar, 2003)。基模治療主要用來協助長期有性格上困擾的案主，尤其對案主的僵化人格組型、長期人際困擾，以及移情反應等，基模治療有其獨特的優勢(Arntz & van Genderen, 2009)。

雖然「基模」一詞較接近認知心理學或認知治療的概念，認知治療也很早強調基模在治療中的重要性(Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979)，但認知治療卻甚少提供如何處理基模的特定參考方針(Young, 1994)，直到近年探討人格違常時才將基模治療的觀點納入其中(Beck, Freeman, Davis, & Associates, 2004)。然而，基模治療的觀點並不同於傳統認知治療，基模也不是指「認知」基模，而是涵蓋更廣，為包含記憶、情緒、身體感覺，以及認知等在內的概念。因此，基模的改變也須涵蓋這些部分，包括：

降低與特定基模相關的記憶強度、該基模的情緒衝擊、身體感覺的強度以及不適應的認知；另外，也應包括以適應的行為組型取代不適應的因應型態(Young et al., 2003)。

基模治療的觀點認為，個體的長期困擾通常源自兒童或青少年時期的核心情緒需求未獲滿足所造成的創傷，不同的創傷使個體發展出不同的早期不適應基模(Early Maladaptive Schema)，而與不同類型的困擾有關。他們除了指出早期不適應基模與人格疾患發展的關聯(Young, 1994; Young et al., 2003)，近年也有不少研究發現早期不適應基模與其他特定困擾或症狀間的關聯，例如與長期憂鬱症狀的關聯(Harris & Curtin, 2002; Lumley & Harkness, 2007)，以及與一般健康成人之工作選擇及職場壓力的發展有關聯(Bamer & McMahon, 2008)等。這些對象都有可能是在社區或學校中求助，而成為在其中工作之諮商心理師的案主。

筆者認為就廣義而言，各種諮商或治療形式或多或少都可視為在改變個人的舊基模，而重視處理早期創傷的基模治療，則將多種取向的治療性成分做整合，期望能促成創傷經驗的重新改寫而造成基模改變，可作為和有長期困擾或

早期創傷的案主一起工作時的可用參考架構，以協助其在情緒、認知、身體感覺，以及行動等多方面發生改變。

貳、基模治療的重要概念

一、基模與基模發展

個體基模的發展自兒童時期即開始，以某些行為、感受與思考的方式呈現。當兒童的基本需求被滿足時，健康的基模得以發展，這促使他們得以對其他個體、他們自己以及整個世界發展出正面的意向。至於需求是否獲得滿足，同時受到其先天情緒氣質與後天環境之交互作用的影響。Young等人(2003)指出兒童有五項核心情緒需求，包括：

- 1.與他人的安全依附（包含安全感、穩定、滋養，以及接納）
- 2.自主性、能力感，以及自我認定感
- 3.有自由表達受到認可的(valid)需求與情緒
- 4.自發性與遊戲
- 5.合實際的界限與自我控制

二、早期不適應基模

若個體在兒時或青少年的核心情緒需求未獲適當滿足，則逐漸發展出早期不適應基模。早期不適應基模是一種廣泛、普遍的主題或組型，包含了記憶、情緒、認知、行為以及身體感覺，與個體自己及個體與他人的關係有關，在兒時或青少年發展且有明顯的程度是功能不良的(Young et al., 2003)。Young等人指出有五大類的不適應基模，分別與五種核心情緒需求的不滿足有關，其研究也發現這五大類之下共有18種不適應基模。

(一)不連結與拒絕

此類案主認為無法依賴週遭環境的安全與可預測，也認為無法從其他人那裡獲得可信、支持、同理與尊重。此類案主常常受損最嚴重，其典型的原生家庭是不穩定、虐待的、冷漠、拒絕或是與外在世界孤立的。涵蓋了5種不適應基模在內：被遺棄/不穩定、不信任/虐待、情緒剝奪、缺陷/羞愧，以及社會孤立/疏離的基模。

(二)受損的自主性與表現

此類案主認為自己無法有良好的功能發揮，無法獨立靠自己有所表現。此類案主的原生家庭典型是父母的過度保護，另一種極端是父母幾乎不照料也不留心他們。涵蓋了4種不適應基模在內：依賴/無能力、對傷害與疾病脆弱、糾葛/未發展的自我，以及失敗的基模。

(三)受損的界線

此類案主缺乏適當界限、責任感與挫折忍受度，他們難以尊重他人的權利、合作、做承諾或達成長期目標。這類案主典型上在縱容的家庭裡長大。涵蓋了2種不適應基模在內：認為有權得到/誇大，以及不足的自己控制/自我紀律。

(四)他人導向的

此類案主過度重視滿足他人需求，以獲得他人的讚賞、維持情緒聯結，或是避免被報復。此類案主的原生家庭通常只在特定條件之下才會接納他，他們在兒時通常沒有自由遵循自己的內在意向，必須壓抑自己的重要面向，長大後成為外在導向者，而非內在導向。涵蓋了3種不適應基模在內：屈服、自我犧牲，以及尋求贊同/尋求認可的基模。

(五)過度警戒與抑制

此類案主壓抑自發的感受與衝動，他們對自己的表現通常努力達到嚴格的內化規則，犧牲掉快樂、自我表達、放鬆、親密關係，或是良好健康。他們的原生家庭通常是強調成就表現，不鼓勵遊戲與玩樂的。涵蓋了4種不適應基模在內：消極性/悲觀、情緒抑制、不退讓的標準/吹毛求疵，以及懲罰性的基模。

(六)基模樣態

Young 等人(2003)描述基模樣態(schema mode)是個體經驗到的即刻情緒

狀態與因應反應，經常被生活情境所誘發（有如情緒按鈕），Arntz與van Gerderen(2009)則指出基模樣態是一組基模與歷程，在特定的情境中犧牲其他基模而主導了案主的思考、感受與行動。當個體呈現某個基模樣態時，通常與其舊有的特定基模被觸發而活化有關。Young等人提出四大類共10種的基模樣態，其特徵描述見表1（內容整理自Arntz & van Gerderen, 2009; Young et al., 2003），關於四大類基模樣態，簡要說明如下：

表1 基模樣態與特徵描述一覽表

基模樣態	特徵描述	
兒童樣態	脆弱兒童	當碰觸到相關的基模時，經驗到煩躁不安或焦慮情緒，特別是害怕、難過與無助
	憤怒兒童	直接發洩憤怒，來對其未滿足的核心需求或與核心基模相關的不公平對待做回應
	衝動／不守紀律兒童	根據立即的享樂慾望衝動行事，而不考慮界限或是他人的需求或感覺
	快樂兒童	感覺到被愛、情感連結、愉快、滿足
不適應的因應樣態	順從的屈服者	採取屈從與依賴的因應型態；順從舊基模，表現基模應驗的行為
	不動情緒的保護者	採取情緒退縮、無情感連結、孤立，以及行為逃避的因應型態；逃避舊基模可能帶來的痛苦以保護自己
	過度補償者	採取反擊與控制的因應型態；對舊基模過度補償，表現相反行為以對抗舊基模，可能透過半適應的方法過度補償（如：工作狂）
功能不良父母樣態	懲罰的／批判的父母	限制、批評，或者處罰自己或他人
	要求的父母	設定高期望與對他人有高度責任感，迫使自己或他人去達到它們
健康成人樣態	能撫育、認可與保護脆弱兒童；能採用與互惠及自我紀律相符的原則對憤怒及衝動兒童設限；能對抗或緩合不適應因應樣態及功能不良父母樣態	

資料來源：整理自Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy.

(一)兒童樣態

兒童樣態是所有人與生俱來且普遍具有的樣態，共有4種兒童樣態（脆弱兒童、憤怒兒童、衝動/不守紀律兒童、快樂兒童），每個人的4種兒童樣態通常因其早期環境而各自發展成不同的形式，例如，邊緣型人格的案主，其「脆弱兒童」即發展成「被遺棄兒童」的形式。從案主目前的兒童樣態常常可聯結到其最重要的核心基模。

(二)不適應的因應樣態

不適應的因應樣態代表了兒童求適應的企圖，為了讓自己在有害的環境中與未被滿足的情緒需求共存，發展出3種不適應的因應樣態（順服的屈從者、不動情緒的保護者、過度補償者）。這些因應樣態在案主還是兒童時都算是適應的，但在成人世界中則常顯得不適應，因此需要改變。

(三)功能不良父母樣態

功能不良的父母樣態是案主早期內化父母形象而來，共有2種功能不良的父母樣態（懲罰/批判的父母、要求的父母）。當案主呈現此樣態時，他們採取父母過去的對待他們方式來對待自己，父母的聲音會以案主自我內言的方式呈現。

(四)健康成人樣態

每個人都有「健康成人」樣態，心理較健康者的健康成人樣態被活化時，其強度與頻率都較高。健康成人樣態發揮以下三種基本功能：(1)撫育、認可與保護脆弱兒童；(2)採用與互惠及自我紀律相符的原則來對憤怒及衝動兒童設限；(3)對抗或緩合不適應的因應樣態與功能不良的父母樣態(Young et al., 2003)。

基模樣態工作的目標，就是要強化健康成人樣態的功能發揮。

叁、運用於處理早期創傷的重要策略

一、有助基模改變的治療關係

改變基模最有力的方法之一，就是透過治療關係本身(Young, 1994; Young et al., 2003)。Young等人主張基模治療的關係必須具有以下特徵，即：(1)同理面質(empathic confrontation)的治療姿態；(2)有界限的重新裸育(limited reparenting)，視為基模衡鑑與基模改變的不可或缺成分。

(一)同理面質的治療姿態

維持這樣的治療姿態包含了要對案主維持其舊基模的原因表達理解，同時又面質案主促使他面對改變的重要性，亦即持續在同理的治療關係脈絡當中去面質案主的早期不適應基模與因應型態，以促成案主的成長。同理的面質不是一種技術，而是包含真正情感連結的一種對待案主的方式，在同理的面質當中，治療者同理案主並面質其基模，須注意在同理與面質之間尋求最理想的平衡。在治療關係脈絡中的任何時候，只要案主的基模被觸發，案主的過度反應、錯誤解釋以及非口語行為方面的表現很明顯時，治療者就要採用同理的面質。

(二)有界限的重新裸育

治療者對待案主有如好父母且示範「健康成人」樣態，除了呵護、肯定與保護案主的脆弱部份，也為其衝動的部份設定限制，這將有助於案主內化「健康成人」樣態。Young等人(2003)建議從

治療初期就要開始重新祿育案主的「脆弱兒童」樣態，提供安全與情緒支持，在治療的界限內適度滿足案主兒時或青少年未曾被滿足的核心需求，以提供「矯正性情緒經驗」(corrective emotional experience)，特別用來對抗案主的「早期不適應基模」。

二、促進基模改變的重要策略

透過創傷事件的重新改寫(rescripting)，以達到基模的改變，是基模治療很重要的部分(Arntz & van Gerderen, 2009)。處理過程不只要幫助案主在智性上理解其基模運作也要協助其在情緒上體驗這樣的歷程，而能在記憶、情緒、認知、身體感覺，以及行為等方面都發生改變。

(一)基模衡鑑與教育

在治療初期，治療師幫助案主學習辨認其早期不適應基模，並了解其基模在兒時與青少年的根源，以及了解其因應模式如何使舊基模繼續維持。此外，對案主基模的了解，也可導引治療師決定在對案主重新祿育的過程中哪個面向可能特別重要。基模衡鑑的過程經常採

用相關問卷量表(Arntz, Kloman, & Sieswerda, 2005; Lachenal-Chevallet, Mauchand, Cottraux, Bouvard, & Martin, 2006; Oei & Baranoff, 2007)，或是透過晤談與彼此關係調節，以衡鑑案主的早期不適應基模，也辨識與案主早期創傷有關的基模樣態。衡鑑後討論時，會與案主共同合作為每個基模或基模樣態命名（為了把不適應基模予以外化），採用與案主感受與行為相符的個別化名稱以作為與其晤談的共同用詞，例如：用「小○○」來代表某案主的脆弱兒童樣態。

(二)基模改變的路徑

由於適應不良的核心基模源自過去的創傷經驗，創傷經驗的重新處理被認為是治療的重要部分，Arntz與van Gerderen(2009)指出改變的歷程是沿著三條明確的路徑著手處理的：感受、思考，以及行為，同時須區分三種不同話題：治療外生活、治療中經驗，以及過去經驗，形成共九個範疇的治療技術，詳見表2，從治療時的話題焦點及選擇切入的路徑，以協助決定有哪些可能有效的治療技術選擇。

表2 三種話題焦點與三種路徑的適用治療技術參考表

話題焦點	路徑		
	感覺（體驗技術）	思考（認知技術）	行動（行為技術）
治療外生活	角色扮演當時情境； 想像當時情境； 練習感受情緒； 暴露於表現情緒	蘇格拉底式詢問； 闡述新基模； 基模對話； 閃示卡； 正面日誌	行為實驗； 技巧的角色扮演； 問題解決； 試驗新行為
治療中經驗	有界限的重新祿育； 同理的面質；	辨識案主在治療關係中的 基模；	行為實驗； 強化有功能的行為；

續 表2 三種話題焦點與三種路徑的適用治療技術參考表

治療中經驗	設限； 交換治療師與案主角色	挑戰對治療師的想法； 自我揭露	訓練與治療關係有關的行為； 治療師示範
過去經驗	過去事件的想像式重新改寫； 角色扮演過去； 雙或多椅法； 寫信表達未表達的情感	重新詮釋過去事件並整合 成新基模； 對過去扭曲的意象做歷史 性檢驗	在過去的關鍵人物身上試驗 新行為

資料來源：Arntz, A., & van Gerderen, H. (2009). Schema therapy for borderline personality disorder (p.22).

基模治療雖然強調有不同路徑，但創傷經驗重新處理時，特別強調體驗技術的運用(Arntz, 1994; Layden, et al., 1993; Young et al., 2003)。例如：Arntz(1999)建議的想像式重新改寫(imagery rescripting)是受重視的技術之一：在治療較初期階段，當案主以扮演或想像重現兒時創傷記憶場景時，治療師（或另一個安全而強大的人）進入該場景當中並且介入，介入時該角色必須示範停止當時的虐待或痛苦情境，接著特別注意負向解釋的矯正以及撫慰兒童（有想像的身體接觸）；在治療稍後的階段，讓案主逐漸學習自己介入該場景扮演停止痛苦情境的人。

無論選擇何種話題焦點與何種路徑的介入技術，介入的重點都在於重新改寫和創傷記憶有關的基模。Arntz(1999)特別提及在處理創傷記憶的重新改寫過程中須要留意的是：必須要設法消除該記憶重現時所產生的害怕，但創傷記憶與情緒的開展必須是緩慢、漸進且可預期的，並且必須由案主自己控制；此外，過去對該記憶的稚氣解釋需要重新

建構，介入時須設法讓案主了解該假定在當時雖是合理的，但不須要應用到目前的情境當中。

此外，所有技術都只有在案主對治療師已形成某種程度的信任與依附時才會成功。良好治療關係被視為基模改變的不可或缺成分，運用案主在治療關係中經驗的技術被視為治療中很重要的人際技術(Young, 1994)，治療師必須持續留意案主的基模在與治療師的治療關係當中被活化的跡象，當案主相關基模在治療關係中被活化時，治療師透過他與案主的直接互動協助案主對其信念做現實檢驗，這過程常須包含治療師方面的自我揭露在內，用以矯正案主的扭曲。此外，治療師提供對抗早期不適應基模的治療關係—重新保育，是整個過程都需留意的重點，先找出案主兒時未曾滿足的需求，在界限內合理的程度上滿足之。

(三)基模樣態工作

Young等人(2003)主張對於較失能的案主（如人格疾患等），應教導他們認識自己的主要基模樣態，以協助其觀察

自己如何從其中一個樣態翻轉入另一個。他們指出基模樣態工作有以下七個一般性步驟：

1. 辨識案主的樣態並為樣態命名。
2. (當相關時) 探索該樣態的起源及其在兒時或青少年的適應價值。
3. 將不適應基模連結到目前的困擾或症狀。
4. 展現修正或放棄某個樣態的優點，假如該樣態對接近另一樣態造成干擾。
5. 透過想像法接近脆弱兒童。
6. 引導樣態之間的對話。起初治療師示範健康成人樣態，之後由案主扮演該樣態。
7. 幫助案主類化基模工作到治療以外的生活情境當中。

此外，針對不同基模樣態的呈現，採取不同的策略重點，以邊緣型人格疾患案主（以下簡稱BPD）為例，研究發現有4種不適應基模樣態比其他疾患或正常人更為顯著(Arntz, Kloman, & Sieswerda, 2005; Lobbstael, Arntz, &

Sieswerda, 2005)，包括：「被遺棄兒童」、「不動情緒的保護者」、「懲罰的父母」，以及「憤怒兒童」。治療師在關係中即是要表現有如好父母，目標是要建立案主的「健康成人」樣態，這起初是由治療師所示範，要去照顧「被遺棄兒童」、消除「不動情緒的保護者」的疑慮並替換之、對抗並驅逐「懲罰父母」，而且要教導「憤怒兒童」適當方法來表達情緒與需求。

Young等人(2003)提及針對BPD案主4種樣態的策略重點，筆者整理如表3。其中，「被遺棄兒童」是BPD案主的「脆弱兒童」發展成的形式，聯結到案主最核心的早期基模，治療師要能設法接近此樣態，觸發其核心基模的活化。藉由同理案主的被遺棄兒童部份，治療師試著引導案主進入被遺棄兒童樣態並維持在此，然後如同父母呵護孩子般的呵護案主，在治療關係的合宜界限當中去重新祿育案主，設法滿足案主在兒時的未滿足需求，在此種支持的關係中逐漸協助案主在心理上從年幼兒童逐漸發展成為健康成人。

表3 與BPD四種樣態工作時的處遇重點對照表

基模樣態	關係重點	體驗工作	認知工作	行為工作
被遺棄兒童	受限制的重新祿育； 分享個人反應	在想像法當中，治療師呵護、同理並保護被遺棄的兒童	教育正常人類的需求與引導相關閱讀； 使案主感覺與治療師有所連結的一般認知技術	肯定技巧； 想像法與角色扮演的練習
不動情緒的保護者	解除「不動情緒的保護者」的心防，讓其他樣態出現； 同理的面質	運用想像法，請案主描繪其他樣態； 運用想像法，與「不動情緒的保護者」對話	教育案主關於此樣態的特徵； 強調情緒連結的優點 (但：原則上不建議認知工作)	練習和重要他人在一起時轉換到「被遺棄兒童」與「健康成人」

續 表3 與BPD四種樣態工作時的處遇重點對照表

基模樣態	關係重點	體驗工作	認知工作	行為工作
懲罰的父母	示範懲罰的相反面； 採取同理面質的姿態	在想像中對抗「懲罰的父母」樣態，命名且外化	教育有關正常人類的需求與感覺	行為實驗以測試當適當表達時其他人是否會如同「懲罰的父母」
憤怒兒童	關照治療者被觸發的基模； 讓案主宣洩且被同理； 為案主的憤怒行為設限	在想像法中以任何方式宣洩對重要他人的憤怒（可加上安全的身體動作）； 角色扮演以宣洩憤怒； 寫信給傷害自己的人	教育正常人類的情緒、憤怒的價值； 教導現實檢驗的技巧； 練習替代的解釋	憤怒管理； 肯定技巧； 想像法與角色扮演的練習

資料來源：整理自Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy*.

肆、結語

基模治療對於創傷經驗相關基模的改變，描繪出較寬廣的路徑且指出適合各路徑的技術，而將不同取向的治療性成分整合出一個可參考的架構，筆者認為其理論與實務具有以下參考價值：

一、基模的改變必須涵蓋多層面

創傷經驗的重新處理乃為了促進與此相關基模的改變，基模治療指出改變必須涵蓋記憶、情緒、身體感覺、認知與行為等多層面，其衡鑑也採用較多面向的做法，包括結構化的想像式晤談、基模問卷，以及對治療關係的調節等，而其介入的重點也強調涵蓋關係、情緒、認知與行為等較寬廣的路徑，以促成不同層面的改變，為其重要特點之一。然而，雖強調多層面的改變與多種介入路徑，但從文獻中仍可看到基模重新改寫過程中對體驗技術的特別重視 (Arntz, 1994; Layden, et al., 1993; Young, et

al., 2003)。儘管基模治療強調對於個體改變的不同面向予以平等看待的觀點，然情緒要素是否才是創傷經驗重新改寫的核心而具有首要地位，可待研究進一步確認。但無論從何層面切入才是最有效路徑，筆者同意基模的有意義改變最終應該涵蓋多個層面。

二、治療性關係是基模改變的不可或缺成分

因為從依附理論以及治療的歷程研究獲得基礎，基模治療非常重視治療關係，且特別強調關係中的重新裸育功能以及治療的工作同盟 (Young et al., 2003)，且認為良好關係是促進基模改變的不可或缺成份。其治療關係的運用帶有人際歷程或關係取向的色彩。

三、基模樣態的概念有助於提示在案主不同狀態下的工作重點

基模樣態的概念特別有助於提供和較失能案主工作時的參考架構，例如

BPD。筆者認為基模樣態的概念也適用於一般案主，辨識案主在當下的基模樣態，除了有助於提醒治療師在案主不同狀態下的工作重點，其中的兒童樣態（特別是『脆弱兒童』）常可聯結到案主的核心基模，對於過去創傷經驗的重新處理有所幫助。

四、基模被活化且獲得重新改寫是處遇重點

基模治療認為僅僅活化情緒並不足以引發改變，情緒被活化後的重新改寫才是重點(Arntz & van Gerderen, 2009; Young, et al., 2003)，因此，處遇過程中要先接近並活化其創傷經驗相關的舊基模，然後必須有重新改寫的過程才能促成有意義的改變。基模治療持續發展或納進各類技術的運用（特別是體驗技術），都是為了促進基模的重新改寫。

基模治療雖常被放在認知治療的領域來討論（如：Beck et al., 2004），但比起傳統認知治療或是認知行為治療，基模治療更加強調探索心理困擾的兒時及青少年起源、強調情緒技術、強調治療關係，以及改變不適應的行為組型(Young, et al., 2003)，因此更適合被視為整合型的模式。此外，由於其對基模的較廣泛定義，使得各種技術容易整合進這樣的架構中，對於處理其長期困擾與早期創傷有關的案主，可提供實務上的有意義參考。

參考文獻

Arntz, A. (1994). Treatment of borderline personality disorder: A challenge for cognitive-behavioral therapy. *Behaviour*

Research and Therapy, 32(4), 419-430.

Arntz, A. (1999). Treatment of childhood memories: Theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 715-740.

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, 226-239.

Arntz, A., & van Gerderen, H. (2009). *Schema therapy for borderline personality disorder*. London: John Wiley & Sons.

Bamer, M., & McMahon, R. (2008). Danger-early maladaptive schemas at work: The role of early maladaptive schemas in career choice and the development of occupational stress in health workers. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(2), 96-112.

Beck, A. T., Freeman, A, Davis, D. D., & Associates. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.

Harris, A. E., & Curtin, L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy & Research*, 26(3), 405-416.

- Lachenal-Chevallet, K., Mauchand, P., Cottraux, J., Bouvard, M., & Martin, R., (2006). Factor analysis of the Schema Questionnaire-Short Form in a nonclinical sample. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 20*(3), 311-318.
- Layden, M. A., Newman, C. F., Freeman, A., & Morse, S. B. (1993). *Cognitive therapy of borderline personality disorder*. Boston: Aiiyn & Bacon.
- Lobbestael, J., Arntz, A., & Sieswerda, S. (2005). Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 36*, 240-253.
- Lumley, M. N., & Harkness, K. L. (2007). Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy & Research, 31*(5), 639-657.
- Oei, T., & Baranoff, J., (2007). Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. *Australian Journal of Psychology, 59*(2), 78-86.
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy*. New York: Guilford Press.