

Training Metacognitivo for Disturbo Borderline di Personalità (B-MCT)

- Manuale -
aggiornato al 10/2013

**Steffen Moritz*, Lisa Schilling*, Lena Jelinek & Ulf
Köther (2013)**

**Translated by: Stefano Sanzovo, Michele Viel & Daniela
Tartaglione**



H. Sieverding: No title 8 from the Horizons series. Acrylic on canvas 60 x 80 cm, 2009.
License: Attribution-no derivative works 2.0 US-American (not ported) (CC BY-ND 2.0);
<http://www.flickr.com/photos/18225028@N02/4245016061/>

*** gli autori hanno contribuito in maniera uguale alla pubblicazione**

Ringraziamenti

Vogliamo ringraziare I nostri collaboratori del training metacognitivo per le psicosi (MCT) – specialmente la Sig.ra Bohn, il Dr. Veckenstedt, la Sig.ra Randjbar – e per i pazienti con depressione (D-MCT) – il Dr. Jelinek e il Dr. Hauschildt. Molti contenuti di questi due training sono stati incorporati in questo B-MCT e hanno ispirato ulteriori progetti.

Ci piace anche ringraziare I nostri colleghi Janne Hottenrott, Kenneth Kronenberg, Brooke Viertel, Julia Bierbrodt, Vivien Braun, Birgit Hottenrott, Johanna Schröder, Teresa Thöring, e Vivien Niehaus, che ci hanno supportato con lo sviluppo del programma nella fase iniziale e con il manuale.

I nostri pazienti meritano dei ringraziamenti speciali per I loro numerosi feedback che hanno contribuito al continuo sviluppo dei moduli.

I nostri ringraziamenti anche a Friedrich Althausen per la “Vollkorn” font (Open Font License; “Vollkorn”, http://friedrichalthausen.de/?page_id=411).

Donazioni

Rimane un nostro obiettivo fornire i programmi di training gratis. Tuttavia, la ricerca ha dei costi alti in termini di tempo e risorse finanziarie, specialmente considerata l'attuale scarsità di finanziamenti pubblici. Se vuoi supportare I nostri sforzi per continuare a fornire il TMC gratis, ti saremmo molto grati per le tue donazioni. Rimaniamo a disposizione per ogni quesito o problemi di applicazione del training. Garantiamo che tutti I finanziamenti verranno utilizzati per ulteriori ricerche, quali la traduzione in altre lingue e la creazione di nuovi grafici. Su richiesta forniamo ricevuta della avvenuta donazione, deducibile dai redditi a seconda delle leggi vigenti.

Destinatario: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Banca: Hamburger Sparkasse (sort code: 200 505 50)

Account Number: 1234363636

Motivazione (è importante!): Borderline-MCT – 0470 / 040

IBAN: DE54200505501234363636

BIC/Swift: HASPDEHHXXX

Introduzione

Mentre le vecchie teorie sul Disturbo Borderline di Personalità (DBP) vedevano come caratteristica primaria un meccanismo di difesa simil – psicotico, oggi il sintomo principale è visto in una disregolazione emozionale (Herpertz, 2011). Secondo questa teoria il DBP è caratterizzato da un rapido aumento di intensa irritabilità emotiva, spesso seguita da lesioni auto inferte o da fenomeni dissociativi. Lungo il sintomo cardine di una disregolazione affettiva, il DBP si manifesta con una instabilità dell'autostima, problemi di interazione sociale, disturbi del comportamento, accompagnati da deficit nel funzionamento cognitivo quali sintomi dissociativi e disfunzione nell'elaborazione delle informazioni (American Psychiatric Association, 1994).

Con una prevalenza lifetime tra il 3 e il 6% (Grant et al., 2008; Trull, Jahng, Tomko, Wood & Sher, 2010), il DBP è uno dei più comuni disturbi mentali. I risultati dell' "Heidelberg school study" (Brunner et al., 2007), che ha coinvolto più di 5000 studenti, sono allarmanti. Si è scoperto un aumento dell'incidenza di comportamenti autolesionisti: il 10.9% degli studenti con una media di 14.9 anni ha riportato occasionali forme (da 1 a 3 volte l'anno) di autolesionismo; l'8% ha riferito uno o più tentativi di suicidio.

Il DBP si caratterizza anche per un'alta comorbidità, specialmente con i disturbi affettivi (Tadic et al., 2009; Zanarini et al., 1998). Inoltre, molti DBP mostrano temporaneamente credenze paranoide o sintomi allucinatori. In un confronto tra DBP e psicosi, Barnow et al. (2010) segnala che più del 75% di pazienti borderline soffre di esperienze dissociative e pensieri paranoici. Tra il 20 e il 50% di DBP mostra sintomi psicotici (Schröder, Fisher & Schäfer, 2013).

Opzioni terapeutiche per il DBP

Terapie e ricerche sul DBP si sono intensificate negli ultimi 10 anni. (Jacob, Allemann, Schornstein & Lieb, 2009). Tuttavia, numerosi terapeuti ancora si rifiutano di lavorare con questi pazienti con il presupposto che sono difficili da trattare (Jobst, Hörz, Birkhofer, Martius & Rentrop, 2009). Inoltre, il trattamento è associato ad alti costi: in Germania, per esempio, circa 4 miliardi di euro all'anno sono spesi per la terapia dei DBP – il 15-20% del costo totale di tutti i pazienti ricoverati in reparti psichiatrici (Bohus and Kröger, 2011).

Nonostante le difficoltà menzionate in precedenza, la psicoterapia è considerata il metodo di scelta per il DBP (Rommel and Bohus, 2006). Attualmente esistono vari tipi di interventi manualizzati ed evidence-based (per una panoramica, vedi Barnicot et al., 2012; Zanarini, 2009), tra cui la terapia dialettica comportamentale (Dialectical Behavior Therapy – DBT - Linehan, 1993), la terapia basata sulla mentalizzazione (Mentalization Based Therapy - Bateman and Fonagy, 2004), la schema therapy (Young, Klosko & Weishaar, 2003), la Transference-Focused Psychotherapy (Kernberg, 1984), e il Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS; Blum, Bartels, St. John & Pfohl, 2002).

Per una rassegna sull'impact factors della psicoterapia per DBP, si può fare riferimento all'articolo di Barnicot et al. (2012).

L'intervento più diffuso è la DBT, che dà anche le maggiori prove di efficacia. In una meta-analisi di Kröger e Kosfelder (2010) che include 10 studi per un totale di 295 pazienti, l'efficacia

della DBT ha un effect size di $d = 0.62$, che significa un effetto medio; il dropout è circa di un terzo dei pazienti (Kröger and Kosfelder, 2010).

Le forme di psicoterapia a disposizione danno una diminuzione dei sintomi in una larga fetta di pazienti; tuttavia, spesso non portano a remissione. Molti pazienti con parziale DBP continuano a soffrire di significativa tensione psicologica, povera qualità di vita, e difficoltà nel funzionamento psicosociale (Barnow et al., 2006; Reed, Fitzmaurice & Zanarini, 2012; Zanarini, Frankenburg, Bradford Reich & Fitzmaurice, 2010).

Training Metacognitivo (TM) per pazienti con DBP

Alla luce della risposta subottimale in molti pazienti, una media dimensione dell'effetto della psicoterapia, e l'alto tasso di dropout (Sollberger and Walter, 2010; Zanarini, 2009), è evidente che c'è bisogno di misure effettive, a bassa soglia, per completare le varie opzioni di trattamento. Inoltre, è necessario focalizzarsi su alcuni specifici stili di pensiero disfunzionali (come l'eccessiva fiducia nel riconoscimento delle emozioni), così come sui noti deficit cognitivi (quali il pensiero dicotomico), tipici del DBP.

Il nostro gruppo ha proposto questo eclettico concetto aggiuntivo, che è attribuibile alla terapia cognitivo comportamentale, nella forma del TM per DBP. Basato sui nostri studi preliminari (Moritz et al., 2011; Schilling et al., 2012) e sui risultati ulteriormente replicati nel campo della ricerca cognitiva di base, quali il TM per pazienti con psicosi (Moritz, Vitzthum et al., 2010b) e con depressione, abbiamo adattato il TM ai pensieri specifici dei pazienti con DBP. Molti nuovi esercizi sono stati aggiunti.

Ulteriori informazioni sul background teorico, la struttura e lo sviluppo del TM, nonché gli specifici contenuti dei suoi moduli, vi saranno presentati di seguito.

**Vi auguriamo i migliori successi
come conduttori di training!**

Background teorico

In aggiunta alle funzioni neuropsicologiche di base quali la memoria (Dell'Osso, Berlin, Serati & Altamura, 2010; LeGris and van Reekum, 2006), la ricerca sui DBP si sta sviluppando su specifici *pregiudizi cognitivi* riferiti ad un'alterazione nella selezione e nella processazione delle informazioni. La ricerca sulle distorsioni di pensiero specifiche dei DBP è strettamente collegata al concetto di schema (vedi la sezione successiva). Recentemente è stata influenzata dagli studi sperimentali sulle distorsioni di pensiero collegate alla psicosi (Bell, Halligan & Ellis, 2006; Freeman, 2007; Moritz et al., 2011; Moritz, Vitzthum et al., 2010a). I paradigmi dalla *teoria della mente* (Domes, Schulze & Herpertz, 2009) e ultimamente dall' *overconfidence*, l'eccesso di sicurezza di sé (Schilling et al., 2012) o dalla *attribuzione* (Moritz et al., 2011) si sono rivelati utili per capire il DBP. Parti di questi studi verranno riassunte qui sotto.

Per un panorama sui processi cognitivi del DBP, possiamo riferirci alla rassegna di Baer et al. (2012).

Distorsioni di pensiero basate sullo Schema: scissione e pensiero dicotomico

La teoria cognitiva dei disturbi di personalità (Beck, Freeman & Davis, 2004) postula che i sintomi cardine come la disregolazione degli affetti e gli specifici problemi interpersonali siano causati e sostenuti da schemi cognitivi disfunzionali (Domes et al., 2009). Gli schemi sono considerati come unità di elaborazione di base e possono essere attivati molto facilmente (Barnow, Stopsack, Grabe, Meinke & Spitzer, 2009). Una volta attivati dominano il processo informativo e possono portare a una percezione distorta dell'ambiente (Beck et al., 2004). Gli schemi si manifestano nelle cosiddette "assunzioni di base" che influenzano sia l'autovalutazione che la valutazione degli altri e dell'ambiente. Secondo il modello cognitivo, sono tre le assunzioni di base distorte che dominano i pazienti con DBP: 1. "Sono intrinsecamente cattivo e inaccettabile"; 2. "Sono debole e vulnerabile"; 3. "Il mondo è pericoloso e ostile" (Pretzer, 1990). Si pensa che queste assunzioni di base, quando presenti contemporaneamente, possano portare ad esperienze contraddittorie (Beck et al., 2004; Linehan, 1993; Pretzer, 1990; Renneberg and Seehausen, 2010). Per esempio, se mi sento debole e vulnerabile (assunzione di base 2), il supporto degli altri in un mondo percepito come pericoloso (assunzione di base 3) diventa essenziale. Ma contemporaneamente non riesco a credere agli altri. Questa contraddizione presumibilmente contribuisce, assieme ad altre cose, a rendere instabile sia l'umore che le relazioni, che possono per esempio oscillare tra l'essere ansioso e aggrappato agli altri e il cacciarli via (Bhar, Brown & Beck, 2008). Inoltre, come risultato di queste conflittuali assunzioni di base, i DBP presumibilmente vivono in uno stato di ipervigilanza (Sieswerda, Arntz, Mertens & Vertommen, 2007). Questa ipervigilanza per gli stimoli sociali, che indica minaccia o rifiuto, è stata empiricamente dimostrata (Arntz, Appels & Sieswerda, 2000; Sieswerda, Arntz, Mertens et al., 2007). Per esempio, il test di Stroop rivela un più alto tempo di reazione nel nominare il colore quando le parole presentate avevano una valenza minacciosa (Arntz et al., 2000). Ancora, molti studi (es., Barnow et al., 2009) hanno dimostrato che le persone con DBP attribuiscono agli altri maggiori caratteristiche negative ed aggressive rispetto ai controlli sani, il che può ulteriormente contribuire alle esperienze minacciose. È stato comunque dimostrato che la psicoterapia, quando ha successo, può ridurre l'ipervigilanza nei DBP (Sieswerda, Arntz & Kindt, 2007).

Oltre a queste assunzioni di base, si trova molto frequentemente il meccanismo di difesa chiamato scissione (Kernberg 1967): i pazienti con DBP sembrano non giudicare le esperienze basate su un continuum, ma in categorie estreme e che si escludono a vicenda, come “buono” o “cattivo” (Dulz and Schneider, 2004). Questo porta a estreme interpretazioni degli eventi e quindi a estreme reazioni emozionali. Inoltre, sempre dovuto alla scissione, gli aspetti negativi e positivi di una persona non possono essere integrati in un intero, il che porta a un'alternata idealizzazione o disillusione dell'altro (Kernberg, 1967). Nella teoria cognitiva, il termine “pensiero dicotomico” (o “bianco-e-nero”) descrive un processo simile alla scissione, ma una significativa differenza è la multidimensionalità (per esempio, la bipolarità). Di conseguenza, I pazienti con DBP giudicano gli altri in maniera estrema, sia in senso positivo che negativo (Arntz and Veen, 2001; Napolitano and McKay, 2007).

Oltre alle assunzioni di base negative e al pensiero dicotomico, altri modelli di pensiero negativo possono essere trovati nei DBP, e saranno riassunti di seguito. Formeranno la base per i nostri 8 moduli.

Siccome certi processi mentali, come le attribuzioni, sono raramente presi in considerazione nella letteratura esistente, il loro background teorico sarà trattato più estesamente. D'altra parte, la descrizione di concetti che sono ampiamente dibattuti in letteratura, come l'autostima, saranno presi meno in considerazione, rimandando ai rispettivi lavori.

Attribuzione (modulo 1)

Quando si verificano eventi significativi, le persone prima si chiedono cosa li abbia causati, e poi gli attribuiscono una causa (Heider, 1977). Modelli di attribuzione sono stati analizzati a fondo sia per la depressione che per la schizofrenia. Westen (1991) ha fornito una descrizione dettagliata dello stile attribuzionale specifico del DBP.

Westen identifica l'egocentrismo come la prima caratteristica dello stile attribuzionale nei DBP. Già i primi studi con test proiettivi avevano rivelato che i DBP tendono ad essere molto egocentrici nelle loro attribuzioni. Egocentrismo significa, secondo Piaget (1951), una mancanza di differenziazione tra il sé e l'altro, una sorta di “radicamento nel proprio punto di vista” (Looft, 1972). Riguardo allo stile attribuzionale, l'egocentrismo si manifesta in tre modi (sempre Westen, 1991). Innanzitutto, nei DBP, le attribuzioni sono più collegate alle persone, e i pazienti considerano loro stessi la causa predominante degli eventi. Inoltre, per certi meccanismi di difesa come la proiezione, il DBP non riesce a integrare la propria percezione con la percezione degli altri. Il risultato è che spesso attribuiscono le loro motivazioni ad altre persone e vice versa. Inoltre, quando si concentrano troppo sui loro sentimenti (dolorosi), i processi attribuzionali non vengono nemmeno attivati, e loro non sono capaci di accettare nessuna spiegazione, nemmeno le più plausibili. Westen (1991) inoltre segnala la tendenza ad attribuire malevolenza (“a dare la colpa della sfortuna a esterne, malvolenti forze”, p.217) come una seconda caratteristica dello stile attribuzionale dei pazienti. Questo può essere connesso a un pregiudizio negativo sull'empatia e il riconoscimento delle emozioni (vedi la sezione “teoria della mente”).

Basata sull'osservazione clinica, la terza caratteristica degli stili attribuzionali è l'inesattezza delle attribuzioni. E quindi le spiegazioni causali sono spesso illogiche e imprecise (Silk, Lohr, Westen & Goodrich, 1989). La storia dell'apprendimento sociale presumibilmente diventa

importante qui: se le azioni dei loro genitori sono state spesso percepite come capricciose e difficili da spiegare, lo sviluppo dell'abilità di differenziare le attribuzioni nell'infanzia sarà ostacolata (Westen, Ludolph, Block, Wixom & Wiss, 1990).

Westen cita il concentrarsi sugli affetti come una caratteristica determinante dello stile attribuzionale. I processi attribuzionali sembrano essere polarizzati in "buono" e "cattivo": le attribuzioni derivano da "buoni" motivi e "buone" persone e da "cattivi" motivi e "cattive" persone. Inoltre, eventi relativamente innocui sono catastrofizzati con una rappresentazione univalente (per es. "lui mi lascerà, perché io non lo merito". Tuttavia, al contrario dei pazienti depressi, i DBP tendono a fare delle attribuzioni globali, riferite a se stessi e a gli altri, anche per eventi positivi.

In uno dei nostri studi (Moritz et al., 2011; Schilling, Moritz, Köther, Wingenfeld & Spitzer, 2010, November) abbiamo usato la versione aggiornata dell'*Internal, Personal and Situational Attributions Questionnaire* (IPSAQ-R; Kinderman and Bentall, 1996), dimostrando uno stile attribuzionale alterato nelle persone affette da DBP. I risultati sono in accordo con Westen: i pazienti con DBP tendono ad attribuire una proporzione maggiore della causa degli eventi a loro stessi rispetto ai controlli sani. Di contro, hanno attribuito la causa degli eventi positivi in piccola percentuale agli altri e molto raramente alla situazione. L'eccessiva internalizzazione del successo o del fallimento possono contribuire a questa sorta di egocentrismo (Westen 1991, "Il sé è vissuto come il centro causale dell'universo sociale" p. 217). Perciò i nostri risultati che dimostrano che i pazienti con DBP fanno più attribuzioni monocausali (Moritz et al., 2011) sono in accordo con queste ipotesi.

Ruminazione e catastrofizzazione (modulo 2)

La ruminazione sembra essere un sintomo centrale nei DBP, e marca la comparsa e la severità dei modelli di comportamento. Di conseguenza, il *Modello a Cascata Emozionale* (MCE; Selby and Joiner, 2009) postula che un effetto negativo inneschi inizialmente la ruminazione. Ruminazione che poi tende a un ulteriore aumento delle emozioni negative, che a loro volta portano ad un aumento della ruminazione. Alla fine questo circolo vizioso crea uno stato emozionale estremamente spiacevole che può sfociare in un comportamento auto aggressivo (per es., autolesionismo, abuso di sostanze...). Ma serve ad allontanare l'attenzione dallo spiacevole stato emozionale e dai pensieri ruminativi. La validità dell'MCE è stata dimostrata empiricamente. In un numero considerevole di studenti, Selby (2009) ha trovato una relazione significativa tra la severità dei sintomi del DBP e la ruminazione. Ruminazione che media la relazione tra i sintomi e i modelli di comportamento disfunzionali, quali il binge eating. Un altro studio (Sauer and Baer, 2012) ha messo in luce che ruminare anche solo per pochi minuti ha un effetto significativo sull'umore e sulla tolleranza agli stress nei pazienti con DBP. E la ruminazione depressiva non è sufficientemente spiegata dai sintomi depressivi esistenti (Abela, Payne & Moussaly, 2003). Quindi Baer et al. (2012) differenziano tra ruminazione depressiva e ruminazione associata alla rabbia. La rabbia presumibilmente si manifesta nel DBP in connessione con la ruminazione ed è un predittore dei sintomi specifici del disturbo più forte della sola ruminazione depressiva (Baer und Sauer, 2011).

In conclusione, vari studi supportano l'ipotesi che nel DBP la ruminazione possa far aumentare stati emozionali spiacevoli, in particolare rabbia ed aggressività. Il comportamento

disfunzionale può comparire proprio come conseguenza della ruminazione. Al contrario che nella depressione, la ruminazione nel DBP sembra focalizzarsi sulla rabbia e sulle preoccupazioni interpersonali.

Secondo molti autori, un'altra importante distorsione del pensiero nel DBP è la catastrofizzazione, che si concentra sui possibili eventi negativi nel futuro (Selby and Joiner, 2009). In molti casi tuttavia la catastrofizzazione può essere interpretata come un epifenomeno della ruminazione o del pensiero dicotomico: il paziente non riesce a bilanciare differenti influenze e prospettive, e si sente già condannato. La preoccupazione con pensieri negativi inoltre indebolisce altre aree funzionali, quali la memoria (Domes et al., 2006). Se il paziente la collega ad un presunto abbandono, la catastrofizzazione può anche giocare un ruolo importante nell'accusare il partner di essere infedele senza sufficienti prove (Selby and Joiner, 2009). In forma estrema questo processo di pensiero può sviluppare ideazioni paranoide o veri e propri deliri.

Teoria della mente (empatizzare) ed eccesso di fiducia nei giudizi (moduli 3 e 5)

La Teoria della Mente (TM) rappresenta le funzioni cognitive e sociali quali l'empatia ed il riconoscimento degli affetti. E' stata esaminata per prima in persone con autismo e schizofrenia. Dal 1990 la ricerca sui paradigmi emotivi nei DBP è cresciuta e ha ipotizzato che i problemi interpersonali possano essere correlati in questi pazienti, assieme ad altre cause, anche a processi cognitivi e sociali alterati. Secondo alcuni studi i pazienti con DBP non differiscono dai soggetti sani nel riconoscimento delle emozioni (metanalisi di Domes et al., 2009). Tuttavia altre ricerche hanno sottolineato come nel DBP ci sia un aumento della tendenza ad attribuire emozioni negative come rabbia o disgusto ad espressioni facciali neutrali (Domes et al., 2008; Unoka, Fogd, Fuzy & Csukly, 2011). Questa percezione distorta è coerente con la terza ipotesi di base ("Il mondo è pericoloso ed ostile") del modello cognitivo di Pretzer (1990), menzionato sopra, e può contribuire ad un'esperienza di aumentata minaccia od ostilità nei pazienti con DBP.

Anche uno dei nostri studi ha mostrato una sicurezza anormale nel riconoscimento delle emozioni nel DBP (Schilling et al., 2012). Qui l'esame della TM è stato interpretato con la versione riveduta del test "*Reading Mind in the Eyes*" – "Leggere la mente negli occhi" (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste & Plumb, 2001). In termini di tasso di errore, DBP e controlli sani hanno risultati equivalenti. In questo studio, la confidenza nelle risposte dei partecipanti è stata studiata per la prima volta. Al contrario dei controlli sani, i pazienti affetti da DBP erano sicuri dell'interpretazione delle espressioni facciali visualizzate nel 100% dei casi. Data però l'ambiguità dello stimolo, la certezza in queste risposte deve essere considerata imprudente considerando la confusione e gli errori nella vita di tutti i giorni. Una simile eccessiva confidenza è ben documentata anche in pazienti con psicosi (e.g., Moritz, Woodward & Rodriguez-Raecke, 2006). Per di più, è stato rilevato in altri studi di cognizione sociale (Arntz & Veen, 2001; Barnow et al., 2009) che, comparati con i controlli sani, i DBP vedevano più spesso nelle altre persone attributi negativi o aggressivi (per es. alla visione di spezzoni di film). E questo può aumentare la sospettosità o la percezione di una minaccia. In aggiunta, il DBP spesso mostra una forte sensibilità al rifiuto (Dulz, Herpertz, Kernberg & Sachsse, 2011; Staebler, Helbing, Rosenbach & Renneberg, 2011).

Altri paradigmi sperimentali sono stati usati per esaminare la teoria della mente, come il "*cartoon task*" (Ghiassi et al., 2010), il "*faux pas task*" (Harari et al., 2010), e il "*Movie for the*

Assessment of Social Cognition” - MASC (Preißler et al, 2010). In quest’ultimo studio, i pazienti con DBP che non dimostravano differenze al “*Reading Mind in the Eyes test*” palesavano deficit nel riconoscere emozioni, pensieri e intenzioni, rispetto al gruppo di controllo di pazienti sani, con il MASC (Dziobek et al., (2006). Inoltre, la comorbidità di un disturbo post traumatico da stress o di un trauma sessuale erano predittori negativi di abilità sociali e cognitive. Nello studio di Ghiassi (2010) diventa evidente una correlazione negativa tra la qualità dell’affetto dei genitori (per es, nella mancanza di affidabilità, rifiuto o iperprotezione) e le abilità di mentalizzazione (per una descrizione del concetto di mentalizzazione, vedi Bateman and Fonagy, 2004). E ancora, Harari (2010) ha dimostrato nei DBP una più alta empatia affettiva ed una più bassa empatia cognitiva rispetto ai controlli sani.

Ulteriori studi recenti indicano una sorte di ipermentalizzazione o ipersensibilità in gente con il DBP (Schulze et al., in press; Frick et al., 2012, Franzen et al., 2011; Sharp et al., 2011). Come già spiegato nella sezione “stile attribuzionale”, i pazienti con DBP possono avere difficoltà nel vedere le cose nella prospettiva di un altro, specialmente quando sono coinvolte emozioni forti. Questo può essere connesso con il già descritto stile attribuzionale “egocentrico”, così come l’incorporamento delle loro proprie percezioni. Per una recente disamina sulla cognizione sociale nel DBP, vedi Roepke (2013).

Scoprire il positivo (modulo 4)

I DBP sembrano avere la tendenza a focalizzarsi sugli aspetti negativi, per esempio nel riconoscimento delle emozioni, e ricordare le informazioni negative piuttosto che gli aspetti positivi (Baer et al., 2012; Dulz et al., 2011; Jorgensen et al., 2012). Di conseguenza, il B-MCT è progettato per insegnare ai pazienti a riportare la loro attenzione sugli aspetti positivi dell’ambiente, o piuttosto a non perderli di vista. Inoltre, questo modulo si riferisce anche alla ricerca di significato (cfr Frankl, 2006) così come al concetto di “accettazione radicale” della terapia dialettica comportamentale (TCD; Linehan, 1993). Di conseguenza, non è sempre possibile per le persone cambiare le situazioni difficili da soli. Può essere utile gestire ed elaborare le situazioni per accettarle (per una dettagliata descrizione del concetto di accettazione radicale, Bohus and Wolf, 2009). Inoltre, le crisi e le situazioni difficili offrono sempre l’opportunità di un cambiamento positivo e possono essere considerate come sfide. Oltre alla percezione alterata, i punti di forza e le capacità dei pazienti dovrebbero essere riconosciuti, e promossi favorendo le risorse piuttosto che i deficit (Fiedler and Renneberg, 2007).

Come già accennato all’inizio, i pazienti con DBP spesso presentano presupposti e pensieri contraddittori che contribuiscono a uno stato emotivo spiacevole e possono portare a intenti conflittuali (per una descrizione dettagliata e uno strumento per misurare gli antagonismi cognitivi, vedi Renneberg et al., 2005). Queste incoerenze del pensiero e le possibili conseguenze in termini di azioni ed emozioni saranno spiegate durante il training, in accordo con la teoria della dissonanza cognitiva secondo Festinger (1978).

Autostima (modulo 6)

In uno dei nostri studi preliminari le persone con DBP avevano l’autostima più bassa di un gruppo di controllo sano alla scala di Rosenberg (RSE; Rosenberg, 1965). Siccome questo è molto rilevante per il DBP, la TCD fornisce un modulo appositamente creato allo scopo (vedi anche Jacob & Potreck-Rose, 2007; Jacob, Richter, Lammers, Bohus & Lieb, 2006). Nel nostro training dedichiamo una sessione a questo argomento nel quale il focus è sul processo

cognitivo dell'informazione che può influenzare l'autostima. A questo punto dobbiamo accertarci quanta familiarità abbiano i partecipanti con la TDC..

Saltare alle conclusioni (modulo 7)

Il DB è caratterizzato dall'impulsività (criterio diagnostico 4, DSM-IV). I pazienti tendono spesso ad agire imprudentemente, cosa di cui dopo possono pentirsi, portandoli a sviluppare sentimenti di colpa o autodenigrazione. L'impulsività può causare conflitti, soprattutto nei rapporti interpersonali. Una distorsione del pensiero che è ben documentata nei pazienti con schizofrenia (cf. e.g. Fine, Gardner, Craigie & Gold, 2007; Lincoln, Ziegler, Mehl & Rief, 2010) potrebbe essere legata all'impulsività: il cosiddetto pregiudizio "saltare alle conclusioni". E' la tendenza a dare giudizi basati su un insufficiente quantità di informazioni. Nel già citato studio del nostro gruppo di lavoro il pregiudizio è stato investigato nei pazienti con DBP per la prima volta, usando una modificazione del compito di Garety, Hemsley & Wessely (1991). Comparati ai soggetti sani, i pazienti con DBP giungono più facilmente a conclusioni affrettate, anche se in maniera meno frequente rispetto ai soggetti schizofrenici. Al contrario nell'autovalutazione (*Cognitive Biases Questionnaire for Psychosis - CBQP*; Schwannauer et al., 2010), può essere trovata nei DBP una chiara tendenza a saltare alle conclusioni ancora più marcata che nei pazienti schizofrenici.

Umore (modulo 8)

Il DBP è caratterizzato da un'alta comorbidità con i disturbi affettivi. Di conseguenza, più della metà dei pazienti soffre anche di depressione (Tadić et al., 2009; Zanarini et al., 1998). Inoltre, i pazienti con DBP tendono a porre a loro stessi richieste eccessivamente elevate (Jacob et al., 2006), che a loro volta possono avere un impatto negativo su umore ed autostima. Il modulo discute le distorsioni di pensiero che sembrano accompagnare lo sviluppo e il mantenimento della depressione. Questo include le semplificazioni "tutto-o-nulla" (es. "Siccome ho fatto un pasticcio al lavoro, sono un perdente totale"), secondo il concetto cognitivo comportamentale di Aaron Beck (1979), come le "generalizzazioni eccessive" (es. "Se ho fallito una volta, fallirò sempre") delle situazioni (per l'evidenza empirica delle generalizzazioni eccessive, vedi Carver, 1998). I modelli di pensiero avverso dovrebbero esser resi consapevoli e sostituiti da cognizioni più positive / realistiche.

Per una descrizione più dettagliata delle distorsioni di pensiero legate alla depressione, ci si può riferire al manuale di Jenike et al. (2011) reperibile gratuitamente anche al nostro sito (www.uke.de/depression).

Risultati attuali sull'efficacia

Risultati attuali sul B-MCT

La fattibilità del B-MCT e il suo gradimento da parte degli utenti sono stati testati in uno studio preliminare nel 2010. 57 pazienti con DBP sono stati reclutati dal reparto disturbi di personalità del dipartimento di psichiatria e psicoterapia dell'Università di Hamburg-Eppendorf. Le sessioni del training sono state condotte una volta alla settimana in gruppi di minimo otto partecipanti; ogni sessione durava 60 minuti. Per ottenere un iniziale feedback sull'efficacia del training, abbiamo somministrato la versione breve del borderline symptom

list (BSL-23; Bohus et al., 2009), che registra la severità dei sintomi prima e dopo l'intervento. Inoltre abbiamo annotato le variabili sociodemografiche e i farmaci assunti.

La valutazione ha dimostrato un deciso effetto del trattamento sui sintomi come rilevato dal BSL-23 ($F = 4.73$; $p = .039$, $\eta^2_{\text{partial}} = .154$). Ai pazienti è stata data inoltre la possibilità di presentare dei suggerimenti per il miglioramento dei contenuti. Abbiamo investigato possibili sovrapposizioni con altri interventi (es. DBT) con l'aiuto dei questionari. I partecipanti hanno stimato che l'entità delle sovrapposizioni, DBT inclusa, sia stata molto bassa. Tuttavia non abbiamo potuto formare un gruppo di controllo per carenza di risorse.

Per questi deficit metodologici, i risultati devono essere considerate preliminari e devono essere sostenuti da studi ulteriori. Il materiale formativo è stato ampiamente rivisto e ampliato basandoci sulla nostra esperienza con lo studio preliminare.

Dal 2013 sono in corso due studi randomizzati controllati (all'University Medical Center Hamburg-Eppendorf e all' Asklepios Medical Center Nord-Wandsbek) con il B-MCT modificato per testare l'efficacia in confronto con un gruppo sportivo e uno di rilassamento). Un ulteriore obiettivo dello studio è scoprire nuovi modi di pensiero nei pazienti con DBP.

Per essere aggiornati sui nostri studi **www.uke.de/borderline**.

Per una sommaria presentazione degli studi di efficacia del TMC per pazienti con psicosi, si può fare riferimento a Moritz, Vitzthum et al. (2010a).

Struttura e contenuto

Prima di presentare i moduli in dettaglio, vorremmo affrontare alcuni aspetti organizzativi. Il B-MCT è un programma terapeutico di formazione di gruppo cognitivo comportamentale. Poiché il materiale per la formazione metacognitiva è, per lo più, auto-esplicativo e consente la modifica del programma per i singoli pazienti, abbiamo cercato di mantenere il manuale in un formato ridotto. Tuttavia, lo studio delle sezioni seguenti non sostituisce in alcun modo un esame approfondito dei concetti teorici.

Il programma di allenamento metacognitivo per i pazienti con BPD include i seguenti materiali (**vedere www.uke.de/borderline**):

- Otto presentazioni PowerPoint® in formato pdf
- Manuale
- Otto volantini follow up
- Carte rosse e gialle
- Regole di gruppo

Numero di moduli e frequenza delle sessioni

Il programma è composto da un totale di otto moduli. L'assegnazione di due moduli a settimana si è dimostrata efficace.

Durata di una sessione

Ogni sessione dura tra i 45 ei 60 minuti.

Numero di partecipanti

Le dimensioni del gruppo dovrebbero variare tra 3 e 10 pazienti.

Apertura di ogni sessione

Considerato che il gruppo è aperto e i nuovi partecipanti possono aderire in qualsiasi momento, ti consigliamo di organizzare un breve giro introduttivo all'inizio della sessione. Quindi, far spiegare ai partecipanti già esperti lo scopo e le specifiche della formazione ai nuovi arrivati (vedere "Presentazione del programma ai nuovi partecipanti"). Inoltre, sempre all'inizio, è opportuno chiedere se qualcuno ha delle domande sull'ultima sessione, oppure quali contenuti sono già stati messi in pratica dai partecipanti.

Fine di ogni sessione

Anche se non tutti gli esercizi sono stati completati entro la fine della sessione, dovresti saltare alle diapositive finali, che riassumono gli obiettivi di apprendimento. **Chiedi ai partecipanti cosa hanno imparato dalla sessione e quali strategie vorrebbero provare.** Infine, distribuisce i volantini contenenti un breve riassunto dei temi trattati. Inoltre, consegna ad ogni nuovo partecipante una carta gialla e una rossa (grosso modo le dimensioni di un biglietto da visita) alla fine della prima sessione, insieme alle istruzioni su come usarle.

Il cartellino giallo solleva tre domande fondamentali, che i partecipanti dovrebbero consultare all'occorrenza quando, ad esempio, si sentono offesi o insultati:

1. *Quali sono le prove?*
2. *Ci sono punti di vista alternativi?*
3. *Anche se ho ragione - sto esagerando?*

Queste domande sono progettate per spingere i partecipanti a riconsiderare le prove disponibili prima di trarre conclusioni affrettate, false e forse consequenziali. Il cartellino rosso è una carta di emergenza. I pazienti sono incoraggiati a scrivere numeri di telefono di persone e istituzioni che possono essere contattate quando è necessario un aiuto. I pazienti devono sempre portare con sé entrambe le carte (ad es. nel loro portafoglio).

Disposizione della stanza

È necessaria una stanza silenziosa con sedie e attrezzature sufficienti per proiettare le diapositive su un muro o uno schermo bianco.

Equipaggiamento necessario

Sono necessari un proiettore e un laptop o PC dotati di Adobe Acrobat reader® (download gratuito). Le diapositive dovrebbero essere visualizzate nella modalità a schermo intero di Adobe Acrobat.

Formatori professionisti con esperienza

I formatori sono preferibilmente psicologi o psichiatri che hanno esperienza con pazienti con BPD. Anche gli infermieri psichiatrici e i terapeuti occupazionali possono essere idonei se ben istruiti. Teoricamente, i formatori dovrebbero avere esperienza precedente nel moderare le sessioni di gruppo. Inoltre, dovrebbero avere familiarità con la dissociazione che può verificarsi con i pazienti con BPD.

Consigli generali e gestione di situazioni difficili durante le sessioni

Nonostante il feedback molto positivo della formazione ricevuto dai pazienti nella nostra clinica, possono emergere situazioni difficili. Di seguito, forniamo raccomandazioni su come affrontare in modo costruttivo queste situazioni.

È controproducente reagire in modo eccessivo allo scetticismo di alcuni pazienti (soprattutto durante la prima sessione). Tuttavia, il comportamento dirompente dovrebbe essere prevenuto. Il formatore può, a questo punto, fare riferimento alle regole di gruppo (vedere pagina 17).

Dato che gli esempi in ogni modulo sono pensati per servire principalmente come incoraggiamenti, è importante includere gli esempi dei partecipanti nella formazione. Questo chiarisce la rilevanza del programma per la vita di tutti i giorni (quando mostri la diapositiva "Perché lo facciamo?", chiedi come i partecipanti possono collegarsi alle descrizioni). In questo modo, è più facile, per la maggior parte dei pazienti, tracciare un legame con se stessi e le loro vite quotidiane. Inoltre, può essere utile prendere esempi dalle sessioni precedenti. In alcuni casi può anche essere utile fare riferimento alle seguenti sessioni di formazione che trattano in modo più approfondito alcuni temi. **È bene coinvolgere attivamente i pazienti, in particolare per le diapositive con domande ("??") e lasciare che il gruppo discuta il tema o l'esercizio.**

Se i pazienti criticano il consiglio pratico perché troppo difficile da attuare, ribadire che questo è un programma di "addestramento". Ad esempio, si può usare la seguente metafora: il nostro cervello è paragonabile a un muscolo. Come un muscolo, deve prima essere addestrato e, sfortunatamente, ciò richiede tempo. Un'altra metafora utile: buone strade e sentieri sconosciuti. La buona strada è sinonimo di schemi cognitivi e comportamentali familiari (sfavorevoli). Questo percorso è stato costantemente utilizzato in passato in quanto rappresenta un percorso facile in cui è possibile guidare comodamente. I sentieri sconosciuti rappresentano nuovi pensieri e comportamenti che devono essere usati un paio di volte prima di essere facilmente accessibili come la buona strada. Ciò richiede tempo, pazienza e una certa volontà di fare uno sforzo. Ma alla fine, questi nuovi percorsi sconosciuti (abilità) possono diventare abitudini. Tutto sommato, i pazienti dovrebbero essere incoraggiati a provare qualcosa di nuovo e a testare come può cambiare il loro stato emotivo o le loro relazioni. Inoltre, per aumentare la motivazione, ai partecipanti dovrebbero essere ricordati costantemente i risultati raggiunti. In più, il training rappresenta solo una singola modalità terapeutica; quindi, i contenuti individualmente rilevanti dovrebbero essere ulteriormente trattati nella terapia individuale. La partecipazione concomitante al DBT o ad un skills group è essenziale.

Affrontare la sensibilità al rifiuto

I pazienti con BPD mostrano spesso paure significative riguardo al rifiuto sociale presunto o effettivamente vissuto. Innanzitutto, la loro attenzione si concentra soprattutto su segnali che

indicano rifiuto o esclusione sociale. Allo stesso tempo, sembrano anche reagire con più veemenza a tali segnali rispetto alle persone sane. Inoltre, i pazienti con BPD sperimentano il rifiuto emotivo degli altri in prove che descrivono l'interazione sociale (ad esempio Staebler, Helbing, Rosenbach e Renneberg, 2011), sebbene oggettivamente non siano stati affatto esclusi. Pertanto, quando si conduce il B-MCT, è particolarmente importante osservare se il modo in cui il formatore trasmette i contenuti dei moduli, attraverso linguaggio, gesti e comportamenti, patologizza potenzialmente i partecipanti. Questo non significa che il formatore debba "prendere ogni parola con un granello di sale"; tuttavia, a causa della maggiore reattività dei pazienti, è ragionevole domandarsi regolarmente se l'obiettivo a cui si aspira, ovvero la "normalizzazione", non sia stato smarrito nella routine. Pertanto, potrebbe anche essere utile presentare ogni giorno alcuni esempi o meccanismi al gruppo. Concetti come "È umano farsi prendere in trappole mentali, ma può spesso portare a conseguenze negative" può essere usato quando si discutono certe distorsioni del pensiero. Evitare l'uso di parole provocatorie come "disturbo" o "malattia" laddove non sono richieste può aiutare a prevenire l'innescarsi dei sentimenti di rifiuto dei partecipanti. Questo aiuta a garantire che ci sia meno resistenza da superare per i formatori quando introducono contenuti che sono esplicitamente creati per tracciare la connessione tra le distorsioni del pensiero discusse e il disturbo borderline (ad esempio, diapositive: "Perché lo facciamo?").

Presentazione del programma ai nuovi partecipanti

Il training metacognitivo è un programma aperto. I pazienti possono entrare in qualsiasi momento durante il ciclo. I nuovi partecipanti dovrebbero essere informati di cosa tratta il programma - preferibilmente da partecipanti esperti, con l'aiuto del formatore. I partecipanti dovrebbero essere introdotti al termine *metacognizione*: *meta* è una parola greca e significa "circa", mentre la *cognizione* si riferisce a processi mentali superiori come attenzione, memoria e risoluzione dei problemi. Quindi la metacognizione significa pensare al modo in cui pensiamo o pensare al nostro modo di pensare. Per supportare queste spiegazioni per i nuovi partecipanti, utilizzare gli esempi nelle prime diapositive introduttive generali (intitolate "Un evento - molte possibili emozioni") che precedono ciascun modulo. **Presentare solo le diapositive introduttive generali se ci sono nuovi partecipanti.** Gli esempi illustrano il modo in cui i pensieri possono avere un impatto su sentimenti e comportamenti, e sono diversi in ciascuno degli otto moduli. Per queste diapositive è importante sottolineare che il B-MCT è un'unità terapeutica che ha come obiettivo i pensieri. Al centro del programma ci sono gli stili di pensiero che, secondo le conoscenze attuali, sono coinvolti nello sviluppo e nel mantenimento del BPD, e va sottolineato che non tutti i pazienti mostreranno tutte queste distorsioni del pensiero contemporaneamente. I partecipanti devono essere informati che i contenuti di alcune sessioni del training possono essere, individualmente, più rilevanti di altri. Dovrebbe anche essere chiaro ai partecipanti che gli schemi mentali avversi si trovano occasionalmente in tutti, non solo nei pazienti con BPD, ma generalmente non hanno la stessa intensità. Quando si introduce ciascuna delle unità formative, chiarire in che modo schemi di pensiero estremamente disfunzionali possono portare a problemi nella vita di tutti i giorni. La relazione tra gli obiettivi di apprendimento e i disturbi nella vita quotidiana dovrebbe essere segnalata regolarmente. A tal fine, ciascun modulo include diverse diapositive che ne sottolineano la rilevanza pratica (diapositive: "Perché lo facciamo?" E "Influenza sul comportamento"). L'obiettivo principale del programma di formazione è il trasferimento degli obiettivi di apprendimento alla vita quotidiana.

Considerato che i pazienti spesso soffrono di una grande tensione emotiva, le abilità di tolleranza dell'angoscia dal DBT di Linehan (1993) possono anche essere discusse all'inizio. Ciò vale in particolare quando i partecipanti ricevono contemporaneamente DBT o frequentano un gruppo di competenze e hanno familiarità con il concetto. Dovrebbe essere chiarito che trovarsi sotto forte stress emotivo rende molto difficile influenzare i nostri pensieri. Pertanto, i pazienti devono esercitare i contenuti appresi durante le sessioni quando il livello di disagio emotivo è medio-basso (prevenzione).

Criteri di inclusione ed esclusione

Il training è stato progettato per i pazienti con diagnosi di disturbo di personalità borderline / disturbo di personalità emotivamente instabile (anche di tipo impulsivo). La partecipazione è anche consigliabile per i pazienti che soddisfano solo parzialmente i criteri. L'MCT per i pazienti con psicosi è l'opzione raccomandata per i pazienti che attualmente o in passato hanno manifestato sintomi psicotici, in particolare deliri (<http://www.uke.de/mct>).

Clima

- 1) Sebbene il training sia altamente strutturato, i pazienti dovrebbero avere sempre abbastanza tempo per scambiare le proprie opinioni, poiché acquisire autoconsapevolezza e autoreferenzialità sono essenziali per la capacità di trasferire le competenze nella vita di tutti i giorni. Non è necessario completare tutti gli esercizi all'interno di una sessione.
- 2) I partecipanti non dovrebbero essere costretti ad impegnarsi e il formatore dovrebbe agire in modo non paternalistico/di supporto.
- 3) Quando si osservano schemi di comunicazione problematici, il formatore dovrebbe indicare le regole del gruppo (vedere la prossima sezione), che tra le altre cose includono le regole di base dell'impegno interpersonale (ad esempio, ascoltare le altre persone, mostrare rispetto per le diverse opinioni). Le critiche dei membri del gruppo dovrebbero essere scoraggiate.
- 4) Creare clima amichevole e preferibilmente umoristico. Gli esercizi dovrebbero essere divertenti e interattivi.

Regole di gruppo

Il materiale include una diapositiva su cui sono visualizzate le dieci regole di gruppo del training. Può essere stampata in formato poster e appesa nella stanza per essere vista da tutti. Ogni volta che nuovi membri vengono introdotti nel gruppo, devono essere informati delle regole.

Di seguito, delineiamo gli obiettivi generali e le attività di base per ciascun modulo. Questo è seguito dall'obiettivo del modulo e da raccomandazioni generali e specifiche per l'amministrazione.

Modulo 1: attribuzione

Obiettivo generale

Distorsioni dello stile di attribuzione, in particolare uno stile di attribuzione unilaterale in cui la causa della maggior parte degli eventi è attribuita a se stessi.

Contenuto del modulo

Se ci sono nuovi partecipanti presenta solo le diapositive introduttive generali (diapositiva 1-13) che precedono ciascun modulo. Altrimenti inizia dalla diapositiva 14.

All'inizio (diapositive 15-27), spiega ai partecipanti il termine "attribuzione" con l'aiuto di esempi. Sulla diapositiva 19, chiedi ai partecipanti di indicare le diverse cause della situazione descritta ("Un amico ti fa aspettare"). Questo, è seguito da una divisione in tre gruppi di cause di base: se stessi, gli altri e le circostanze. Secondo i termini di questo raggruppamento, si trovano diverse cause per la situazione descritta nella diapositiva 23 ("Sei dimesso dall'ospedale senza sentirti meglio."). Sulla diapositiva 26, incoraggia i partecipanti a trovare risposte equilibrate che includano preferibilmente tutti e tre i gruppi di cause di base.

Le seguenti diapositive (28-41) permettono ai partecipanti di familiarizzare con distorsioni di attribuzioni estreme e le loro possibili conseguenze (ad es., Lo spostamento costante della colpa su altre persone porta spesso a tensioni interpersonali). Chiedi al gruppo di discutere su attribuzioni bilanciate per una situazione positiva e una negativa.

Poi (diapositive 44-60), elenca con i partecipanti le conseguenze, sia a breve che a lungo termine, chiedigli di mettere sempre in relazione il loro comportamento con quello degli altri. Vengono fornite strategie che aiutano a ridurre attribuzioni troppo personali (es. assumere una prospettiva). Un grafico a torta (diapositive 60-61) mostra che può valere la pena aprirsi a spiegazioni alternative e non assegnare sempre "il pezzo più grande della torta" a se stessi. L'aiuto del grafico può facilitare nel percepire, con più chiarezza, la visione di attribuzioni sfavorevoli. La seguente descrizione dell'errore di attribuzione fondamentale (diapositive 62-68) mostra anche che l'impatto della situazione (circostanze/possibilità) è spesso trascurato o sottovalutato. Come spiegato in precedenza, i partecipanti sono tenuti a discutere prima i possibili fattori situazionali riguardanti gli eventi negativi. Lo scopo di questa unità non è mai quello di trovare risposte definitive; piuttosto, quello di considerare varie cause possibili. Anche quando si tratta di eventi che sembrano consentire solo una spiegazione plausibile (ad esempio, "Qualcuno ti dice che sembri stanco"; possibile spiegazione: "Non è una vera amica e vuole offendermi"), altre spiegazioni dovrebbero essere prese in considerazione (es. "La persona vuole esprimere empatia" o "In realtà non mi sento bene"). Dopo le diapositive "obiettivi di apprendimento" (74-77), questo modulo spiega come i sentimenti possono anche essere falsamente attribuiti (diapositive 78-87, studio di Dutton & Aron, 1974).

Materiale

Gli esercizi derivano dall'MCT per pazienti con psicosi e sono analoghi a quelli dell' *Internal, Personal, Situational Attribution Questionnaire* (IPSAQ, Kinderman e Bentall, 1997). Alla fine della presentazione vengono segnalati i contributi degli artisti e dei fotografi autori delle illustrazioni e delle foto.

Obiettivo del modulo

Negli esercizi, chiedi ai partecipanti viene chiesto di passare attraverso una possibile progressione di eventi e di generare spiegazioni considerando tre diverse fonti: se stessi, altre persone e fattori situazionali. Dovrebbero essere contemplate diverse possibilità, che aiutano a indebolire i modelli di attribuzione disfunzionali (ad es. "È sempre colpa mia" contro "È sempre colpa dell'altro"). L'obiettivo principale di questo modulo è sottolineare che più fattori possono portare a un incidente o scenario. Come sottolineato, ciò vale anche per le situazioni in cui, all'inizio, sembra possibile una sola spiegazione.

Consigli generali

le risposte citate servono come esempi e non come soluzioni definitive. L'opinione del gruppo potrebbe differire da queste. Puoi usare le diapositive 27-33 (ricevere complimenti) riferite al modulo "Scoprire il positivo", nelle quali questo argomento è affrontato in maniera più completa. Nella parte di esercizi del modulo (dalla diapositiva 69 in poi), puoi creare ulteriori esempi oppure puoi chiedere di farlo ai partecipanti. Tuttavia, dovresti assicurarti che le discussioni non diventino troppo specifiche per la persona. Ci sono molti esercizi, quindi è importante evitare partecipanti noiosi con lunghe riflessioni su un singolo compito. Una volta avanzate diverse alternative, il gruppo, insieme a te, può selezionare la causa più plausibile. Quando si spiega "l'errore fondamentale di attribuzione", dovresti chiarire ai partecipanti che descrive una disposizione umana generale e non è specifico del DBP.

Consigli specifici (esempi)

Quando si discute di scenari negativi, lascia che i partecipanti inizino con "le circostanze". Quando si discute di quelli positivi, lascia che i partecipanti inizino con "me stesso". Discuti la plausibilità di ogni spiegazione con i pazienti.

Scenario	Attribuzione		
	Me stesso	altri	circostanze/coincidenze
1. Guardano male	Mi sento male. Sono malato.	È solo una frase, questa persona lo dice a molti. Questa persona mi vuole insultare. Questa persona vuole esprimere preoccupazione.	Quasi tutti nel mio posto di lavoro erano in vacanza, tranne me. Forse nel confronto diretto non sembro rinato come loro.
2. Cena	Gli ho fatto un favore (ad esempio, l'ho aiutato con il suo lavoro).	Lui è molto generoso. Vuole scusarsi per qualcosa.	Ha vinto alla lotteria (improbabile). È il mio compleanno.
3. Bambino che piange	Non ho familiarità con la gestione dei bambini e la ritengo sbagliata.	Il bambino non ha mangiato in tempo.	I bambini qualche volta piangono senza ragione. Il bambino è stato punto da una vespa (improbabile)
4. Rifiuto di aiutare	Non l'ho aiutata neanche quando me lo ha chiesto.	In genere non mi aiuta per questo tipo di compiti, crede che io possa farcela da solo.	È tanto occupata in questo momento.

Modulo 2: ruminazione e catastrofizzazione

Obiettivo generale

Ruminazione; pensiero catastrofico

Contenuto del modulo

Se ci sono nuovi partecipanti presenta solo le diapositive introduttive generali (diapositiva 1-13) che precedono ciascun modulo. Altrimenti inizia dalla diapositiva 14.

Inizia discutendo il significato e la definizione del termine "ruminazione" con i partecipanti (diapositiva 14). Inoltre, discuti del fatto che i pensieri ruminanti in genere ruotano principalmente attorno ad argomenti interpersonali, nonché sentimenti negativi che ne derivano (diapositive 16-22). Dalla diapositiva 23 in poi, le caratteristiche specifiche della ruminazione saranno chiarite come qualcosa di distinto dalla riflessione e dalla risoluzione dei problemi. Le metacredenze disfunzionali sulla ruminazione (ad es. "Ruminare mi aiutano a risolvere i problemi") devono essere messe in discussione e modificate. Inoltre, fai capire che durante la ruminazione, i pensieri sono spesso molto generici e vaghi; i pazienti piuttosto si chiedono "perché" invece di "come" o "cosa" (ad esempio, "Perché mi è successo tutto questo?" invece di "Che cosa è successo esattamente? Come posso cambiare la situazione?").

A partire dalla diapositiva 37, introduciamo esercizi per contrastare la ruminazione. E' importante sottolineare che è necessario provare diverse strategie, poiché gli esercizi non vanno bene per tutti. Inoltre, prima di presentare gli esercizi anti-ruminazione, chiedi ai partecipanti se hanno già trovato strategie efficaci per loro. L'esercizio fisico sulla diapositiva 40 deve essere eseguito attivamente con i partecipanti per dimostrare che non è possibile ruminare allo stesso tempo. E' importante estendere l'esercizio in successione.

Se sei a conoscenza di altri esercizi contro la ruminazione, puoi ovviamente aggiungerli (ad esempio, può essere utile scrivere pensieri ruminativi per rivederli in un secondo momento o introdurre esercizi di respirazione).

La seconda parte del modulo (diapositiva 45) tratta del "pensiero catastrofico". Più di ogni altra cosa, i pazienti hanno molta familiarità con questo schema di pensiero. Spesso, i partecipanti faranno riferimento al presunto abbandono da parte del loro partner. L'obiettivo è comunicare ai pazienti che invece di fare una "previsione negativa" è possibile farne una alternativa, meno catastrofica, e che quindi, possono sfuggire al pensiero catastrofico. Inoltre, mostra ai partecipanti una stima della probabilità falsa (chiaramente esagerata) basata sulla catastrofizzazione (diapositive 49-51). Successivamente (diapositive 52-62), raccogli e discuti i possibili effetti del "racconto della fortuna" con i partecipanti (ad es. Profezie che si autoavverano).

Una parte dell'esercizio viene introdotta alla fine del modulo (diapositiva 63) per esemplificare il cosiddetto "bias di conferma". Vengono presentate tre diverse immagini (alluvione, tempesta, incendio). Chiedi ai pazienti di fornire il termine generico corrispondente (natura) proponendo ulteriori eventi che rientrerebbero nella categoria presunta (ad esempio, eruzione vulcanica). Rispondi con sì o no, a seconda che gli oggetti corrispondano o meno al termine generico. Poiché le immagini mostrate suggeriscono il termine (falso) "disastro naturale", la maggior parte delle persone propone solo cose che corrispondono a questa categoria. Quasi nessuno propone ipotesi alternative o propone oggetti che non corrispondono al termine presumibilmente corretto, per verificare l'ipotesi. Questo esercizio dimostra che spesso ignoriamo le fonti di informazione che non sono in accordo con le nostre opinioni o aspettative

stabilite (ad es. Giornali, determinati programmi TV, libri). Quando conduci l'esercizio con un gruppo più numeroso, qualcuno potrebbe già conoscerlo o indovinare la risposta corretta. Non confermare subito questa risposta, ma raccogli altre proposte.

Materiale

Il contenuto è stato generato utilizzando D-MCT di Jelinek et al. (2011).

Obiettivi del modulo

L'obiettivo è chiarire che la ruminazione non aiuta a risolvere i problemi. Le convinzioni positive sulla ruminazione dovrebbero essere messe in discussione, se è possibile, in quanto sono in grado di promuovere il processo di ruminazione (cfr. Wells, 2009). I compiti discussi hanno lo scopo di aiutare i partecipanti a sfuggire al ciclo di ruminazioni e catastrofi.

Consigli generali

Il circolo vizioso della ruminazione, le emozioni negative e il comportamento disfunzionale (vedi teoria, p. 8) dovrebbero essere spiegati ai partecipanti, usando ad esempio la diapositiva 22 (emozioni che accompagnano la ruminazione). Naturalmente, se necessario, puoi aggiungere altri esercizi per contrastare la ruminazione.

Consigli specifici (esempi)

In questo modulo, è particolarmente importante creare uno scambio tra i partecipanti. Un metodo attestato in uso è innanzitutto chiedere loro quali tecniche li aiutano personalmente e quale è stata la loro precedente esperienza con gli esercizi. Inoltre, è consigliabile fare riferimento ad esempi di ex partecipanti e menzionarli come ulteriori suggerimenti contro la ruminazione (ad esempio, "Un paziente ha riferito che in tali momenti trova utile risolvere un Sudoku. Puoi considerare il fatto di provare anche tu?").

Modulo 3: Empatia I

Obiettivi generali

Teoria della mente; maggiore certezza del giudizio e una maggiore percezione delle emozioni negative negli altri (pregiudizio negativo); ipermentalizzazione

Contenuto del modulo

Se ci sono nuovi partecipanti presenta solo le diapositive introduttive generali (diapositiva 1-13) che precedono ciascun modulo. Altrimenti inizia dalla diapositiva 14.

Al fine di apprendere che i volti sono indizi rilevanti per comprendere le motivazioni personali di un individuo ma che non forniscono prove definitive, quattro immagini sono presentate all'inizio della sessione che mostrano un atleta, uno psicologo, un attore e un violento criminale (diapositiva 15). In questo esercizio, la maggior parte delle persone indovina in modo errato. La soluzione non viene rivelata fino alla fine del modulo. Nel corso del modulo, chiedi partecipanti di descrivere come si immedesimano nelle altre persone, quali fonti di informazione usano e quanto sono affidabili queste fonti (diapositive 16-23). Successivamente, si forniscono prove empiriche riguardanti la BPD ("Perché lo facciamo?"; Slide 25-27) e un esempio dell'effetto di interpretazioni errate sul comportamento (slide 28-35). Inoltre, l'effetto del nostro stato emotivo sulla percezione/giudizio degli altri è discusso nelle diapositive 35-41. Questo, è seguito da due diapositive illustrative (42-43) in cui l'emozione *sorpresa* è rappresentata in tre modi diversi. Esplora i modi in cui un'emozione negativa (disgusto, rifiuto) può essere interpretata, a seconda del tuo stato d'animo (specialmente nella foto in alto a sinistra). Dopo la prima conclusione (diapositiva 45), viene fornito un esercizio sull'assunzione prospettica delle diapositive 46-51. Le diapositive 52-58 quindi nominano le emozioni di base e

le attribuiscono a persone e volti. Inoltre, vengono forniti esempi che dimostrano che le espressioni e i gesti possono essere interpretati in modo diverso, a seconda del background culturale e dell'età (diapositive 59-62: "Quando vai a Roma, fai come fanno i romani").

Nel blocco successivo di esercizi (diapositive 63-88), si trovano immagini che mostrano diverse espressioni facciali. Chiedi ai partecipanti di giudicare come potrebbe sentirsi la persona nella foto e di discutere la plausibilità delle quattro interpretazioni alternative. Successivamente, evidenzia la risposta corretta (la maggior parte di esse è accompagnata dalla visualizzazione dell'immagine completa).

Inoltre, puoi far discutere le conseguenze di interpretazioni errate nella vita di tutti i giorni, specialmente quando i volti sono interpretati negativamente (ad esempio, percependo un'espressione focalizzata o neutra come ostile).

Materiale

Il materiale deriva principalmente dall'MCT per i pazienti con psicosi. Alla fine della presentazione vengono segnalati i contributi degli artisti e dei fotografi autori delle illustrazioni e delle foto.

Obiettivi del modulo

La prima parte di questo modulo di formazione dimostra l'importanza delle espressioni facciali e delle caratteristiche esterne per comprendere lo stato mentale e i sentimenti interiori di una persona. Allo stesso tempo, mostra che anche le espressioni emotive e il comportamento degli altri possono essere facilmente fraintesi o interpretati in modo eccessivo. I partecipanti dovrebbero quindi imparare a concentrarsi maggiormente sul contesto degli eventi. Al fine di interpretare adeguatamente un'espressione facciale, è importante considerare altre fonti di informazione (ad esempio, fattori situazionali, background personale). Innanzitutto, i pazienti dovrebbero essere incoraggiati a tenere sempre presente la possibilità di sbagliare nella loro valutazione.

Consigli generali

I pazienti devono tenere conto del contesto nell'ipotizzare l'interpretazione più plausibile. Sottolinea la fallibilità delle prime impressioni e sottolinea la necessità di rimanere aperti. Usa esempi per sottolineare quanto questo sia rilevante per la vita quotidiana. Dovrebbe essere discussa la tendenza a interpretare eccessivamente le espressioni facciali come negative e le conseguenze nel farlo (ad esempio, percepire la minaccia o l'ostilità).

Consigli specifici

Puoi saltare alcuni degli esercizi.

Suggerimenti per ottenere un'interpretazione corretta

Non ci sono spunti particolari per gli esercizi 1 e 2. L'obiettivo principale dell'apprendimento è mostrare che le espressioni facciali possono essere fuorvianti (specialmente rilevanti per l'interpretazione di espressioni negative o ostili) e che dovrebbero essere raccolte ulteriori informazioni prima di arrivare a una conclusione forte. Le soluzioni possono essere dedotte dal contesto piuttosto che dai gesti (ad esempio, felicità = donna con velo da sposa al suo

matrimonio; rabbia = uomo che stringe il pugno) nelle diapositive "Emozioni/sentimenti diversi" nella prima parte del modulo.

Modulo 4 :Scoprire il positivo

Obiettivi generali

Gestire complimenti e critiche; attenzione eccessiva alle informazioni negative nell'ambiente; dissonanza

Contenuti del modulo

Presenta le diapositive introduttive generali che precedono ciascun modulo (diapositiva 1-13) soltanto nel caso in cui vi siano nuovi partecipanti, altrimenti inizia dalla diapositiva 14.

Chiedi ai partecipanti di descrivere il significato del titolo di questa sezione "Respingere il positivo" (slide 15). Le diapositive 17-20 forniscono informazioni su come gestire l'elogio (e il rifiuto costante del feedback positivo). Sottolinea che accettare la lode può essere difficile, poiché con essa viene contraddetta la percezione di sé molto negativa che spesso ha la persona. Questa auto-percezione nella maggior parte dei casi viene acquisita durante la prima infanzia (ad esempio a causa di un ambiente invalidante). All'inizio del modulo, ricorda ai pazienti che la continua negazione del feedback positivo e l'accettazione simultanea di feedback negativi renderanno difficile il miglioramento della loro condizione. Le diapositive 21-25 descrivono come migliorare l'accettazione delle lodi. L'obiettivo principale è quello di incoraggiare i pazienti a prestare particolare attenzione al feedback positivo nei giorni a seguire. Per fare ciò, dovranno cercare di "tollerare il complimento" piuttosto che rifiutarlo immediatamente. La diapositiva "Quando fai i complimenti agli altri?" vuole sottolineare che c'è un intento positivo dietro (quasi) ogni complimento (per mostrare apprezzamento, per motivare, per rallegrare, ...). Inoltre, chiedi ai pazienti se hanno un loro motivo quando lodano gli altri. Dato che generalmente si risponde affermativamente, il formatore può legittimamente chiedere perché lo stesso non dovrebbe applicarsi anche vice-versa.

Nella diapositiva 26 una breve clip descrive come gli elogi possono scatenare reazioni positive in altre persone e come ciò può contribuire positivamente sullo stato d'animo di queste ultime. ("convalida" da Kurt Kuenne, vedi <http://www.youtube.com/user/AGNeuropsychologie>). Inoltre, i pazienti dovrebbero cercare i propri punti di forza sulle slides 40-44.

Dalla diapositiva 45 in poi viene presentato il tema della dissonanza cognitiva (secondo Festinger, 1978); Discuti e commenta criticamente con il gruppo gli effetti dei pensieri contrastanti, le credenze generali sul comportamento e sui sentimenti, fornendo esempi. Nel corso dell'esercizio, i pazienti dovrebbero essere incoraggiati a prestare attenzione agli aspetti positivi della vita quotidiana. Incoraggia i pazienti a cercare qualcosa di positivo o di significativo anche in eventi che sembrano molto difficili ("Cosa posso imparare da questa esperienza per il futuro?"). Ciò li aiuterà a scoprire in futuro aspetti positivi in situazioni apparentemente senza speranza o negative. Chiarisci che il passato può cambiare in meglio. Concedi spazio ai pazienti per i loro esempi.

Alla fine del modulo (diapositive 76-77), discuti il cambiamento delle diagnosi nel tempo (ad esempio, la diagnosi di un disturbo di personalità dovrebbe essere verificata ogni due anni, soprattutto in relazione allo schema diagnostico attualmente prevalente piuttosto che a quello dimensionale (cf versioni riviste del DSM-V)). Comunica ai pazienti che alcuni sintomi possono svanire nel tempo. Può essere utile spiegare quali sono i criteri rilevanti per la diagnosi di BPD (psicoeducazione).

Materiale

Le prime diapositive sulla gestione delle lodi e delle critiche sono state adattate da D-MCT (Jelinek et al., 2011). Le diapositive sulla consapevolezza dei punti di forza provengono dalla MCT per i pazienti con psicosi. Alla fine della presentazione vengono segnalati i contributi degli artisti e dei fotografi autori delle illustrazioni e delle foto.

Obiettivi specifici

L'obiettivo della sessione è, tra le altre cose, di migliorare la gestione di lodi e critiche. Attenzione diretta agli aspetti positivi dei pazienti (consapevolezza dei punti di forza), nonché aspetti positivi delle situazioni della vita quotidiana. Inoltre, cercare di educare i pazienti circa il BPD (ad es., decorso del disturbo).

Consigli generali

Includi gli esempi dei pazienti e rispondi a eventuali domande. Evidenzia la possibilità di cambiamento degli stili di pensiero, compresi gli atteggiamenti auto degradanti, a condizione che i pazienti frequentino assiduamente le sessioni di allenamento.

Consigli specifici (esempi)

Affrontare l'argomento della lode e del complimento può essere molto difficile per alcuni pazienti in quanto viene spesso legato a emozioni negative. Tratta sempre questi contenuti in modo empatico e con cautela cercando di prevenire la possibile comparsa di sintomi dissociativi. Se, ad esempio, i partecipanti hanno sperimentato per lo più critiche o invalidazione nella loro infanzia, fa notare loro che non devono considerare necessariamente ogni critica per vera, promuovendo invece l'idea di iniziare a creare una protezione interiore contro gli insulti: Fai notare le "svalutazioni" di se stessi possono effettivamente rivelare qualcosa anche dell'altra persona, e in tal caso non dovrebbero mai essere considerati come una critica costruttiva ma semmai come un insulto.

Modulo 5: Enfatizzare II

Obiettivo generale

Complesso "teoria della mente" e cognizione sociale; assunzione di prospettiva

Contenuto del modulo

Presenta le diapositive introduttive generali che precedono ciascun modulo (diapositiva 1-13) soltanto nel caso in cui vi siano nuovi partecipanti, altrimenti inizia dalla diapositiva 14.

All'inizio di questo modulo (diapositive 15-18), chiedi ai partecipanti di parlare degli indizi che possono aiutarli quando devono esprimere un giudizio su una persona (ad es. Linguaggio, gesti). Discuti approfonditamente i punti deboli e i vantaggi di ciascun criterio con il gruppo (diapositive 19-31).

Sulla diapositiva 28 discuti con i partecipanti quali sono stati i cliché o i pregiudizi a cui sono già stati sottoposti (quelli, ad esempio, relativi alle loro diagnosi o alla degenza psichiatrica) e come hanno affrontato tale problema. Come dimostrato nello studio sulle diapositive 32-40, chiarisci l'effetto che possono avere le parole utilizzate. Nelle diapositive 51-53 viene spiegata l'importanza del mettersi nei panni di un'altra persona per guidare il proprio comportamento. Dalla diapositiva 54 in poi vengono presentate alcune sequenze comiche, dove i partecipanti possono assumere la prospettiva di uno dei protagonisti cercando di intuire ciò che il personaggio può pensare di un'altra persona o di un determinato evento. La maggior parte delle diapositive sono presentate in ordine sequenziale inverso, con la scena finale visualizzata per primo. Cronologicamente parlando, con la prima slide viene presentata l'ultima scena, mentre la prima scena (scene) della sequenza di fumetti rimane (rimangono) nascosta (e). Con ogni nuova slide, vengono fornite sempre più informazioni sul contesto della storia. Si raccomanda di chiedere ai partecipanti dopo la prima slide presentata (cioè, l'ultima scena in ordine cronologico) se a loro parere fosse necessario presentare altre scene oppure se la soluzione è già ovvia. In effetti, man mano che le scene vengono presentate la reale catena di eventi appare spesso con un senso completamente diverso. Tuttavia, restano possibili diverse interpretazioni fino alla fine di ogni sequenza. In questo caso, i partecipanti devono proporre

quali informazioni aggiuntive siano necessarie per un giudizio affidabile. Inoltre, discuti con il gruppo quali interpretazioni siano meglio supportate in base alle prove disponibili. Nella tabella seguente vengono forniti suggerimenti specifici per l'interpretazione delle sequenze comiche.

Materiali

Per la maggior parte, il materiale proviene dalla MCT per i pazienti con psicosi. I fumetti sono stati disegnati seguendo le nostre istruzioni da Britta Block, Christin Hoche e Mariana Ruiz-Villarreal. Alla fine della presentazione sono presenti i riconoscimenti per le illustrazioni e le foto che abbiamo utilizzato di altri artisti e fotografi.

Obiettivo del modulo

Vengono presentate ai partecipanti le differenze tra il livello di informazione da "spettatore onnisciente" e i dati a disposizione dei protagonisti nelle varie vignette. In molte scene, come in molte situazioni nella vita reale, non è possibile fornire spiegazioni precise agli eventi. Pertanto, i partecipanti dovrebbero proporre quali ulteriori informazioni sono necessarie per verificare le varie ipotesi. Prima di esprimere giudizi finali (affrettati) sulle situazioni (o su altre persone), è necessario prendere in considerazione punti di vista differenti.

Consigli generali

È consigliabile lasciare che i partecipanti descrivano a turno ciascun pannello di una sequenza. Si può intervenire se le descrizioni vanno al di là di ciò che viene visualizzato nel pannello o includono ipotesi non giustificabili. I partecipanti dovrebbero assumere le diverse prospettive / punti di vista delle persone / gruppi visualizzati. Nota: per consentire il tempo di riassumere i punti di apprendimento alla fine del modulo, si possono saltare alcuni dei numerosi esercizi pratici forniti.

Suggerimenti per ottenere una corretta interpretazione delle figure

Esercizio	
1 (uomo grasso)	È essenziale far capire che le persone nella caffetteria non hanno visto il ragazzo con la sega. Pertanto, è probabile che quelle persone presumano che la sedia si sia rotta a causa del peso dell'uomo. Tuttavia, la sedia probabilmente si sarebbe rotta anche con una persona più leggera..
2 (automobile)	Non si può davvero dire se la donna prenderà le parole dell'uomo come mera informazione, consiglio o comportamento condiscendente.
3 (incidente)	Date le informazioni dalla prima diapositiva presentata (l'ultimo pannello cronologico), è difficile dedurre ciò che pensa l'ufficiale di polizia. Possiamo dedurre che l'autista è disorientato, ma non sappiamo se ciò sia dovuto solo all'incidente automobilistico. A questo punto, tuttavia, questa spiegazione sembra plausibile. Quando vengono presentate più diapositive, il partecipante viene a sapere che, prima dell'incidente, alcuni cervi stavano attraversando la strada. Con le informazioni conclusive del primo pannello cronologico, però, diventa chiaro il fatto che l'uomo ha bevuto alcolici. È importante ricordare che il gruppo ha più informazioni rispetto all'ufficiale di polizia; tuttavia, è possibile che l'ufficiale di polizia possa sentire l'odore dell'alcol, portandolo a pensare che l'intossicazione abbia causato l'incidente, sebbene la situazione reale sia più complessa.
4 (brutte notizie)	Dalla prima immagine (quindi, l'ultimo pannello cronologico) è difficile decidere se il capo ha un cuore freddo o meno. La seconda diapositiva mostra la donna che piange, indicando

	<p>che potrebbe avere una ragione legittima per essere in ritardo. Le diapositive finali indicano che la donna ha problemi di salute. Non è chiaro se il suo capo fosse stato informato dell'appuntamento con il medico prima del lavoro o se fosse a conoscenza dei suoi problemi di salute, quindi non possiamo essere certi se abbia o meno un cuore freddo. Al contrario, se la donna arriva spesso in ritardo al lavoro, la frustrazione del capo sarebbe più comprensibile. D'altra parte, nell'ultimo pannello cronologico il capo ha la possibilità di vedere che la donna ha pianto; in questo caso la sua reazione potrebbe essere considerata troppo dura.</p>
5 (calcio)	<p>Nella prima diapositiva presentata (l'ultima diapositiva cronologicamente) è probabile che il ranger del parco pensi che i giocatori di calcio ignorino sfacciatamente le regole del parco giocando sull'erba. Mano a mano che si rivelano le diapositive successive, diventa chiaro agli occhi del gruppo che i giocatori di calcio sono stranieri con scarsa conoscenza della lingua, visto che i contenuti del programma scolastico che frequentano sono molto semplici (vedi la grammatica scritta sulla lavagna in classe). Tuttavia, questa informazione non è disponibile per il ranger del parco, cioè, il gruppo possiede più informazioni di lui.</p>
6 (salsicce)	<p>Poiché il ragazzo è apparentemente molto affamato, la madre potrebbe accusarlo falsamente di aver mangiato tutte le salsicce.</p>
7 (biblioteca)	<p>Basandosi sulla seconda diapositiva della sequenza di fumetti, si potrebbe dedurre che l'uomo non si rende conto che la donna è al telefono, poiché le ha appena rivolto una domanda diretta, senza prima aver richiamato la sua attenzione. È possibile che l'uomo pensi che la donna stia rispondendo alla sua domanda. D'altra parte potrebbe anche pensare che la stessa dovrebbe lavorare di più invece di stare a parlare al telefono. Questa sequenza di fumetti permette interpretazioni diverse. È importante sottolineare il fatto che i partecipanti hanno più informazioni di quelle dell'uomo.</p>
8 (malattia)	<p>Nella prima diapositiva presentata (ultima diapositiva in ordine cronologico), sembra che la madre sia confusa e, forse, preoccupata dalle condizioni del figlio. La terza diapositiva cronologica mostra il ragazzo che immerge il termometro in una tazza calda, cercando di simulare di avere la febbre. Questa informazione mette la storia in una luce diversa. Per la madre, sarebbe possibile capire che suo figlio sta fingendo di essere malato se la sua temperatura fosse estremamente alta. In questo caso la madre potrebbe arrabbiarsi. Le prime due diapositive del fumetto mostrano gli eventi precedenti, ma non forniscono ulteriori informazioni</p>

Modulo 6: Autostima

Obiettivo generale

Bassa autostima: dall'autodenigrazione fino all'odio verso se stessi

Contenuto del modulo

Presenta le diapositive introduttive generali che precedono ciascun modulo (diapositiva 1-13) soltanto nel caso in cui vi siano nuovi partecipanti, altrimenti inizia dalla diapositiva 14.

Per prima cosa elabora con il gruppo cos'è l' "autostima" e raccogli le caratteristiche delle persone con un "sano" livello di autostima (diapositive 15-21). All'inizio il trainer può fare delle domande provocatorie, quali "L'autostima può essere misurata dal reddito (riferimento alla diapositiva) o dal numero di amici su *Facebook*?" Dovrebbe essere chiaro che l'autostima di una persona non può essere determinata sulle basi di caratteristiche particolari quali l'apparenza, ma è un giudizio soggettivo di se stessi. La diapositiva sulle "caratteristiche non visibili" mette in evidenza che un'autostima equilibrata include un atteggiamento riflessivo ed accettante verso se stessi. Discuti le differenze tra un' autostima "sana" ed una eccessiva. L'enfasi è posta su un obiettivo realistico: un trattamento più equilibrato ed equo dei propri punti di forza e debolezza.

L' "immagine dello scaffale" (second Potreck-Rose e Jacob, 2008) delle diapositive 37-42 invita a vedere il sé poliedrico come una libreria con vari (uno per ogni area, per esempio il lavoro, la famiglia, gli hobbies, etc.). Al momento, questi scaffali sono riempiti probabilmente in maniera non uniforme. Inoltre, non è possibile avere successo al 100% in ognuna di queste categorie (per esempio un lavoro di successo può portare ad avere meno tempo per una relazione felice o per gli hobby). L'autostima ne soffre quando una persona pensa solo agli scaffali vuoti (alle sue debolezze); può portare ad un senso di inutilità. Invece, i partecipanti dovrebbero essere incoraggiati a guardare anche nei loro scaffali pieni. Gli esempi della diapositiva "Non tralasciare i vari aspetti" sono ideati per aiutare i partecipanti ad identificare i propri personali "scaffali" di rilievo. La diapositiva successiva ("A quale scaffale non guardavi da molto tempo?") mira ad attirare l'attenzione dei partecipanti sugli scaffali trascurati (es. gli hobby) per riscoprire dei contenuti "impolverati". A questo punto, è consigliabile lasciare che ogni partecipante nomini uno dei suoi punti di forza. Il trainer dovrebbe incoraggiare i partecipanti a nominare anche quelli "piccoli o banali". Se uno dei partecipanti non riesce a pensare a nulla, questo deve essere spiegato (per es. "Può essere molto difficile nominare direttamente le caratteristiche positive se qualcuno non è abituato a parlare dei suoi punti di forza").

Poi (diapositiva 43) introduci il "critico interiore" (come il generatore delle definizioni "tutto o niente"). Fa degli esempi in modo che i partecipanti possano capire la rilevanza delle distorsioni del pensiero. Lascia che esprimano le loro frasi tipiche generate dal loro critico interiore. La disfunzionalità del pensiero-tutto-o-nulla è dimostrata con l'aiuto del "gioco dei 100 cent" (diapositive 50-53). Le diapositive successive (54-56) presentano tre strategie per affrontare il critico interiore. Ai partecipanti viene chiesto di identificare il pensiero-tutto-o-nulla (coerente con l'autocritica schiacciante o l'autodegradazione), per mettere in discussione questo modo di pensare ("Questo corrisponde ai fatti?," "Cosa ne pensano le persone di fiducia?"), e per contrastarlo ("Non m'importa cosa pensi. Io la penso diversamente.").

Inoltre, questo modulo insegna che aumentare l'attenzione sui pensieri negativi o cercare di sopprimerli di fatto aumenta la loro presenza e il loro impatto (dalla diapositiva 57 in su). Un breve esperimento durante il quale si chiedeva ai partecipanti di sopprimere i pensieri dimostra che la soppressione del pensiero è una strategia controproducente. I partecipanti imparano che questi pensieri possono essere noiosi ma relativamente benigni, e che il tentativo di sopprimerli porta a un paradossale aumento dei sintomi (vedi le diapositive "La soppressione dei pensieri negativi funziona? No!"). Ai partecipanti viene chiesto di osservare i propri pensieri da una prospettiva distaccata senza interferire, come guardare un temporale fuori o una tigre allo zoo. Infine, vengono presentate alcune tecniche che li aiutano a mantenere una distanza interna. A questo punto, chiedi se i partecipanti hanno familiarità col concetto di mindfulness; della letteratura specifica (come Aguirre & Galen, 2013) può essere raccomandata agli interessati. Molti pazienti trovano utile smetter di veder i pensieri come fatti ma come "eventi della mente", e percepirla senza giudicare. Questa percezione non giudicante, come definita dai concetti della mindfulness (vedi la DBT) può aiutarli a distanziare i loro stessi pensieri. Possono essere presentate alcune utili immagini interne (pensieri come treni o nuvole in movimento che passano) che possono semplificare l'utilizzo della strategia da parte dei pazienti.

Materiale

I contenuti sono tratti dal D-MCT di Jelinek et al. (2011) e sono stati adattati su autorizzazione degli autori. Gli "scaffali" dell'autostima vengono da Potreck-Rose (2008). Gli altri contenuti (es. le considerazioni sulla soppressione) are based on Wells (2009) and Moritz & Hauschildt (2012).

Obiettivo del modulo

Questo modulo concerne l'idea di autostima. In primo luogo discute l'autostima come un costrutto puramente soggettivo e modificabile. I partecipanti imparano a sviluppare un senso realistico dei loro pensieri (es. sviluppare una buona critica; DBT, vedi Bohus and Wolf, 2009). Poi dimostra come gli stili disfunzionali di pensiero contribuiscano allo sviluppo di una bassa autostima. Spiega il pensiero-tutto-o-nulla e trasmette strategie per affrontare questo schema controproducente. Insegna ai partecipanti a identificare i loro pensieri tutto-o-nulla e le intrusioni del critico interiore, a metterle in discussione, e a metter a tacere il critico interiore stesso.

Consigli generali

Molti partecipanti sono già familiari con i contenuti dell'autostima o della mindfulness dalla DBT. Usa questa conoscenza per ripetere ed amplificare questi contenuti.

Consigli specifici (esempi)

L'autostima è un argomento difficile per molti partecipanti e dovrebbe essere approcciato con cura. È importante spiegare che un'autopercezione negativa è spesso acquisita nell'infanzia e quindi è abbastanza comprensibile che possano sorgere pensieri positivi relativi a se stessi. L'obiettivo dovrebbe essere fare piccoli passi verso l'auto accettazione. Se i partecipanti non riescono a scoprire alcuna caratteristica positiva in loro stessi (area dell'autostima), il trainer può usare esempi dalle pregresse sessioni (es. "Ma non mi avevi detto l'ultima volta che eri una brava magliaia?"). Inoltre, può aiutare riempire prima gli scaffali di un amico come esempio, e

poi vedere se qualcuna di quelle qualità può anche esser applicata a se stesso. I partecipanti possono anche esser incoraggiati a scrivere le loro stesse abilità o i complimenti che hanno ricevuto in un diario (il “diario positivo”).

Modulo 7: Saltare alle conclusioni

Obiettivo generale

Trarre conclusioni affrettate (saltare alle conclusioni per pregiudizio) e comportamento impulsivo.

Contenuto del modulo

Presenta le diapositive introduttive generali che precedono ciascun modulo (diapositiva 1-13) soltanto nel caso in cui vi siano nuovi partecipanti, altrimenti inizia dalla diapositiva 14.

Con l'aiuto di una piccola storia a vignette (diapositive 15-19), si dimostra l'importanza quotidiana del saltare alle conclusioni (“normalizzazione”). Vengono poi illustrate le possibili conseguenze di decisioni affrettate (saltare alle conclusioni) usando alcuni esempi della vita quotidiana. Dalla diapositiva 21 è possibile vedere un breve video sull'argomento (<http://www.youtube.com/user/AGNeuropsychologie>).

Gli esercizi nel primo set di attività (dalla diapositiva 5 in poi) mostrano oggetti comuni (es. una rana), che vengono visualizzati in gradi decrescenti di incompletezza: nuove caratteristiche vengono aggiunte nelle otto fasi successive fino alla visualizzazione dell'intero oggetto. Ai partecipanti viene chiesto di valutare la plausibilità delle loro interpretazioni. Devono procrastinare la decisione finale fino a quando non saranno state presentate prove sufficienti. Per esempio, la prima diapositiva dell'esercizio “rana” ricorda un limone, perché il

contorno dell'anfibio viene visualizzato da un particolare angolo. Una decisione affrettata comporterebbe un errore. Il secondo set di attività (dalla diapositiva 80 in poi) mostra frammenti di immagini che, a seconda della prospettiva dell'osservatore, contengono due oggetti o scene diversi. Per ogni immagine ai partecipanti viene chiesto di dare la prima impressione e poi di cambiare prospettiva ad ogni diapositiva successive per trovare una figura alternativa. Nel terzo set di attività (dalla diapositiva 103 in su), ai partecipanti vengono mostrati dei dipinti classici. Il loro compito è individuare il titolo corretto di ogni quadro partendo da quattro opzioni. Discuti i pro e i contro di ogni suggerimento di titolo soffermandoti sui dettagli delle immagini che potrebbero escludere alcune alternative. Inoltre, ai partecipanti viene chiesto di dichiarare quanto siano fiduciosi della propria interpretazione.

Materiale

Il materiale degli esercizi viene dal TMC per i pazienti con psicosi. Le figure del primo set di attività sono state post editate in bianco e nero da un libro di fiabe. Alla fine della presentazione sono presenti i riconoscimenti per le illustrazioni e le foto che abbiamo utilizzato di altri artisti e fotografi. I dipinti classici e moderni (terzo set di esercizi) vengono da diversi artisti, due delle immagini dal *Thematic Apperception Test* (TAT). Inoltre, ci sono numerosi video sul saltare alle conclusioni, alcuni dei quali possono essere scaricati dalla nostra homepage (www.uke.de/mct) e discussi con i partecipanti. Altri possono essere trovati su <http://www.youtube.com/user/AGNeuropsychologie>.

Obiettivo del modulo

In questo modulo, i partecipanti vengono addestrati ad evitare di soccombere alla prima impressione, che alla fine potrebbe rivelarsi sbagliata (primo e terzo set di attività) o solo rivelare mezza verità (secondo set). Le situazioni possono cambiare nel tempo e gettare una luce diversa sulle cose. I partecipanti imparano a non respingere prematuramente idee o atteggiamenti alternativi, e a non agire o giudicare impulsivamente. Il materiale è stato scelto per dimostrare gli svantaggi di un comportamento frettoloso nella risoluzione dei problemi. Inoltre, comunica ai partecipanti che è consigliabile dedicare tempo alla risoluzione dei problemi complessi. Le prove chiare che consentirebbero una soluzione valida sono spesso trascurate (se osservate superficialmente).

Consigli generali

I pro e i contro di uno stile di risposta frettoloso rispetto ad uno stile lento devono essere evidenziati in dettaglio con l'aiuto delle diapositive. Se la posta in gioco è alta, bisogna considerare tutti gli indizi prima di giungere ad una decisione finale. Se i partecipanti citano la ruminazione (o l'analisi eccessiva) come controesempi per saltare alle conclusioni, riferisciti al Modulo 2. Le possibili conseguenze di un pregiudizio che porta a "saltare alle conclusioni" sono illustrate in molti esempi (quali una diagnosi sbagliata in medicina. In questa sezione è essenziale dare ai partecipanti la possibilità di riferire le loro stesse esperienze. Nelle immagini del secondo set di attività, il trainer dovrebbe assicurarsi che tutti i partecipanti scoprono entrambi gli oggetti. Se non accade, un altro partecipante può aiutare ad individuare gli specifici indizi.

Mentre la soluzione è abbastanza ovvia per alcuni dipinti nel terzo set di attività, per altri diventa chiara solo dopo un'attenta contemplazione. E per alcuni quadri il titolo corretto può ancora rimanere. L'attenzione dei partecipanti deve essere diretta verso le informazioni non

ancora riconosciute (vedi sotto per ulteriori dettagli). Se alcuni membri del gruppo indicano titoli diversi, il trainer deve incoraggiare e moderare ogni discussione aperta.

Consigli specifici (esempi)

Per la seconda immagine nel primo esercizio (“la rana”), molti partecipanti tendono a scegliere prematuramente il limone. Quando questo accade, il trainer deve sottolineare che mancano ancora sette immagini – un limone probabilmente sarebbe completato all’ipotesi successiva e quindi rappresenterebbe una soluzione piuttosto improbabile. Non dedicate troppo tempo al primo set di immagini altrimenti non ce ne sarà abbastanza per i rimanenti due. Ma non è nemmeno necessario completare tutti gli esercizi.

Se i partecipanti mostrano interesse per ulteriori esercizi, ricorrete al TMC per le psicosi (moduli 2A e 2B, 7A e 7B; nonché www.uke.de/mct).

Dipinto	Titolo	Indizi per arrivare alla corretta interpretazione
Dipinto 1	“Perchè l’ho sposato?”	Apparentemente la coppia è su una nave (oblò sullo sfondo), probabilmente nella loro luna di miele (indizio per <i>b</i>). L’uomo è steso sul letto vestito, probabilmente ubriaco. C’è una bottiglia sul tavolino vicino (altro indizio per <i>b</i>). La donna è troppo giovane per essere la madre dell’uomo (indizio contro l’alternativa <i>d</i>). Non ci sono indizi di omicidio (es. una pistola) o di suicidio (prove contro alternative <i>a</i> e <i>c</i>). Nel passato un fiocco rosso, come quello indossato dalla donna, indicava che si era sposata da poco (un altro suggerimento per l’alternativa <i>b</i>).
Dipinto 2	“Il chimico lettore”	IL mortaio e il pestello, così come la bottiglia chiusa indicano un chimico che potrebbe studiare una nova formula (a favore di <i>c</i>). Il fatto che sia assorto nella lettura, che a bottiglia sia chiusa, e che non ci siano bicchieri sulla tavola depone contro <i>b</i> . Lo stile dell’abito non indica un monaco (e parla contro <i>a</i>).
Dipinto 3	“Un triste messaggio”	La donna sta piangendo; il soldato le ha portato un cappello ed un vestito (presumibilmente appartenuti al marito caduto); ha una lettera in grembo (a favore di <i>d</i>). Il neonato non sembra malato; e l’altro bambino non guarda a lui ma a ll’uomo in uniforme (rende l’alternativa <i>b</i> poco plausibile).
Dipinto 4	“La visita”	L’attenzione dell’uomo è focalizzata sull’uccello alla finestra, per cui alza lo sguardo (opzione <i>a</i>). Siccome non guarda il libro, l’opzione <i>b</i> non è plausibile.
Dipinto 5	“Corteggiamento”	A favore di <i>b</i> : l’espressione facciale della donna è piuttosto civettuola e sensuale; l’uomo le ha fatto un regalo (una piantina); la postura dell’uomo è di devozione..
Dipinto 6	“Incidente di caccia”	Il naso rosso dell’uomo rende l’opzione <i>b</i> plausibile. La sua faccia impaurita rende l’opzione <i>a</i> plausibile: tuttavia l’abbigliamento, il fucile e la caduta supportano l’opzione <i>d</i> .
Dipinto 7	“Il pedicure”	L’uomo visibilmente si sta occupando del piede/delle unghie dei piedi della donna. Non c’è una borsa da dottore né sono visibili strumenti quali lo scalpello (quindi le opzioni <i>b</i> e <i>c</i> non sono plausibili).

Module 8: l'umore

Obiettivo generale

Sintomi depressive in comorbidità; schemi cognitive negativi; bassa autostima

Contenuto del modulo

Presenta le diapositive introduttive generali che precedono ciascun modulo (diapositiva 1-13) soltanto nel caso in cui vi siano nuovi partecipanti, altrimenti inizia dalla diapositiva 14.

Dapprima il gruppo discute alcuni possibili sintomi di depressione (diapositive 15-16). Il trainer poi sottolinea che la depressione non è irreversibile e che i modelli cognitivi depressogeni si possono cambiare con l'esercizio. Si nominano poi brevemente i possibili trattamenti per la depressione (diapositive 21-23) e, se possibile, si raccolgono le esperienze dei pazienti che hanno affrontato dei sintomi depressivi. Gli esercizi che partono dalla diapositiva 25 riguardano schemi depressive tipici quali la "generalizzazione esagerata" e la "percezione selettiva." Interagendo col gruppo, il trainer spiega come modelli di pensiero distorti possano essere sostituiti da strategie di coping più realistiche ed utili. Per esempio, ai partecipanti viene chiesto di non generalizzare su una situazione passata o future (es. "Una volta perdente, perdente sempre"), ma invece di fare dichiarazioni concrete e specifiche della situazione ("Oggi ho sbagliato su una cosa specifica"). Parole come "mai" o "sempre" dovrebbero essere evitate.

Nelle diapositive da 40 ai 52 ai partecipanti viene chiesto di fare una valutazione relativa alla "lettura dei pensieri negativi" (es. "Stanno parlando male di me" quando due colleghi cominciano a bisbigliare tra loro mentre tu presenti le tue idee ad una riunione). Gli effetti (sull'umore, l'autostima, il comportamento) di questa valutazione vengono quindi elaborate sotto al guida del formatore e la distorsione del pensiero viene sottoposta al test di realtà. Ai partecipanti viene quindi chiesto di pensare ad una valutazione alternativa più utile e di nuovo di valutarne gli effetti (sull'umore, l'autostima, il comportamento). Nella fase successiva, è possibile sviluppare valutazioni più utili per gli esempi personali di ciascun partecipante.

La diapositiva 53 "Paragoni con altre persone" segna l'inizio della prossima unità del modulo che affronta confronti ingiusti e rischi di perfezionismo. I confronti con l'altre persone sono normali e possono essere addirittura utili a volte, ma deve essere chiaro che nel contest della depressione sono spesso ingiusti e unilaterali. Si può solo "perdere" quando si intraprendono confronti ingiusti (per es. quando guardi solo un aspetto apparentemente perfetto in una persona, trascurando tutti gli altri "Ha un grande successo professionale, ma a quale prezzo?"). Puoi anche presentare il videoclip "confronto ingiusto" (<http://www.youtube.com/user/AGNeuropsychologie>).

Le diapositive intitolate "vita meravigliosa" (61-64) dimostrano che la perfezione è inarrivabile e che lottare per questo può renderci ansiosi ed infelici. Una strategia alternativa può consistere nell'incoraggiare i partecipanti ad essere "inconsapevolmente imperfetti" (per es. fare deliberatamente un piccolo errore). Quando si confrontano i risultati attesi e quelli effettivi, si scopre spesso che le reazioni negative attese non si verificano mai. Chiarisci che potrebbero esserci ampie differenze tra le aree in cui i partecipanti lottano per la perfezione (per es. essere sempre perfetti o essere un perfetto padre o). Cambiando prospettiva (dalla diapositiva 71 in su), possiamo identificare i nostri standard eccessivi ("Ti aspetteresti che un buon amico sia sempre perfetto?"). Alla fine del modulo discuti alcuni suggerimenti che, se usati regolarmente,

aiutano a migliorare l'umore dei pazienti. A questo punto, I partecipanti dovrebbero parlare tra loro delle rispettive strategie. Infine, riassumi i principali contenuti del modulo, gli obiettivi di apprendimento e chiarisci eventuali domande aperte.

Materiale

Molti contenuti sono basati sul TMC per pazienti con psicosi (Moritz et al., 2010) e sul TMC per pazienti con depressione (Jelinek et al., 2011). Inoltre, alcuni esempi sono ispirati dalle esperienze personali di pazienti o da testi cognitivo- comportamentali (es. Beck, 1976). Alla fine della presentazione sono presenti i riconoscimenti per le illustrazioni e le foto che abbiamo utilizzato di altri artisti e fotografi.

Obiettivo del modulo

Introduce i partecipanti agli stili di pensiero disfunzionale che possono contribuire alla formazione e al mantenimento della depressione. Li incoraggia a ridurre le eccessive domande su se stessi, e a giudicare le loro capacità in modo più appropriato ed equo. Evidenzia la modificabilità degli stili di pensiero depressivo. Soprattutto, introduce strategie per migliorare l'umore e l'autostima (es. il diario positivo, le attività positive).

Consigli generali

Questo modulo differisce da altri in quanto non sono previsti esercizi convenzionali con opzioni di risposta corretta o errata. E' fondamentale che il trainer abbia familiarità con il modello cognitivo comportamentale della depressione che sta alla base di questo modulo.

Consigli specifici

Alcune diapositive contengono domande che chiedono ai partecipanti di trovare le interpretazioni più utili ed equilibrate prima che vengano rivelate le opzioni di risposta (servono solo come ispirazione) . Quando discutono i suggerimenti per migliorare l'umore, i partecipanti dovrebbero anche scambiarsi esperienze positive e raccomandazioni. E' anche importante che i pazienti sappiano che il cambiamento può essere difficile e richiede pratica. Questo vale in particolare per i cambiamenti degli stili di pensiero. UN primo importante passo è riconoscere le distorsioni di pensiero nella vita di tutti i giorni, per poi cambiarle successivamente. I partecipanti possono anche esser incoraggiati al prestare ulteriore attenzione ai modelli di pensiero avversi durante la terapia individuale.

Bibliografia

- Abela, J. R. Z., Payne, A. V. L. & Moussaly, N. (2003). Cognitive vulnerability to depression in individuals with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 17*, 319-329.
- Aguirre, B. A. and Galen, G. (2013). *Mindfulness for borderline personality disorder*. Oakland: New Harbinger.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)* (4 ed.). Washington, DC: APA.
- Arntz, A., Appels, C. & Sieswerda, S. (2000). Hypervigilance in borderline disorder: a test with the emotional stroop paradigm. *Journal of Personality Disorders, 14*, 366-373.
- Arntz, A. & Veen, G. (2001). Evaluations of others by borderline patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 189*, 513-521.
- Baer, R. A., Peters, J. R., Eisenlohr-Moul, T. A., Geiger, P. J. & Sauer, S. E. (2012). Emotion-related cognitive processes in borderline personality disorder: a review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review, 32*, 359-369.
- Barnicot, K., Katsakou, C., Bhatti, N., Savill, M., Fearn, N. & Priebe, S. (2012). Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: a systematic review. *Clinical Psychology Review, 32*, 400-412.
- Barnow, S., Arens, E. A., Sieswerda, S., Dinu-Biringer, R., Spitzer, C. & Lang, S. (2010). Borderline personality disorder and psychosis: a review. *Current Psychiatry Reports, 12*, 186-195.
- Barnow, S., Herpertz, S. C., Spitzer, C., Dudeck, M., Grabe, H. J. & Freyberger, H. J. (2006). Kategoriale versus dimensionale Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen: sind dimensionale Modelle die Zukunft? *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 74*, 706-713.
- Barnow, S., Stopsack, M., Grabe, H. J., Meinke, C. & Spitzer, C. (2009). Interpersonal evaluation bias in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 359-365.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y. & Plumb, I. (2001). The "Reading the mind in the eyes" test revised version: a study with normal adults, and adults with asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*, 241-251.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalisation based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Beck, A. T., Freeman, A. & Davis, D. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders* (2 ed.). New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Bell, V., Halligan, P. W. & Ellis, H. D. (2006). Explaining delusions: a cognitive perspective. *Trends in Cognitive Sciences, 10*, 219-226
- Bhar, S. S., Brown, G. K. & Beck, A. T. (2008). Dysfunctional beliefs and psychopathology in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders, 22*, 165-177.
- Blum, N., Bartels, N., St. John, D. & Pfohl, B. (2002). *STEPPS: Systems training for emotional predictability and problem solving: group treatment for borderline personality disorder*. Coralville, Iowa: Blum's Books.
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Chapman, A., et al. (2009). The short-version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology, 42*, 32-39.
- Bohus, M. & Kröger, C. (2011). Psychopathologie und Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Zum gegenwärtigen Stand der Forschung. [Psychopathology and psychotherapy of borderline personality disorder: the current state of research]. *Nervenarzt, 82*, 16-24.
- Bohus, M. and Wolf-Arehult, M. (2011). *Achtsamkeit – Schritte zur seelischen Gesundheit*. [Mindfulness – steps toward psychological health]. Stuttgart: Schattauer.
- Bohus, M. & Wolf, M. (2009). *Interaktives SkillsTraining für Borderline-Patienten*. [Interactive skills training for borderline patients]. Stuttgart: Schattauer.

- Brunner, R., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M., et al. (2007). Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, *161*, 641-649.
- Carver, C. S. (1998). Generalization, adverse events, and development of depressive symptoms. *Journal of Personality*, *66*, 606-619.
- Dell'Osso, B., Berlin, H. A., Serati, M. & Altamura, A. C. (2010). Neuropsychobiological aspects, comorbidity patterns and dimensional models in borderline personality disorder. *Neuropsychobiology*, *61*, 169-179.
- Domes, G., Czeschnek, D., Weidler, F., Berger, C., Fast, K. & Herpertz, S. C. (2008). Recognition of facial affect in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *22*, 133-147.
- Domes, G., Schulze, L. & Herpertz, S. C. (2009). Emotion recognition in borderline personality disorder - a review of the literature. *Journal of Personality Disorders*, *23*, 6-19.
- Domes, G., Winter, B., Schnell, K., Vohs, K., Fast, K. & Herpertz, S. (2006). The influence of emotions on inhibitory functioning in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, *36*, 1163-1172.
- Dulz, B., Herpertz, S. C., Kernberg, O. F. & Sachsse, U. (2011). *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Dulz, B. & Schneider, A. (2004). *Borderline-Störungen. Theorie und Therapie*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Dutton, D. G. & Aron, A. P. (1974). Some evidence for heightened sexual attraction under conditions of high anxiety. *Journal of Personality and Social Psychology*, *30*, 510-517.
- Dziobek, I., Fleck, S., Kalbe, E., Rogers, K., Hassenstab, J., Brand, M., Kessler, J., Woike, J., Wolf, O.T., Convit, A. (2006). Introducing MASC: a movie for the assessment of social cognition. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *36*, 623-636.
- Festinger, F. (Ed.). (1978). *Theorie der kognitiven Dissonanz*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Fiedler, P. & Renneberg, B. (2007). Ressourcenorientierte Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In G. Dammann and P. L. Janssen (Eds.), *Psychotherapie der Borderline-Störungen* (pp. 155-163). Stuttgart: Thieme.
- Fine, C., Gardner, M., Craigie, J. & Gold, I. (2007). Hopping, skipping or jumping to conclusions? Clarifying the role of the JTC bias in delusions. *Cognitive Neuropsychiatry*, *12*, 46-77.
- Frankl, V. (2006). *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn. Eine Auswahl aus dem Gesamtwerk* (Vol. 19). München: Piper.
- Franzen, N., Hagenhoff, M., Baer, N., Schmidt, A., Mier, D., Sammer, G., et al. (2011). Superior 'theory of mind' in borderline personality disorder: an analysis of interaction behavior in a virtual trust game. *Psychiatry Research*, *187*, 224-233.
- Freeman, D. (2007). Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review*, *27*, 425-457.
- Frick, C., Lang, S., Kotchoubey, B., Sieswerda, S., Dinu-Biringer, R., Berger, M., Veser, S., Essig, M. and Barnow, S. (2012) Hypersensitivity in borderline personality disorder during mindreading. *PLoS ONE* 7: e41650. doi:10.1371/journal.pone.0041650
- Garety, P. A., Hemsley, D. R. & Wessely, S. (1991). Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid patients. Biases in performance on a probabilistic inference task. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *179*, 194-201.
- Ghiassi, V., Dimaggio, G. & Brüne, M. (2010). Dysfunctions in understanding other minds in borderline personality disorder: a study using cartoon picture stories. *Psychotherapy Research*, *20*, 657-667.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., et al. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, *69*, 533-545.
- Harari, H., Shamay-Tsoory, S. G., Ravid, M. and Levkovitz, Y. (2010). Double dissociation between cognitive and affective empathy in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, *28*, 277-279.

- Heider, F. (1977). *Psychologie der interpersonalen Beziehungen*. Stuttgart: Klett.
- Herpertz, S. (2011). Beitrag der Neurobiologie zum Verständnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt*, 82, 9-15.
- Jacob, G. A., Allemann, R., Schornstein, K. & Lieb, K. (2009). Zur aktuellen Situation der stationären Versorgung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 36, 387-389.
- Jacob, G. A. & Potreck-Rose, F. (2007). *Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen. Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Jacob, G. A., Richter, H., Lammers, C., Bohus, M. & Lieb, K. (2006). Gruppentherapiemodul zur Stärkung des Selbstwertes bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeit. *Verhaltenstherapie*, 16, 212-221.
- Jelinek, L., Hauschildt, M. & Moritz, S. (2011). *Metakognitives Training bei Depression (D-MKT)*. Hamburg: VanHam Campus Verlag.
- Jobst, A., Hörz, S., Birkhofer, A., Martius, P. & Rentrop, M. (2009). Einstellung von Psychotherapeuten gegenüber der Behandlung von Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 60, 126-131.
- Jorgensen, C. R., Berntsen, D., Bech, M., Kjolbye, M., Bennedsen, B. E. & Ramsgaard, S. B. (2012). Identity-related autobiographical memories and cultural life scripts in patients with Borderline Personality Disorder. *Consciousness and Cognition*, 21, 788-798.
- Kernberg, O. F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of American Psychoanalytical Association*, 15, 641-685.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Aronson.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Kinderman, P. & Bentall, R. P. (1996). A new measure of causal locus: the Internal, Personal and Situational Attributions Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 20, 261-264.
- Kliem, S., Kröger, C. & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 936-951.
- Knight, R. (1953). Borderline states. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 17, 1-12.
- Kröger, C. & Kosfelder, J. (2010). Eine Meta-Analyse zur Wirksamkeit der Dialektisch Behavioralen Therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36, 11-17.
- LeGris, J. & van Reekum, R. (2006). The neuropsychological correlates of borderline personality disorder and suicidal behaviour: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 131-142.
- Lincoln, T. M., Ziegler, M., Mehl, S. & Rief, W. (2010). The jumping to conclusions bias in delusions: specificity and changeability. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 40-49.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Looft, W. R. (1972). Egocentrism and social interaction across the lifespan. *Psychological Bulletin*, 78, 73-92.
- Moritz, S. & Hauschildt, M. (2012). Detecting and defusing thought traps - Metacognitive training for obsessive-compulsive disorder (myMCT). Hamburg: VanHam Campus Press.
- Moritz, S., Jelinek, L., Hauschildt, M. & Naber, D. (2010). How to treat the untreated: effectiveness of a self-help metacognitive training program (myMCT) for obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12, 77-100.
- Moritz, S., Schilling, L., Wingenfeld, K., Köther, U., Wittekind, C., Terfehr, K., et al. (2011). Psychotic-like cognitive biases in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 349-354.
- Moritz, S., Vitzthum, F., Randjbar, S., Veckenstedt, R. & Woodward, T. S. (2010a). Detecting and defusing cognitive traps: metacognitive intervention in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 23, 561-569.

- Moritz, S., Woodward, T. S., Stevens, C., Hauschildt, M. & Metacognition Study Group (2010b). *Metacognitive Training for Psychosis (MCT). Manual*. Hamburg: VanHam Campus Verlag.
- Moritz, S., Woodward, T. S. & Rodriguez-Raecke, R. (2006). Patients with schizophrenia do not produce more false memories than controls but are more confident in them. *Psychological Medicine*, 36, 659-667.
- Napolitano, L. A. & McKay, D. (2007). Dichotomous thinking in borderline personality disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 717-726.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2005). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the interpretation of intrusions inventory - part II: factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1527-1542.
- Piaget, J. (1951). *The language and thought of the child*. New York: Humanities Press.
- Potreck-Rose, F. & Jacob, G. (2008). *Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen. Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl* (5 ed.). Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Preißler, S., Dziobek, I., Ritter, K., Heekeren, H. R., Roepke, S. (2010). Social cognition in borderline personality disorder: evidence for disturbed recognition of the emotions, thoughts, and intentions of others. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 4, 1-8.
- Pretzer, J. (1990). Borderline personality disorder. In A. T. Beck, A. Freeman and Associates (Eds.), *Cognitive therapy of personality disorders* (pp. 176-207). New York: The Guilford Press.
- Reed, L. I., Fitzmaurice, G. & Zanarini, M. C. (2012). The course of positive affective and cognitive states in borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *Personality and Mental Health*, 6, 281-291.
- Rommel, A. & Bohus, M. (2006). Pharmakologische und psychotherapeutische Behandlung der Borderline-Störung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54, 185-197.
- Renneberg, B., Schmidt-Rathjens, C., Hippin, R., Backenstrass, M., & Fydrich, T. (2005). Cognitive characteristics of patients with borderline personality disorder: Development and validation of a self-report inventory. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 173-182.
- Roepke, S., Vater, A., Preißler, S., Heekeren, H. R., Dziobek, I. (2013). Social cognition in borderline personality disorder. *Frontiers in Neuroscience*, 6, 1-12.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Sauer, S. E. & Baer, R. A. (2012). Ruminative and mindful self-focused attention in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3, 433-441.
- Schilling, L., Moritz, S., Köther, U., Wingenfeld, K. & Spitzer, C. (2010, November). *Kognitive Verzerrungen bei Patienten mit einer BPS*. Präsentation auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Berlin, Deutschland.
- Schilling, L., Wingenfeld, K., Löwe, B., Moritz, S., Terfehr, K., Köther, U., et al. (2012). Normal mind-reading capacity but higher response confidence in borderline personality disorder patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66, 322-327.
- Schröder, K., Fisher, H. L., Schäfer, I. (2013). Psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder: prevalence and clinical management. *Current Opinion in Psychiatry*, 26, 113-119.
- Schulze, L., Domes, G., Köppen, D., Herpertz, S. C. (in press). Enhanced detection of emotional facial expressions in borderline personality disorder. [Psychopathology](#).
- Schwannauer, M., Peters, E. R., Moritz, S., Wiseman, Z., Greenwood, K., Kuipers, E., et al. (2010). The cognitive biases questionnaire for psychosis (CBQP). *Schizophrenia Research*, 117, 413-414.
- Selby, E. A., Anestis, M. D., Bender, T. W. & Joiner, T. E. (2009). An exploration of the emotional cascade model in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 375-387.
- Selby, E. A. & Joiner, T. E. (2009). Cascades of emotion: The emergence of borderline personality disorder from emotional and behavioral dysregulation. *Review of General Psychology*, 13, 219-229.

- Sharp, C., Pane, H., Ha, C., Venta, A., Patel, A. B., Sturek, J., et al. (2011). Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *50*, 563-573.
- Sieswerda, S., Arntz, A. & Kindt, M. (2007). Successful psychotherapy reduces hypervigilance in Borderline Personality Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *35*, 387-402.
- Sieswerda, S., Arntz, A., Mertens, I. & Vertommen, S. (2007). Hypervigilance in patients with borderline personality disorder: specificity, automaticity, and predictors. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 1011-1024.
- Slotema, C. W., Daalman, K., Blom, J. D., Diederens, K. M., Hoek, H. W. & Sommer, I. E. C. (2012). Auditory verbal hallucinations in patients with borderline personality disorder are similar to those in schizophrenia. *Psychological Medicine*, *42*, 1873-1878.
- Sollberger, D. & Walter, M. (2010). Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Gemeinsamkeiten und Differenzen evidenzbasierter störungsspezifischer Behandlungen. *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie*, *78*, 698-708.
- Staebler, K., Helbing, E., Rosenbach, C. & Renneberg, B. (2011). Rejection sensitivity and borderline personality disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *18*, 275-283.
- Tadić, A., Wagner, S., Hoch, J., Başkaya, Ö., von Cube, R., Skaletz, C., et al. (2009). Gender differences in axis I and axis II comorbidity in patients with borderline personality disorder. *Psychopathology*, *42*, 257-263.
- Trull, T. J., Jahng, S., Tomko, R. L., Wood, P. K. & Sher, K. J. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence and comorbidity with substance dependence disorders. *Journal of Personality Disorders*, *24*, 412-426.
- Unoka, Z., Fogd, D., Fuzy, M. & Csukly, G. (2011). Misreading the facial signs: specific impairments and error patterns in recognition of facial emotions with negative valence in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, *189*, 419-425.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford Press.
- Westen, D. (1991). Cognitive-behavioral interventions in the psychoanalytic psychotherapy of borderline personality disorders. *Clinical Psychology Review*, *11*, 211-230.
- Westen, D., Ludolph, P., Block, J., Wixom, J. & Wiss, F. C. (1990). Developmental history and object relations in psychiatrically disturbed adolescent girls. *American Journal of Psychiatry*, *147*, 1061-1068.
- Yee, L., Korner, A. J., McSwiggan, S., Meares, R. A. & Stevenson, J. (2005). Persistent hallucinosis in borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *46*, 147-154.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Zanarini, M. C. (2009). Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *120*, 373-377.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., et al. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *155*, 1733-1739.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, R., Bradford Reich, D. & Fitzmaurice, G. (2010). The 10-year course of psychosocial functioning among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *122*, 103-109.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G. & Frankenburg, F. R. (1990). Cognitive features of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *147*, 57-63.