

Metakognitives Training für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung

(B-MKT)

- Manual -

Stand 08/2016

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



H. Sieverding: Ohne Titel 8 aus der Serie Horizonte. Acryl auf Leinwand 60 x 80 cm, 2009.

Lizenz: Namensnennung-Keine Bearbeitung 2.0 US-amerikanisch (nicht portiert) (CC BY-ND 2.0);
<http://www.flickr.com/photos/18225028@N02/4245016061/>

Danksagung

Unser Dank gilt insbesondere den Mitentwicklern des Metakognitiven Training für Patienten₁ mit Schizophrenie (MKT) - v.a. Frau Bohn, Frau Dr. Veckenstedt, Frau Randjbar - und für Patienten mit Depression (D-MKT), Frau PD Dr. Jelinek und Frau Dr. Hauschildt. Zahlreiche Inhalte dieser beiden Trainings sind in das B-MKT eingeflossen und haben uns zu weiteren Übungen inspiriert.

Zudem möchten wir uns ganz herzlich bedanken bei unseren Kolleginnen Janne Hottenrott, Brooke Viertel, Kenneth Kronenberg, Julia Bierbrodt, Vivien Braun, Birgit Hottenrott, Johanna Schröder, Teresa Thöring und Vivien Niehaus, die uns in der Anfangsphase bei der Durchführung des Trainings bzw. der Erstellung und Übersetzung des Manuals ins Englische unterstützt haben.

Unseren Patienten gebührt großer Dank, da diese durch ihre zahlreichen Rückmeldungen zur steten Verbesserung der Module beigetragen haben.

Dank gilt auch Friedrich Althausen für die schöne Schriftart „Vollkorn“ (Open-Font-Lizenz; „Vollkorn“, http://friedrichalthausen.de/?page_id=411), in der das Training umgesetzt wurde.

Spendenaufruf

Wenn Sie uns in unserem Bemühen unterstützen möchten, das B-MKT weiterhin niedrigschwellig zum Download anzubieten, würden wir uns sehr über eine Spende freuen. Selbstverständlich werden wir weiterhin jeden mit Rat und Tat bei Rückfragen oder Umsetzungsproblemen unterstützen, unabhängig davon, ob gespendet wurde oder nicht. Wir versprechen, dass alle Spenden in unsere Forschungsbemühungen einfließen (anstehende Aufgaben: z. B. Übersetzung des Manuals in weitere Sprachen, Anfertigung neuer Grafiken). Auf Wunsch kann Ihnen eine offizielle Spendenbescheinigung ausgestellt werden, da unsere Einrichtung als gemeinnützig anerkannt ist.

Kontoinhaber: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Bank: Hamburger Sparkasse (Bankleitzahl: 200 505 50)
Kontonummer: 1234363636
Betreff (unbedingt angeben): Borderline-MKT – 0470 / 040
IBAN: DE54200505501234363636
BIC/Swift: HASPDEHHXXX

¹ Rein aus stilistischen Gründen wird die männliche Form verwendet. Frauen sind selbstverständlich immer mit gemeint.

Einleitung

Während frühe Konzepte der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) v. a. „psychosenahe Abwehrmechanismen“ als zentrale Merkmale der Erkrankung erachteten, wird heute vorwiegend eine Störung der Affektregulation als Leitsymptom postuliert (Herpertz, 2011). Die Symptomatik der BPS ist demnach gekennzeichnet von abrupt einsetzenden Zuständen intensiver emotionaler Erregung, die häufig in selbstschädigendem Verhalten oder dissoziativen Phänomenen münden. Neben dem Kardinalsymptom der Affektdysregulation manifestiert sich die BPS auch in einer Instabilität des Selbstbildes, Problemen in der sozialen Interaktion, Verhaltensstörungen (v. a. Selbstverletzungen) sowie Defiziten in der kognitiven Funktionsfähigkeit, z. B. dissoziativen Symptomen und dysfunktionalen Informationsverarbeitungsmustern (American Psychiatric Association, 1994).

Mit einer Lebenszeitprävalenz zwischen 3% und 6% (Grant et al., 2008; Trull, Jahng, Tomko, Wood, & Sher, 2010) stellt die BPS eine der am weitesten verbreiteten psychischen Störungen dar. Alarmierend sind auch die Ergebnisse der „Heidelberger Schulstudie“ (Brunner et al., 2007) an über 5000 Schülern, die eine wachsende Verbreitung frühen selbstverletzenden Verhaltens nachweisen konnte: Insgesamt nannten 10,9% der Schüler im Durchschnittsalter von 14,9 Jahren gelegentliche (1-3 mal pro Jahr) Formen selbstverletzenden Verhaltens; 8% gaben sogar an, einen oder mehrere Suizidversuche verübt zu haben.

Die Borderline-Störung ist überdies durch sehr hohe Komorbiditätsraten, v. a. mit affektiven Störungen (Tadic et al., 2009; Zanarini et al., 1998), gekennzeichnet. Zudem weisen viele Borderline-Patienten zeitweilig paranoide Vorstellungen oder halluzinatorische Symptome auf. Barnow und Kollegen (2010) berichten in einer Übersichtsarbeit zu BPS und Psychose, dass bis zu 75% der Borderline-Patienten unter dissoziativen Erfahrungen und paranoiden Vorstellungen, leiden. Zwischen 20% und 50% der Borderline-Patienten weisen psychotische Symptome auf (Schröder, Fisher & Schäfer, 2013).

Therapiemöglichkeiten der BPS

Insbesondere in den letzten 10 Jahren wurden die therapeutische Anstrengungen und die Forschung zur BPS deutlich intensiviert (Jacob, Allemann, Schornstein, & Lieb, 2009). Allerdings lehnen auch heute noch zahlreiche Therapeuten die Behandlung dieser als schwierig geltenden Patientengruppe ab (Jobst, Hörz, Birkhofer, Martius, & Rentrop, 2009). Die Therapie ist überdies mit hohen Kosten verbunden: Für die Behandlung von Menschen mit einer BPS werden in Deutschland ca. 4 Milliarden Euro (etwa 15-20% der Gesamtkosten für stationäre psychiatrische Behandlungen) veranschlagt (Bohus & Kröger, 2011).

Trotz der angesprochenen Schwierigkeiten gilt die Psychotherapie bei der BPS als das Mittel der Wahl (Rommel & Bohus, 2006). Aktuell existieren mehrere evidenzbasierte und manualisierte Interventionen (für eine Übersicht siehe Barnicot et al., 2012; Zanarini, 2009): die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT; Linehan, 1993, 1996), die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT; Bateman & Fonagy, 2004), die Schematherapie (Young, Klosko, & Weishaar, 2003), die übertragungsfokussierte Therapie (TFP; Kernberg, 1984) sowie Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS; Blum, Bartels, St. John, & Pfohl, 2002).

Für eine ausführliche Übersichtsarbeit zu psychotherapeutischen Wirkfaktoren bei der BPS sei auf den Artikel von Barnicot et al. (2012) verwiesen.

Die weiteste Verbreitung findet die DBT, für welche auch die meisten Wirksamkeitsbelege vorliegen. In einer Metaanalyse von Kröger & Kosfelder (2010), welche zehn Studien mit insgesamt 295 Patienten umfasste, wird die Wirksamkeit der DBT mit einer korrigierten durchschnittlichen Gesamteffektstärke von $d = 0,62$ angegeben, was einem mittleren Effekt entspricht; die Dropout-Rate liegt bei ca. einem Drittel der Patienten (Kröger & Kosfelder, 2010). Die verfügbaren Psychotherapieformen führen bei einem großen Teil der Patienten zu einer Linderung der Symptome

aber nicht zur Remission. Viele Patienten mit partieller BPS weisen weiterhin einen erheblichen Leidensdruck, eine geringe Lebensqualität sowie Beeinträchtigungen im psychosozialen Funktionsniveau auf (Barnow et al., 2006; Reed, Fitzmaurice, & Zanarini, 2012; Zanarini, Frankenburg, Bradford Reich, & Fitzmaurice, 2010).

Metakognitives Training für Borderline-Patienten (B-MKT)

Vor dem dargestellten Hintergrund einer suboptimalen Therapieansprache vieler Patienten, mittleren Effektstärken von Psychotherapie sowie hohen Abbrecherquoten (Sollberger & Walter, 2010; Zanarini, 2009) existiert ein Bedarf an kostengünstigen und niedrighschwelligem Komplementärmaßnahmen, die es ermöglichen, Patienten rasch an das Versorgungsnetzwerk anzubinden. Des Weiteren erscheint es erforderlich, gezielt auf einige der neuerlich ermittelten dysfunktionalen Denkstile bei BPS (z. B. Überkonfidenz bei der Emotionserkennung) sowie bereits gut untersuchte kognitive Verzerrungen (z. B. dichotomes Denken) in der Therapie zu fokussieren (siehe entsprechende Abschnitte).

Ein solches (eklektisches) add-on Konzept, welches der kognitiven Verhaltenstherapie zuzuordnen ist, wurde von unserer Arbeitsgruppe in Form des B-MKT entwickelt. Ausgangspunkt stellte das MKT für Patienten mit Schizophrenie (Moritz, Vitzthum et al., 2010b) dar, welches in zahlreichen Sprachen vorliegt und bereits in vielen Kliniken Anwendung findet.

Basierend auf den Ergebnissen eigener Vorstudien (Moritz et al., 2011; Schilling et al., 2012) sowie weiteren mehrfach replizierten Befunden aus der kognitiven Grundlagenforschung wurden die Trainingseinheiten des MKT für Schizophrenie und des MKT für Depression an die störungsspezifischen (problematischen) Denkmuster von Borderline-Patienten angepasst. Zahlreiche neue Beispiele wurden mit Unterstützung der bisherigen Teilnehmer ergänzt.

Die Materialien können unter dem Link www.uke.de/borderline bezogen werden.

Weitere Informationen zum theoretischen Hintergrund, der Struktur, der Umsetzung und den spezifischen Inhalten der Trainingseinheiten werden im Folgenden dargestellt.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg bei der Durchführung des Trainings!

Theoretischer Hintergrund

Neben der Betrachtung neuropsychologischer Funktionen, welche auf basale Bereiche wie das Gedächtnis fokussieren (für Übersichtsarbeiten siehe z.B. Dell’Osso, Berlin, Serati, & Altamura, 2010; LeGris & van Reekum, 2006), widmet sich die kognitive Forschung zur BPS zunehmend auch spezifischen kognitiven Verzerrungen (engl. cognitive biases), welche sich auf die veränderte Auswahl und Verarbeitung von Informationen beziehen. Die Erforschung von Denkverzerrungen bei der BPS ist teilweise eng mit dem Schemakonzept verbunden (siehe den folgenden Abschnitt). In jüngerer Zeit wurde dieser Forschungszweig von experimentellen Untersuchungen zu Denkverzerrungen bei Psychosen befruchtet (Bell, Halligan, & Ellis, 2006; Freeman, 2007; Moritz et al., 2011; Moritz, Vitzthum et al., 2010a). Paradigmen aus dem Bereich der „Theory of Mind“ (Domes, Schulze, & Herpertz, 2009) und neuerdings auch zur „Überkonfidenz“ (Schilling et al., 2012) oder zur „Attribution“ (Moritz et al., 2011) erweisen sich dabei als hilfreich für das Verständnis der BPS. Ein Teil der bisherigen Studien wird nachfolgend zusammenfassend dargestellt. Für eine ausführliche Übersichtsarbeit zu kognitiven Prozessen bei der Borderline-Störung sei auf ein aktuelles Review von Baer et al. (2012) verwiesen.

Schema-basierte Denkverzerrungen: Spaltung und dichotomes Denken

Die kognitive Theorie der Persönlichkeitsstörungen (Beck, Freeman, & Davis, 2004) postuliert, dass Leitsymptome wie die Affektdysregulation und interpersonelle Probleme bei BPS-Patienten möglicherweise durch dysfunktionale kognitive Schemata mit verursacht und aufrechterhalten werden (Domes et al., 2009). Schemata werden als grundlegende Verarbeitungseinheiten angesehen, die sehr leicht ausgelöst ("getriggert") werden können (Barnow, Stopsack, Grabe, Meinke, & Spitzer, 2009). Nach der Aktivierung dominieren sie die Informationsverarbeitung und können zu einer verzerrten Bewertung der Umwelt führen (Beck et al., 2004). Schemata äußern sich in sogenannten „Grundannahmen“, die beeinflussen, wie ein Individuum sich selbst, andere und die Umwelt bewertet. Dem kognitiven Modell der BPS zufolge dominieren bei Borderline-Patienten drei verzerrte Grundannahmen: 1. „Ich bin von Natur aus schlecht und inakzeptabel.“, 2. „Ich bin machtlos und verletzlich.“, 3. „Die Welt ist (und andere sind) gefährlich und feindselig.“ (Pretzer, 1990). Ferner wurde vermutet, dass die Kombination dieser Grundannahmen zu einem widersprüchlichen Erleben der Betroffenen führt (Beck et al., 2004; Linehan, 1996; Pretzer, 1990; Renneberg & Seehausen, 2010). Beispielsweise erscheint aufgrund der empfundenen eigenen Machtlosigkeit und Verletzlichkeit (Grundannahme 2) Unterstützung in einer als gefährlich wahrgenommenen Welt (Grundannahme 3) notwendig. Gleichzeitig wird den Mitmenschen jedoch kein/wenig Vertrauen entgegen gebracht. Dieser Widerspruch trägt bei Borderline-Patienten vermutlich zur instabilen Stimmung und Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen bei, z. B. aufgrund eines stetigen Wechsels zwischen angstvollem Festklammern und dem kurz darauf folgenden Zurückstoßen anderer Personen (Bhar, Brown, & Beck, 2008). Zudem wird angenommen, dass sich Menschen mit einer BPS aufgrund dieser widersprüchlichen Grundannahmen in einem Zustand von besonders ausgeprägter Wachsamkeit (Hypervigilanz) befinden (Sieswerda, Arntz, Mertens, & Vertommen, 2007). Diese Hypervigilanz gegenüber sozialen Stimuli, welche Bedrohung oder Zurückweisung signalisieren, konnte auch empirisch nachgewiesen werden (Arntz, Appels, & Sieswerda, 2000; Sieswerda, Arntz, Mertens et al., 2007). So zeigte sich in einem emotionalen Stroop Paradigma eine erhöhte Latenz beim Benennen der Druckfarben, wenn die farbig präsentierten Wörter eine bedrohliche Valenz hatten (Arntz et al., 2000). Ferner konnte belegt werden, dass eine erfolgreiche Psychotherapie auch die Hypervigilanz bei Borderline-Patienten reduziert (Sieswerda, Arntz, & Kindt, 2007). Überdies zeigten Studien (z.B. Barnow et al., 2009), dass Menschen mit einer BPS anderen Personen mehr negative und aggressive Eigenschaften zuschreiben als gesunde Probanden, was wiederum das Bedrohungserleben erhöhen könnte.

Zusätzlich zu den Grundannahmen findet sich besonders häufig der bereits von Otto Kernberg (1967) beschriebene Abwehrmechanismus der sog. Spaltung: Menschen mit einer BPS scheinen demnach

Erfahrungen nicht auf einem Kontinuum zu bewerten, sondern in extremen und sich ausschließenden Kategorien, v.a. „gut“ vs. „böse“ (Dulz & Schneider, 2004). Dies führt zu extremen Interpretationen im interpersonellen Kontext und in der Folge zu überschießenden emotionalen Reaktionen. Zudem können durch die Spaltung positive und negative Aspekte einer Person nicht integriert werden, woraus eine wechselnde Idealisierung und Entwertung der Mitmenschen resultieren könnte (Kernberg, 1967). In kognitiven Theorien wird mit „dichotomem Denken“ („Schwarz-Weiß-Denken“) ein ganz ähnlicher Prozess beschrieben, wobei ein bedeutender Unterschied zur Spaltung die Annahme einer Multidimensionalität (bzw. Bipolarität) darstellt: Demnach bewerten Borderline-Patienten andere Menschen zwar auf extreme Weise, jedoch mit gemischten Valenzen, d. h. es werden sowohl (extrem) positive als auch negative Zuschreibungen vorgenommen (Arntz & Veen, 2001; Napolitano & McKay, 2007).

Neben den negativen Grundannahmen und dem dichotomen Denken finden sich bei der BPS weitere ungünstige Denkmuster, die im Folgenden zusammenfassend dargestellt werden und die Grundlage für die einzelnen Module des Trainings bilden.

Da bestimmte Denkprozesse (z.B. Attributionen) bisher weniger Berücksichtigung in bestehenden Behandlungskonzepten gefunden haben, wird hierzu der theoretische Hintergrund ausführlicher dargestellt, wohingegen die Darstellung von in der Literatur bereits eingehender beschriebenen Inhalten, z.B. zum Selbstwert bei der BPS, kürzer gehalten wird (mit dem Verweis auf entsprechende weiterführende Literatur).

Verzerrte Attribution (Modul 1)

Menschen stellen sich bei persönlich bedeutsamen Ereignissen unwillkürlich die Frage, wodurch diese eingetreten sind und nehmen entsprechend Kausalattributionen vor (Heider, 1977). Zuschreibungsmuster wurden zunächst bei Depression und später auch bei Schizophrenie eingehend untersucht. Bei Borderline-Patienten beschreibt Westen (1991) in einer frühen Arbeit ausführlich einen Attributionsstil, dessen Eigenschaften im Folgenden kurz dargelegt werden sollen.

Als erstes Merkmal nennt Westen den „Egozentrismus“. Bereits frühe Untersuchungen mit projektiven Verfahren zeigten, dass Menschen mit einer BPS dazu neigen, in ihren Attributionen sehr egozentrisch zu sein (Exner, 1986; Westen, Lohr, Silk, Gold, & Kerber, 1990). Egozentrismus bezeichnet dabei nach Piaget (1951) einen Mangel an Differenziertheit in der Sichtweise der eigenen Person und der von Anderen oder auch eine Art „Eingebettetheit“ in die eigene Sichtweise (Looft, 1972). Diese manifestiert sich nach Westen (1991) beim Attributionsstil auf drei Arten: Zunächst sind Zuschreibungen bei der BPS verstärkt personenbezogen und v.a. die eigene Person wird als ursächlich für Ereignisse angesehen. Des Weiteren gelingt es Borderline-Patienten aufgrund von bestimmten Abwehrmechanismen wie der Projektion nicht, sowohl die eigene als auch die Sichtweise anderer Menschen in ein Ganzes zu integrieren. In der Folge schreiben sie häufig ihre eigenen Motive anderen Personen zu und umgekehrt. Überdies werden bei zu starker gedanklicher Fokussierung auf die eigenen (verletzten) Gefühle teilweise gar keine Attributionsprozesse mehr aktiviert, so dass es den Betroffenen nicht mehr möglich ist, z.B. auch durchaus plausible Erklärungen anzunehmen.

Als zweites Merkmal des Attributionstils von Borderline-Patienten nennt Westen (1991) eine Neigung, anderen Personen verstärkt Böswilligkeit zu unterstellen (Kernberg, 1975; Knight, 1953), was auch im Zusammenhang stehen könnte mit einem Negativ-Bias bei der Einfühlung bzw. Emotionserkennung (vgl. Abschnitt zur Theory of Mind). Das dritte Kennzeichen des Zuschreibungsmusters (basierend auf klinischen Beobachtungen) stellt die Ungenauigkeit der Attributionen von Borderline-Patienten dar: Kausalitätserklärungen sind demnach häufig unlogisch und unpräzise (Silk, Lohr, Westen, & Goodrich, 1989;). Hierbei spielt vermutlich die soziale Lerngeschichte eine Rolle: Wenn Handlungen der Eltern häufig als unberechenbar erlebt wurden, lernen die Betroffenen nicht, differenzierte Zuschreibungen vorzunehmen (Westen, Ludolph, Block, Wixom, & Wiss, 1990).

Zuletzt nennt Westen als weiteres Merkmal die Affektzentrierung. Zuschreibungsprozesse scheinen demnach anhand des jeweiligen Affekts polarisiert zu werden in „gut“ und „schlecht“, d. h. es werden Attributionen von „guten“ Motiven zu „guten“ Personen und von „schlechten“ Motiven zu „schlechten“ Personen vorgenommen. Relativ harmlose Ereignisse werden zudem katastrophisiert, da nur eine monovalente Repräsentation aktiviert werden kann (z. B. „Er wird mich verlassen, weil ich wertlos bin“). Im Gegensatz zu Menschen mit Depression nehmen Borderline-Patienten solche globalen Zuschreibungen aber auch bei positiven Ereignissen vor, sowohl bezüglich anderer Menschen („Sie macht das für mich, weil sie ein wunderbarer Mensch ist“) als auch in Bezug auf die eigene Person.

In einer eigenen Studie (Moritz et al., 2011; Schilling, Moritz, Köther, Wingenfeld, & Spitzer, 2010, November) wurde mit Hilfe einer revidierten Variante des Internal, Personal and Situational Attributions Questionnaire (IPSAQ-R; Kinderman & Bentall, 1996) bei Menschen mit einer BPS empirisch ein veränderter Attributionsstil belegt, der in Einklang mit den Beschreibungen von Westen steht. Borderline-Patienten zeigten demnach die Tendenz, sich selbst einen größeren Anteil (in %) an der Entstehung von positiven aber auch negativen Ereignissen zuzuschreiben als Gesunde. Ergänzend wiesen BPS-Patienten anderen Personen einen signifikant geringeren Kausalanteil an positiven Ereignissen zu. Hingegen fand fast eine sehr geringe Ursachenzuschreibung auf die Situation statt. Die übermäßige Internalisierung von Erfolg und Misserfolg könnte für eine Art „Egozentrismus“ sprechen, wie sie bereits von Westen (1991) beschrieben wurde („The self is viewed as the causal center of the social universe.“, S. 217). In Einklang zu diesen Annahmen steht auch das Ergebnis, dass Borderline-Patienten vermehrt monokausale Zuschreibungen vornehmen (Moritz et al., 2011; Schilling et al., 2010, November).

Grübeln & Katastrophisieren (Modul 2)

Grübeln bzw. Rumination erscheint von zentraler Bedeutung zu sein für die globale Schwere der Symptomatik und das Auftreten von dysfunktionalen Verhaltensweisen bei der BPS. So wird im Emotional Cascade Model (ECM; Selby & Joiner, 2009) postuliert, dass bei Borderline-Patienten ein negativer Affekt zunächst Rumination auslöst. In der Folge wird durch das Grübeln das negative Gefühl weiter verstärkt und führt in der Konsequenz wiederum zu vermehrtem Grübeln. Dieser Teufelskreis schafft für den Betroffenen letztendlich einen äußerst unangenehmen Gefühlszustand, der häufig in selbstschädigenden Verhaltensmustern (z.B. Selbstverletzungen, Substanzmissbrauch) mündet. Diese lenken die Aufmerksamkeit weg vom unangenehmen Gefühlszustand und den ruminativen Gedanken. Auch empirisch konnte das ECM belegt werden. So fanden Selby et al. (2009) in einer großen Studententichprobe eine signifikante Beziehung zwischen der Schwere von Borderline-Symptomen und Rumination. Zudem mediierte Rumination die Beziehung zwischen den Symptomen und dysfunktionalen Verhaltensweisen (z.B. Essattacken). Darüber hinaus hatte in einer weiteren Studie (Sauer & Baer, 2012) bereits ein wenige Minuten andauerndes Grübeln einen bedeutsamen Einfluss auf Stimmung und Stresstoleranz bei BPS-Patienten. Depressive Rumination wird dabei nicht ausreichend erklärt durch bestehende komorbide depressive Symptome (Abela, Payne, & Moussaly, 2003). Baer et al. (2012) unterscheiden daher auch zwischen depressivem Grübeln und Rumination in Verbindung mit der Emotion Wut. Letztgenannte tritt vermutlich bei BPS-Patienten im Zusammenhang mit dem Grübeln vermehrt auf und gilt als stärkerer Prädiktor für Borderline-typische Symptome als depressive Rumination (Baer und Sauer, 2011).

Zusammengefasst stützen die bisherigen Studien die Annahme, dass Rumination die emotionale Intensität bzw. unangenehme Gefühlszustände bei Borderline-Patienten noch steigern und insbesondere die Emotionen Wut und Aggression verstärken kann. Auch dysfunktionale Verhaltensweisen können in Folge der Rumination vermehrt auftreten. In Abgrenzung zur Depression scheint Rumination bei BPS besonders auf Wut und zwischenmenschliche Sorgen fokussiert zu sein.

Als weitere zentrale Denkverzerrung bei der BPS wird von einigen Autoren das Katastrophisieren erachtet, d. h. das Fokussieren auf etwaige negative Geschehnisse in der Zukunft (Selby & Joiner, 2009), welches jedoch in vielen Fällen auch als Epiphänomen des Grübelns oder auch des

dichotomen Denkens verstanden werden kann: Der Betroffene ist nicht in der Lage, verschiedene Einflüsse und Prognosen miteinander intern zu verrechnen und "malt schwarz". Die Beschäftigung mit emotional negativ gefärbten Gedanken beeinträchtigt sekundär andere Funktionsbereiche, z. B. die Gedächtnisleistung (Domes et al., 2006). Katastrophisieren könnte auch in Bezug auf vermutetes Verlassenwerden eine bedeutende Rolle spielen, z. B. wenn der eigene Partner ohne stichhaltige Beweise der Untreue beschuldigt wird (Selby & Joiner, 2009). Darüber hinaus könnte dieser Denkprozess in einer extremen Ausformung auch zu paranoiden Vorstellungen oder Wahn beitragen.

Theory of Mind (Modul 3 und 5)

Nachdem Theory of Mind (ToM) bzw. sozial-kognitive Funktionen wie Einfühlungsvermögen und Affekterkennung, zunächst bei Menschen mit Autismus und Schizophrenie untersucht wurden, finden emotionale Paradigmen auch zunehmende Beachtung in der Forschung zur BPS, da deren interpersonelle Probleme nach bisherigem Erkenntnisstand u.a. auf veränderte sozial-kognitive Prozesse zurückzuführen sind.

Borderline-Patienten weisen in Paradigmen zur Emotionserkennung überwiegend vergleichbare Leistungen wie gesunde Probanden (für eine Übersichtsarbeit siehe Domes et al., 2009). Jedoch ergaben Studien auch, dass Patienten mit einer BPS in neutrale Gesichtsausdrücke verstärkt negative Gefühle wie Wut oder Ekel interpretieren (Domes et al., 2008; Unoka, Fogd, Fuzy, & Csukly, 2011). Diese negativ verzerrte Wahrnehmung ist konsistent zur dritten Grundannahme („Die Welt ist gefährlich und feindselig.“) des bereits erwähnten kognitiven Modells von Pretzer (1990) und könnte zu einem erhöhten Bedrohungs- oder Feindseligkeitserleben von Menschen mit einer BPS beitragen. In einer eigenen Studie wurde überdies eine übersteigerte Urteilssicherheit in der Emotionserkennung gefunden (Schilling et al., 2012). Die Untersuchung der ToM erfolgte dabei mittels einer revidierten Version des Reading the Mind in the Eyes-Test (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste, & Plumb, 2001). Patienten mit einer BPS zeigten bei Gesamtbetrachtung der Fehler ähnliche Leistungen wie Gesunde. In dieser Grundlagenstudie wurde erstmalig auch die Urteilssicherheit mit erhoben: Borderline-Patienten belegten ihre Beurteilungen bzgl. der dargestellten Gesichtsausdrücke im Vergleich zu Gesunden vermehrt mit einer 100%igen Antwortsicherheit, was angesichts der Mehrdeutigkeit des verwendeten Reizmaterials als unvorsichtig und im Alltag als potentiell folgenschwer im Falle von Verwechslungen angesehen werden kann. Eine ähnlich überhöhte Urteilssicherheit gilt auch bei schizophrenen Patienten als gut belegt (z. B. Moritz, Woodward, & Rodriguez-Raecke, 2006). Darüber hinaus wurde in anderen Studien zur sozialen Kognition (Arntz & Veen, 2001; Barnow et al., 2009) u.a. nachgewiesen, dass Borderline-Patienten im Vergleich zu Gesunden, anderen Personen (untersucht mit kurzen Filmausschnitten) vermehrt negative und aggressive Eigenschaften zugeschrieben, was wiederum das empfundene Misstrauen und Bedrohungserleben erhöhen könnte. Zusätzlich weisen Borderline-Patienten häufig eine starke Sensibilität für Zurückweisung (rejection sensitivity) auf, die auch empirisch untermauert werden konnte (Dulz, Herpertz, Kernberg, & Sachsse, 2011; Staebler, Helbing, Rosenbach, & Renneberg, 2011).

Bei Verwendung anderer experimenteller Paradigmen zur Erfassung der Theory of Mind, beispielsweise dem Cartoon task (Ghiassi et al., 2010), dem Faux pas task (Harari et al., 2010) oder dem Movie for the Assessment of Social Cognition (Preißler et al., 2010) fanden sich unterschiedliche Resultate: In der Studie von Preißler et al. (2010) zeigten Borderline-Patienten zwar keine Einschränkungen im Reading Mind in the Eyes-Test, im komplexeren MASC von Dziobek et al. (2006) wiesen die Patienten im Vergleich zu den gesunden Kontrollen jedoch Beeinträchtigungen im Erkennen von Gefühlen, Gedanken und Absichten auf. Dabei waren eine komorbide posttraumatische Belastungsstörung, Intrusionen und sexuelle Traumata negative Prädiktoren für sozial-kognitive Fähigkeiten. In der Studie von Ghiassi et al. (2010) zeigte sich ein negativer Zusammenhang zwischen der Qualität der elterlichen Zuwendung (z.B. dem Fehlen von emotionaler Verlässlichkeit, Zurückweisung oder Überbehütung) und der Mentalisierungsfähigkeit (für eine Beschreibung des Konzepts der „Mentalisierung“ siehe z.B. Bateman & Fonagy, 2004). Harari et al. (2010) berichten überdies für BPS-Patienten höhere Werte für die affektive Einfühlungsfähigkeit und

eine geringere Leistung für die kognitive Empathie, wohingegen sich dieses Muster bei gesunden Kontrollprobanden umgekehrt verhielt.

Weitere aktuelle Studien geben Hinweise auf eine Art „Hypermentalierung“ oder Hypersensitivität bei Menschen mit einer BPS (Schulze et al., in press; Frick et al., 2012, Franzen et al., 2011; Sharp et al., 2011).

Wie bereits im Abschnitt zum Attributionsstil erläutert wurde, scheinen Borderline-Patienten jedoch möglicherweise, insbesondere beim Vorherrschen von starken Emotionen, Schwierigkeiten zu haben, sich in die Perspektive anderer Personen hineinversetzen zu können. Dies könnte im Zusammenhang stehen mit dem beschriebenen „egozentrischen“ Zuschreibungsstil bzw. der Eingebettetheit in die eigene Sichtweise.

Für ein aktuelles Review zur sozialen Kognition bei der BPS sei auch auf Röpke et al. (2013) verwiesen.

Positives entdecken (Modul 4)

Borderline-Patienten scheinen allgemein dazu zu neigen, ihre Aufmerksamkeit vermehrt auf negative Informationen in der Umwelt zu richten (siehe u.a. bei der Emotionswahrnehmung) und diese negativen Informationen auch verstärkt im Gedächtnis abspeichern (Baer et al., 2012; Dulz et al., 2011; Jorgensen et al., 2012). Die Sicht auf positive Aspekte bezüglich der eigenen Person oder schwierigen Situationen sollte daher möglichst auch in der Therapie gestärkt werden. Im Sinne der Ressourcenorientierung (siehe z.B. Fiedler & Renneberg, 2007) werden dabei - anstelle einer Defizitorientierung – beispielsweise vermehrt Stärken und Fähigkeiten der Patienten benannt und gefördert.

Auch ein verändertes Erleben/Wahrnehmen von schwierigen Lebenssituationen kann förderlich sein für das emotionale Empfinden. Krisen bzw. schwierige Situationen bieten auch immer die Möglichkeit einer Veränderung in eine positivere Richtung und können als Herausforderungen erachtet werden (vgl. auch Annahmen zur Sinnfindung, z.B. Frankl, 2006). Neben dem veränderten Erleben sind auch neue Verhaltensweisen im Umgang mit schwierigen Situationen erlernbar und können die Bewältigung von problematischen Ereignissen in Zukunft erleichtern. In diesem Zusammenhang ist auch das Konzept der „radikalen Akzeptanz“ der DBT (Linehan, 1996) zu nennen, welches bedeutsam für den Umgang mit Situationen ist, welche durch die eigene Person kaum oder gar nicht aktiv veränderbar sind (für eine ausführlichere Beschreibung des Konzepts sei z.B. verwiesen auf Bohus & Wolf, 2009).

Darüber hinaus weisen Borderline-Patienten, wie bereits zu Beginn erwähnt, häufig widersprüchliche Grundannahmen und Gedanken auf, die zu einem unangenehmen Gefühlszustand beitragen und zu widerstrebenden Handlungsintentionen führen können (für eine ausführliche Darstellung sowie ein Instrument zur Erfassung der kognitiven Widersprüche siehe Renneberg & Seehausen, 2010). Mögliche Konsequenzen auf der Handlungs- und Gefühlsebene werden im Training, mit Bezugnahme auf die Theorie der kognitiven Dissonanz nach Festinger (1978), erläutert.

Selbstwert (Modul 6)

Menschen mit einer BPS wiesen in einer eigenen Vorstudie in der Rosenberg-Skala (RSE; Rosenberg, 1965), welche der Erfassung des Selbstwertgefühls dient, im Vergleich zu Gesunden und Schizophrenie-Patienten den geringsten Selbstwert auf.

Da dieses Thema sehr relevant ist für die Borderline-Erkrankung findet sich hierzu auch in der DBT ein eigenes Modul (siehe auch Jacob & Potreck-Rose, 2007; Jacob, Richter, Lammers, Bohus, & Lieb, 2006). In unserem Training haben wir diesem Thema ebenfalls eine Sitzung gewidmet, wobei der Fokus auf der kognitiven Verarbeitung von Informationen liegen soll, die den Selbstwert beeinflussen können; Informationen zum Selbstwert, die Teilnehmern eventuell aus der DBT bekannt sind, sollen möglichst an dieser Stelle im Training aufgegriffen bzw. wiederholt werden.

Schlussfolgern (Modul 7)

Die Borderline-Störung ist allgemein gekennzeichnet von deutlicher Impulsivität (Diagnosekriterium 4, DSM-IV). Patienten neigen häufig zu unüberlegten Handlungen, die im Nachhinein teilweise auch bereut werden und zu Schuldgefühlen oder Selbstabwertung führen können. Insbesondere im zwischenmenschlichen Kontakt können durch die Impulsivität (oder auch (fremd-)aggressive Ausbrüche) vermehrt Konflikte entstehen. Im Zusammenhang mit Impulsivität steht möglicherweise auch eine Denkverzerrung, die bei Menschen mit Schizophrenie sehr gut belegt ist (siehe z. B. Fine, Gardner, Craigie, & Gold, 2007; Lincoln, Ziegler, Mehl, & Rief, 2010): der sogenannte jumping to conclusions bias (JTC). Diese Denkverzerrung wird im Deutschen als voreiliges Schlussfolgern oder Kurzschlussdenken bezeichnet. JTC ist definiert als die Neigung, Urteile aufgrund einer unzureichenden Informationsausschöpfung zu bilden. In der bereits erwähnten Grundlagenstudie unserer Arbeitsgruppe wurde dieser Bias erstmalig bei Menschen mit einer BPS mit Hilfe des „Fische-Tests“ (Abwandlung des Kugeltests nach Garety, Hemsley, & Wessely, 1991) untersucht. Es zeigte sich im Vergleich zu Gesunden eine Tendenz zum voreiligen Schlussfolgern, die jedoch schwächer ausgeprägt war als bei schizophrenen Patienten. In der Selbsteinschätzung im Fragebogen Cognitive biases questionnaire for psychosis (CBQP; Schwannauer et al., 2010) konnte hingegen eine deutliche Neigung zum JTC objektiviert werden, die sogar deutlicher ausgeprägt war als bei Schizophrenie-Patienten.

Stimmung (Modul 8)

Die Borderline-Störung ist gekennzeichnet durch hohe Komorbiditätsraten zu affektiven Erkrankungen. So weist weit über die Hälfte der Patienten gleichzeitig eine Depression auf (Tadić et al., 2009; Zanarini et al., 1998). Außerdem neigen Patienten mit einer Borderline-Störung zu deutlich überhöhten Ansprüchen an die eigene Person (Jacob et al., 2006), was wiederum die eigene Stimmung und den Selbstwert negativ beeinflussen kann.

Im Modul werden Denkverzerrungen besprochen, die mit der Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen einher zu gehen scheinen. Dazu gehören nach Aaron Becks (1979) kognitiv-verhaltenstherapeutischem Konzept u.a. „Alles- oder Nichts“-Pauschalisierungen (z.B. „Weil ich bei der Arbeit einen Fehler gemacht habe, bin ich ein absoluter Versager“) sowie „übertriebene Verallgemeinerungen“ von Einzelsituationen, z.B. „Wenn ich einmal versage, werde ich immer versagen“ (für empirische Hinweise zur übertriebenen Verallgemeinerung siehe z.B. Carver, 1998). Für eine ausführliche Darstellung depressionstypischer Denkverzerrungen sei auch auf das Manual zum D-MKT (Jelinek et al., 2011) verwiesen.

Bisherige Befunde zur Wirksamkeit

Erprobung des Gruppentrainings B-MKT

Die prinzipielle Machbarkeit des B-MKT sowie dessen Annahme seitens der Patienten wurden in einer Vorstudie Ende 2010 erprobt. Über die Station für Persönlichkeitsstörungen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf wurden insgesamt 57 Patienten mit einer BPS rekrutiert. In einer Gruppe von bis zu acht Teilnehmern wurden einmal wöchentlich (à 45-60 Minuten Dauer) die Trainingseinheiten durchgeführt. Um eine erste Rückmeldung bezüglich der Wirksamkeit des Trainings zu erhalten, wurde vor und nach Ende der Teilnahme die Kurzversion der Borderline Symptom Liste (BSL-23; Bohus et al., 2009) erhoben, welche die Schwere der Symptombelastung erfasst. Zudem wurden soziodemographische Variablen sowie die Medikation erhoben.

In der Auswertung zeigte sich eine deutliche Abnahme der Symptomatik im hohen Effektstärkebereich, ermittelt über die BSL-23 ($F = 4.73$; $p = .039$, $\eta^2_{\text{partial}} = .154$). Die Patienten hatten zudem die Möglichkeit inhaltliche Verbesserungsvorschläge einzureichen. Hierbei wurden etwaige Redundanzen mit anderen Angeboten anhand von Evaluationsbögen erfragt. Es zeigte sich, dass Überschneidungen zu anderen Interventionen (z.B. der DBT) von den Teilnehmern insgesamt als sehr gering eingeschätzt wurden. Aufgrund mangelnder Ressourcen konnte kein Kontrollgruppendesign durchgeführt werden.

Die Ergebnisse sind aufgrund methodischer Mängel entsprechend als vorläufig zu betrachten und sollen durch aktuell laufende Studien erhärtet werden. Basierend auf den Vorerfahrungen der Vorstudie wurde das Trainingsmaterial umfangreich überarbeitet und erweitert.

Derzeit (Stand November 2012) werden mit dem modifizierten B-MKT zwei kontrolliert-randomisierte Studien (am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und an der Asklepios Klinik Nord – Wandsbek) zur Wirksamkeitsüberprüfung (im Vergleich zu einer Sportgruppe bzw. zu einer Entspannungsgruppe) durchgeführt. Ziel der Studien ist überdies, mehr über das Denken von BPS-Patienten zu erfahren.

Aktuelle Studienbefunde werden auf unserer Homepage publiziert und regelmäßig aktualisiert.

Für eine zusammenfassende Darstellung der bisherigen Wirksamkeitsuntersuchungen zum MKT bei Schizophrenie sei verwiesen auf unsere Homepage www.uke.de/mkt.

Aufbau & Inhalt

Das B-MKT ist ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppentraining. Da die Materialien des Metakognitiven Trainings weitestgehend selbsterklärend sind und um eine individuelle Gestaltung des Trainings zu ermöglichen, waren wir bestrebt, das Manual relativ kurz zu halten. Das Studium der folgenden Abschnitte sollte eine intensive Auseinandersetzung mit den zugrundeliegenden theoretischen Konzepten jedoch keinesfalls ersetzen.

Das Metakognitive Training für Patienten mit BPS umfasst folgende Materialien (siehe: www.uke.de/borderline):

- Acht PowerPoint®-Präsentationen im pdf-Format
- Manual
- Acht Nachbereitungsbögen
- Rote und gelbe Karte
- Gruppenregeln

Bevor die Module im Einzelnen vorgestellt werden, möchten wir zunächst einige organisatorische Aspekte ansprechen.

Zahl der Module und Häufigkeit der Sitzungen

Das Programm umfasst insgesamt acht Module. Bewährt hat sich eine Vorgabefrequenz von zwei Modulen pro Woche.

Dauer einer Sitzung

Jede Sitzung dauert zwischen 45 - 60 Minuten.

Teilnehmerzahl

Die Gruppengröße sollte 3-10 Patienten umfassen.

Eröffnung einer Sitzung

Da es sich um eine offene Gruppe handelt, zu der stets neue Teilnehmer hinzukommen können, erfolgt zu Beginn der Sitzung gegebenenfalls eine kurze Vorstellungsrunde, in deren Anschluss bereits erfahrene Teilnehmer neuen Patienten das Ziel und die Besonderheiten des Trainings erläutern (siehe „Vorstellung des Programms für neue Teilnehmer“). Zudem kann zu Beginn kurz erfragt werden, ob zur letzten Sitzung Fragen aufgekommen sind oder was rückblickend inhaltlich mitgenommen oder auch bereits umgesetzt wurde.

Wenn Patienten das erste Mal an der Gruppe teilnehmen, sollten die allgemeinen Einleitungsfolien präsentiert und das Rational des Trainings erläutert werden (siehe Kennzeichnung auf den Folien „nur für neue Teilnehmer“).

Beendigung einer Sitzung

Sollten gegen Ende einer Trainingssitzung nicht alle Aufgaben bearbeitet worden sein, geht der Trainer dennoch zu den letzten Folien über, welche die Lernziele zusammenfassen. Fragen Sie zunächst die Teilnehmer, was sie aus der jeweiligen Sitzung mitnehmen und welche Dinge sie ausprobieren möchten. Nach Ende der Trainingseinheit erhalten die Teilnehmer eine kurze Zusammenfassung der behandelten Inhalte. Zudem werden am Ende der ersten Einheit jedem neuen Teilnehmer eine gelbe und eine rote Karte (in Visitenkartengröße) ausgehändigt und deren Funktion erläutert. Auf der gelben Karte stehen drei essentielle Fragen, die der Patient sich stellen soll, wenn er oder sie sich z.B. bedroht oder beleidigt fühlt:

- 1) Was sind die Beweise?
- 2) Gibt es andere Sichtweisen?
- 3) Selbst wenn ich recht habe – reagiere ich vielleicht über?

Die Patienten sollen zunächst bewusst inne halten, bevor sie eventuell voreilige (impulsive) und folgenschwere Entscheidungen treffen oder Bewertungen vornehmen. Auf der roten Karte (Krisenkarte) kann der Patient Namen und Rufnummern von Menschen und Institutionen seines Vertrauens eintragen, die ihm in einer Krise beistehen können. Beide Karten soll der Patient stets bei sich führen (z.B. im Portemonnaie).

Gestaltung des Trainingsraumes

Das Training sollte in einem ruhigen Raum durchgeführt werden, in dem die Möglichkeit besteht, die Folien entweder an eine weiße Wand oder eine Leinwand zu projizieren.

Technische Ausstattung

Es wird ein Videoprojektor (Beamer) und ein Computer/Laptop benötigt, der mit einer Version von Adobe Acrobat Reader® (kann kostenlos über das Internet bezogen werden) bespielt ist. Für die Präsentation sollte das Programm auf den Vollbildmodus eingestellt werden.

Ausbildung des Trainers

Das Training sollte möglichst von Psychologen oder Psychiatern geleitet werden, die Erfahrung im Umgang mit Menschen mit einer Borderline-Störung aufweisen. Psychiatrische Krankenpfleger und Ergotherapeuten können nach Anleitung ebenfalls mit der Durchführung betraut werden. Wünschenswert sind Vorerfahrungen in der Moderation von Gruppen. Zudem sollten die Leiter vertraut sein im Umgang mit Dissoziationen, die bei Borderline-Patienten auftreten können.

Allgemeine Hinweise und der Umgang mit schwierigen Trainingssituationen

Trotz der sehr positiven Resonanz, die das Training in unserer Klinik von Seiten der Patienten erfährt, können auch schwierigere Situationen auftreten. Im Folgenden möchten wir Empfehlungen für einen konstruktiven Umgang mit diesen beschreiben.

Insgesamt sollte ein zunächst misstrauisches Verhalten von Seiten mancher Patienten (insbesondere bei der ersten Sitzung) nicht überbewertet werden. Generell sollte störendes Verhalten aber unterbunden werden. Hierbei kann u.a. auf die Gruppenregeln hingewiesen werden (siehe S. 17).

Da die Beispiele in den einzelnen Modulen nur als Anregungen gedacht sind, ist es außerdem wichtig, möglichst immer wieder eigene Beispiele der Patienten in das Training einfließen zu lassen, um die Relevanz und den Alltagsbezug zu verdeutlichen (insbesondere auch bei der Folie „Was soll das Ganze?“ sollte nachgefragt werden, inwiefern sich die Teilnehmer in den Beschreibungen wiederfinden). Meist fällt es den Patienten dann leichter, Verbindungen zur eigenen Person und dem Alltag herzustellen. Zudem kann es hilfreich sein, Beispiele aus vorherigen Sitzungen aufzugreifen („Ein Teilnehmer aus einer früheren Runde hatte an dieser Stelle gesagt... , ... können Sie das auch nachempfinden?“). In manchen Fällen kann es darüber hinaus nützlich sein, auf zukünftige Themen bzw. nachfolgende Trainingseinheiten zu verweisen, in denen auf bestimmte Themen noch ausführlicher eingegangen wird. Beziehen Sie die Patienten stets aktiv ein (insbesondere auch bei Folien, die mit „???“ gekennzeichnet sind) und lassen sie die Gruppe das Thema / die Aufgaben erarbeiten.

Falls Patienten bemängeln, dass die praktischen Hinweise der Trainingssitzungen für sie schwierig im Alltag umzusetzen seien, sollte man sich auf den Begriff „Training“ berufen. Als Verdeutlichung könnte man sich auf folgende Metapher beziehen: Das Gehirn ist mit einem Muskel zu vergleichen. Das Gehirn muss – genau wie ein Muskel – zunächst trainiert werden und dies benötigt leider seine Zeit. Als eine weitere gute Veranschaulichung kann diese Metapher dienen: Gut ausgebaute Straße vs. unbekannte Trampelpfade. Die ausgebaute Straße steht für gewohnte (ungünstige) Denk- und

Verhaltensweisen. Diese Strecke hat man in der Vergangenheit immer wieder genutzt, weil sie einen leichten und gut befahrbaren Weg darstellt. Die unbekannteren Trampelpfade stehen für neue Gedanken und Verhaltensweisen, die erst mehrere Male betreten werden müssen, bevor sie so gut zugänglich sind wie die ausgebaute Straße. Das braucht Zeit, Geduld und eine gewisse Anstrengungsbereitschaft. Irgendwann können diese neuen Wege jedoch genauso zur Gewohnheit werden. Insgesamt sollte man die Patienten ermutigen etwas Neues auszuprobieren und zu prüfen, was sich dadurch eventuell im Gefühlszustand oder im zwischenmenschlichen Kontakt verändert hat. Außerdem sollten die Teilnehmer immer wieder auf (auch kleine) Erfolgserlebnisse hingewiesen werden, um die Motivation zu erhöhen. Das Training stellt überdies nur einen Therapiebaustein in der Behandlung dar, so dass für den Patienten relevante Inhalte beispielsweise im Einzelgespräch vertieft werden sollten.

Eine Teilnahme an der DBT oder einer Skillsgruppe sollte möglichst parallel erfolgen.

Vorstellung des Programms an neue Teilnehmer

Das Metakognitive Training hat den Charakter einer offenen Gruppe: Patienten können jederzeit in das Training einsteigen. Neuen Patienten sollte zu Beginn der Sitzung das Rational kurz erläutert werden – dies erfolgt nach Möglichkeit durch erfahrene Gruppenmitglieder mit Unterstützung des Trainers. Zunächst muss v. a. die Bedeutung des Wortes Metakognition erläutert werden. Meta ist das griechische Wort für oberhalb/über. Kognition kann als Denken übersetzt werden und beinhaltet höhere geistige Prozesse wie Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Planen. Ziel des Metakognitiven Trainings ist es, mehr über die eigenen Denkvorgänge zu erfahren, insbesondere wie diese beeinflusst und wirkungsvoll zur Problembewältigung genutzt werden können. Zur Unterstützung dieser Erläuterungen sollten die Beispiele in den ersten allgemeinen Einleitungsfolien (überschrieben mit: „Ein Ereignis – viele mögliche Gefühle...“), die jedem Modul vorausgehen, herangezogen werden. Diese Folien sollten jeweils nur dann präsentiert werden, wenn neue Teilnehmer zur Gruppe hinzukommen. Die Beispiele veranschaulichen, wie Gedanken auch Gefühle und Verhalten beeinflussen und unterscheiden sich jeweils innerhalb der acht Module. Wichtig ist bei diesen Folien zu betonen, dass es sich beim B-MKT um einen Therapiebaustein handelt, der gezielt an den Gedanken ansetzt.

Im Zentrum des Trainings stehen jene Denkprozesse, welche nach heutigem Kenntnisstand bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der BPS beteiligt sind, wobei gravierende Abweichungen im Denken nicht notwendigerweise bei allen Teilnehmern in allen Domänen vorhanden sein müssen. Den Teilnehmern sollte vermittelt werden, dass Inhalte mancher Trainingseinheiten möglicherweise individuell relevanter sind als andere. Zudem sollte eine Normalisierung stattfinden, indem den Teilnehmern vermittelt wird, dass ungünstige Denkmuster nicht nur bei Borderline-Patienten sondern ab und an bei allen Menschen vorzufinden sind, jedoch zumeist nicht in der gleichen Intensität. In der jeweiligen Trainingseinheit soll stets deutlich werden, wie es durch eine extreme Ausprägung dysfunktionaler Denkmuster zu Problemen im Alltag kommen kann. Überdies ist der Bezug zwischen den Lerninhalten, dem Alltag sowie der Symptomatik der Patienten regelmäßig herzustellen. Jedes Modul enthält zu diesem Zweck mehrere Folien, welche die Alltags- und Störungsrelevanz der jeweiligen Trainingseinheit verdeutlichen (überschrieben mit „Was soll das Ganze?“; „Einfluss auf das Verhalten“). Die Übertragung der Lerninhalte auf den Alltag stellt das vordringliche Ziel des Trainings dar.

Da Patienten häufig unter massiver Anspannung leiden, kann zu Beginn auch die Spannungskurve aus der DBT von Linehan (1996) thematisiert werden (dies bietet sich insbesondere an, wenn Teilnehmer gleichzeitig auch DBT erhalten bzw. eine Skillsgruppe besuchen und mit dem Konzept bereits vertraut sind). Es soll deutlich werden, dass unter massiver Anspannung Gedankengänge nur noch schwer beeinflusst werden können. Das im Training Gelernte soll daher im niedrigen bis mittleren Anspannungsbereich geübt werden (Vorbeugung).

Einschluss- und Ausschlusskriterien

Das Training wurde konzipiert für Patienten mit der Diagnose einer Borderline-Störung bzw. einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung (auch vom impulsiven Typus). Auch für Patienten, die die Kriterien nur partiell erfüllen, ist eine Teilnahme sinnvoll. Für Patienten anderer Diagnosegruppen, die gegenwärtig oder früher psychotische Symptome erlebt haben (v.a. Wahnvorstellungen), kommt eher das „Metakognitive Training für schizophrene Patienten“ (MKT) in Frage (<http://www.uke.de/mkt>).

Atmosphäre

- 1) Obgleich das Training stark strukturiert ist, sollte immer ausreichend Zeit für persönliche Anschauungen und Beispiele der Patienten vorhanden sein, da Selbsterkenntnis und Eigenbezug zentral für die Übertragung der Lernziele auf den Alltag sind. Es ist nicht notwendig, alle Aufgaben in einer Sitzung zu bearbeiten.
- 2) Unnötig direktives Agieren des Trainers ist zu vermeiden. Eine aktive Beteiligung sollte nicht erzwungen werden.
- 3) Wenn problematische Kommunikationsmuster beobachtbar sind, sollte auf die Gruppenregeln (siehe nächster Abschnitt) hingewiesen werden, in denen u.a. Regeln des sozialen Miteinanders (z.B. ausreden lassen, andere Meinungen respektieren) dargestellt sind. Kritische Kommentare gegenüber anderen Teilnehmern sind zu entschärfen.
- 4) Kreieren Sie eine freundliche und im Rahmen der Übungen möglichst humorvolle Atmosphäre. Die Sitzungen sollen unterhaltsam und interaktiv gestaltet werden.

Gruppenregeln

Die Materialien enthalten eine Folie, auf denen die zehn Gruppenregeln des Trainings abgebildet sind. Diese kann im Poster-Format ausgedruckt und im Raum für alle sichtbar aufgehängt werden. Wenn neue Teilnehmer in der Gruppe aufgenommen werden, sollte auf die Regeln hingewiesen werden.

Im Folgenden werden nun zunächst für jedes einzelne Modul die jeweilige Zieldomäne sowie die Aufgabenstellungen dargestellt. Danach folgen die Ziele des Moduls sowie allgemeine und spezifische Durchführungsempfehlungen.

Modul 1: Zuschreibungsstil

Zieldomäne

Verzerrungen des Zuschreibungsstils (v.a. einseitiger (monokausaler) Zuschreibungsstil, übermäßiges Beziehen von Ereignissen oder dem Verhalten anderer auf die eigene Person beziehen)

Aufgabenstellung

Die Anfangsfolien (1-13), die jedem Modul vorangehen, sollten nur präsentiert werden, wenn neue Teilnehmer in die Gruppe aufgenommen wurden. Anderenfalls kann mit der Sitzung direkt bei Folie 14 begonnen werden.

Zu Beginn des Moduls (Folien 14-27) wird den Teilnehmern der Begriff „Zuschreibung“ anhand von Beispielen erläutert. Auf Folie 19 sollen die Teilnehmer verschiedene Ursachen für eine beschriebene Situation anführen („Ein Freund lässt Sie warten“). Im Anschluss erfolgt eine Gruppierung nach drei prinzipiellen Ursachenquellen: die eigene Person, andere oder Umstände. Dieser Gruppierung entsprechend soll für die auf Folie 23 beschriebene Situation (z.B. „Sie verlassen das Krankenhaus ohne nennenswerte Besserung“) zunächst nach verschiedenen Einzelursachen gesucht werden. Auf Folie 26 werden die Teilnehmer angehalten, ausgewogene Antworten zu finden, welche möglichst alle drei prinzipiellen Ursachenquellen mit einbeziehen. Im weiteren Verlauf (Folien 28–41) werden die Teilnehmer mit extremen Attributionsverzerrungen und deren möglichen (langfristigen) Konsequenzen vertraut gemacht (z. B. führt die ständige Abwälzung von Schuld auf andere Personen häufig zu interpersonellen Spannungen). Die Gruppe wird gebeten, für eine positive und eine negative Situation ausgewogene Zuschreibungen zu diskutieren. Auf Folie 42-43 („Was soll das Ganze?“) werden laienverständlich die Forschungsbefunde zum Attributionsstil dargelegt. Im Anschluss (Folien 44-58) wird darüber hinaus mit den Teilnehmern spezifischer erarbeitet, welche Folgen (kurz- sowie langfristig) es hat, Verhaltensweisen von anderen stets auf die eigene Person zu beziehen („Dinge (zu) persönlich nehmen“). Es werden Strategien vermittelt, die helfen sollen, sehr persönliche Zuschreibungen zu vermeiden (z.B. Perspektivwechsel). Anhand eines Tortendiagramms soll verdeutlicht werden, dass es sich lohnt, den Blick für alternative Erklärungsmöglichkeiten zu weiten und sich nicht selbst immer „das größte Stück der Torte“ zuzuweisen. Durch die Visualisierung mit Hilfe des Diagramms können ungünstige Zuschreibungen deutlicher ins Bewusstsein rücken. Durch die darauf folgende Darstellung des fundamentalen Attributionsfehlers (Folie 61-66) soll zudem gezeigt werden, dass der Einfluss der Situation (Umstände/Zufall) häufig übersehen oder nur als sehr gering erachtet wird. Beim abschließenden Aufgabenteil (ab Folie 68) sollen Ursachen für kurz skizzierte Ereignisse diskutiert werden. Entsprechend der vorangegangenen Erläuterungen sollen die Teilnehmer bei negativen Ereignissen zunächst mögliche situative Faktoren erörtern.

Es ist keinesfalls das Ziel der Einheit, definitive Antworten zu finden, sondern vielmehr unterschiedliche Entstehungsmöglichkeiten zu erwägen. Selbst bei Ereignissen, die zunächst nur eine Ursache plausibel erscheinen lassen (z. B. „Jemand sagt Ihnen, dass Sie fertig aussehen“; mögliche Erklärung: „Sie ist keine echte Freundin und will mich beleidigen“), sollen weitere Erklärungen in Betracht gezogen werden (z. B. „Die Person möchte ihre Anteilnahme ausdrücken“ oder „Ich fühle mich wirklich nicht besonders gut“).

Nach den Lernzielen (Folien 73-76) wird in diesem Modul zudem anhand einer Studie (Folie 77-86) besprochen, wie auch Gefühle fälschlich zugeschrieben werden können.

Material

Die Übungen der Aufgabengruppe entstammen dem MKT für Schizophrenie und sind analog zu den Items des Internal, Personal, Situational Attribution Questionnaire (IPSAQ; Kinderman & Bentall, 1997). Künstler/Fotografen verwendeter Illustrationen/Fotos werden am Ende der Präsentation gewürdigt.

Ziel des Moduls

Die Teilnehmer sind bei den Übungen aufgefordert, die Entstehungsmöglichkeiten von Ereignissen durchzuspielen, wobei drei mögliche Ursachenquellen in Betracht zu ziehen sind: die eigene Person, andere Personen oder situative Faktoren. Verschiedene Entstehungsursachen sind zu erwägen, um auf diese Weise automatisierte Denkmuster zu brechen (z. B. „Es ist immer mein Fehler“ vs. „Es ist immer der Fehler der anderen“). Primäres Ziel ist es, die Vielfalt möglicher Entstehungsmechanismen von Ereignissen zu verdeutlichen, selbst in Situationen, die auf den ersten Blick scheinbar nur eine Interpretation zulassen.

Allgemeine Empfehlungen

Die vorgegebenen Antworten verstehen sich als Alternativen und keinesfalls als einzig mögliche Lösungen. Die Meinung der Gruppenmitglieder darf selbstverständlich abweichen. Bei den Folien 28-34 (Umgang mit Komplimenten) kann auch auf das Modul „Positives entdecken“ verwiesen werden, in dem dieses Thema ausführlicher behandelt wird. Im Aufgabenteil des Moduls (ab Folie 68) kann der Trainer neben den dargestellten Ereignissen auch eigene Beispiele anführen oder Teilnehmer hierzu animieren. Führen Sie die Diskussion jedoch nicht zu (Personen-)spezifisch. Es gibt eine Vielzahl von Aufgaben. Langweilen Sie daher die Teilnehmer nicht mit ermüdenden Diskussionen über eine einzelne Übung. Der Trainer sollte möglichst viele Sichtweisen zu einem Szenario sammeln und dann mit der Gruppe die wahrscheinlichste Alternative identifizieren sowie Konsequenzen der Interpretationen erfragen.

Bei der Erläuterung des „fundamentalen Zuschreibungsfehler“ sollte den Teilnehmern klar gemacht werden, dass dieser „Denkfehler“ eine allgemeine menschliche Tendenz beschreibt und nicht Borderline-spezifisch ist.

Besondere Hinweise (Beispiele)

Lassen Sie die Teilnehmer bei negativen Szenarien möglichst mit den Umständen beginnen, bei positiven Ereignissen mit der eigenen Person. Diskutieren Sie mit den Patienten auch die Plausibilität der einzelnen Erklärungen.

Szenario	Zuschreibung		
	ich	andere	Umstände/Zufall
1. Fertig aussehen	Ich fühle mich wirklich elend. Ich bin krank.	Diese Person sagt das zu vielen Leuten. Die Person will mich verletzen. Die Person möchte ihre Anteilnahme ausdrücken.	Fast alle waren schon im Urlaub, nur ich nicht. Vielleicht sehe ich nur im direkten Vergleich recht blass aus. Das Neonlicht ist nicht gerade schmeichelhaft.
2. Essen	Ich hatte ihm einen Gefallen getan (z. B. bei einer Arbeit geholfen).	Er ist sehr großzügig. Er möchte sich damit für etwas entschuldigen.	Er hat im Lotto gewonnen (unwahrscheinlich). Ich habe Geburtstag.
3. Baby schreit	Mir fehlt noch etwas die Übung mit Babys und habe es zu fest gehalten.	Das Baby hatte Hunger / Durst. Es „fremdelt“.	Das Baby wurde von einer Wespe gestochen (unwahrscheinlich).
4. Weigerung zu helfen	Ich habe ihr auch nicht geholfen, als sie mich einmal fragte.	Sie hilft bei solchen Arbeiten prinzipiell nicht. Sie geht davon aus, dass ich es alleine schaffe.	Die Bekannte hat gerade sehr viel um die Ohren.

Modul 2: Grübeln & Katastrophisieren

Zieldomäne

Rumination; Katastrophendenken

Aufgabenstellung

Die Anfangsfolien (1-13), die jedem Modul vorangehen, sollten nur präsentiert werden, wenn neue Teilnehmer in die Gruppe aufgenommen wurden. Anderenfalls kann mit der Sitzung direkt bei Folie 14 begonnen werden.

Zunächst wird mit den Teilnehmern diskutiert, was unter dem Begriff „Grübeln“ verstanden wird (Folie 15-22). Es wird außerdem gesammelt, um welche Themengebiete grüblerische Inhalte bevorzugt kreisen (v.a. zwischenmenschliche Themen) und welche (negativen) Gefühle das Grübeln begleiten. Ab Folie 23 werden spezifische Kennzeichen des Grübelns herausgearbeitet, in Abgrenzung zum Nachdenken und dem Problemlösen. Dysfunktionale Meta-Annahmen zum Grübeln (z.B. „Grübeln hilft mir Probleme zu lösen.“) sollen in Frage gestellt und modifiziert werden. Es sollte zudem vermittelt werden, dass beim Grübeln das Denken häufig allgemein und unkonkret ist und eher mit „warum“ statt „wie“ oder „was“ Fragen einhergeht (z.B. „Warum ist ausgerechnet mir das wieder passiert?“, statt „Was genau ist passiert? Wie kann ich die Situation verändern?“).

Ab Folie 36 werden Übungen gegen das Grübeln besprochen. Hierbei ist es wichtig zu betonen, dass verschiedene Strategien ausprobiert werden sollten, da nicht jede Übung gleichermaßen bei allen Patienten hilft. Es sollte zudem vor der Darstellung der Anti-Grübel-Übungen gefragt werden, ob die Teilnehmer bereits selbst erfolgreiche Strategien gegen das Grübeln für sich gefunden haben. Die Körperübung auf Folie 39 soll aktiv mit den Teilnehmern durchgeführt werden, um den Effekt zu verdeutlichen, dass dabei nicht mehr weiter gegrübelt werden kann. Wichtig ist, die Übung sukzessiv zu erweitern. Falls dem Trainer weitere Übungen gegen das Grübeln bekannt sind, können diese selbstverständlich ergänzt werden (z.B. kann es auch hilfreich sein, die Grübelgedanken zunächst aufzuschreiben, um diese dann zu einem späteren Zeitpunkt zu betrachten oder Atemübungen können eingeführt werden).

Im zweiten Teil des Moduls (ab Folie 45) wird das „Katastrophendenken“ erläutert. Diese Denkverzerrung ist den Patienten zumeist sehr gut vertraut (z.B. vermutetes Verlassenwerden durch den Partner). Ziel ist es, den Teilnehmern zu vermitteln, dass statt der „negativen Vorhersage“ auch eine alternative, weniger katastrophale Vorhersage möglich ist. Den Teilnehmern soll zudem eine dem Katastrophisieren häufig zugrunde liegende falsche (deutlich übersteigerte) Wahrscheinlichkeitsberechnung erläutert werden (Folien 50-51). Anschließend werden möglich Folgen von „Zukunft voraussagen“ mit den Teilnehmern gesammelt und diskutiert (z.B. sich selbst erfüllende Prophezeiungen). Anhand eines Beispiels (Folien 54-59) soll verdeutlicht werden, dass zu verschiedenen Zeitpunkten aus dem Katastrophendenken ausgestiegen werden kann, in dem alternative Erklärungen gesucht werden.

Zur Verdeutlichung der sogenannten „Bestätigungstendenz“ (engl. confirmation bias) wird zum Ende des Moduls (Folien 62-64) eine Übung angeleitet. Es werden drei unterschiedliche Bilder präsentiert (Flut, Sturm, Feuer). Die Patienten sollen den zugehörigen Oberbegriff (Natur) erschließen, aber nicht, indem sie den Oberbegriff direkt raten, sondern indem sie neue Objekte vorschlagen, die auch in die vermutete Kategorie fallen (z.B. Vulkanausbruch). Der Trainer meldet durch ja/nein Antworten jeweils zurück, ob die Objekte zum Oberbegriff passen oder nicht. Da die gezeigten Bilder den Oberbegriff „Naturkatastrophe“ (fälschlich) nahe legen, schlagen die meisten Menschen nur Dinge vor, die zu dieser engen Kategorie passen, anstatt andere Hypothesen parallel zu verfolgen bzw. die Annahme durch die Nennung alternativer Objekte, die nicht unter den vermeintlich richtigen Oberbegriff fallen, zu verifizieren. Diese Übung soll verdeutlichen, dass wir häufig Informationsquellen ignorieren, die nicht unserer Meinung oder Erwartung entsprechen (z.B. Zeitungen, bestimmte Fernsehprogramme, Bücher). Bei der Durchführung der Übung in einer

größeren Gruppe kann es vorkommen, dass jemand die Übung kennt bzw. auf die Lösung kommt. Bestätigen Sie diese nicht sofort, sondern nehmen Sie weitere Vorschläge entgegen.

Material

Teile der Folien stammen aus dem D-MKT von Jelinek et al. (2011). Zudem sind Inhalte angelehnt an die Metakognitive Therapie nach Wells (2009).

Ziel des Moduls

Ziel ist es, herauszuarbeiten, dass Grübeln nicht dabei hilft Probleme zu lösen. Positive Überzeugungen hinsichtlich des Grübelns sollten gegebenenfalls in Frage gestellt werden, da diese den Grübelprozess noch begünstigen können (vgl. Wells, 2009). Die besprochenen Übungen sollen dabei helfen, aus dem Kreislauf des Grübelns oder Katastrophisierens auszusteigen.

Allgemeine Empfehlungen

Der Teufelskreis aus Grübeln, negativen Gefühlen und dysfunktionalem Verhalten (siehe Theorie S. 8) sollte den Teilnehmern erläutert werden, z. B. bei Folie 21 (Gefühle, die das Grübeln begleiten). Weitere Übungen gegen das Grübeln können selbstverständlich an den entsprechenden Stellen ergänzt werden.

Besondere Hinweise (Beispiele)

In diesem Modul ist es besonders wichtig, einen Austausch unter den Teilnehmern anzuregen. Es hat sich zudem bewährt, die Patienten zunächst zu fragen, was ihnen persönlich gegen Grübeln hilft und welche Erfahrungen sie mit bestimmten Übungen schon gesammelt haben. Außerdem bietet es sich an, Beispiele von vorherigen Teilnehmern aufzugreifen und als weitere Tipps gegen das Grübeln zu nennen (z.B. „Ein Patient hatte uns berichtet, ihm hilft es in solchen Momenten ein Sudoku-Rätsel zu lösen. Können Sie sich vorstellen, das auch mal auszuprobieren?“).

Bei der Präsentation der Aufgabe zur „Bestätigungstendenz“ ist darauf hinzuweisen, dass dies eine allgemeine menschliche Tendenz darstellt. Wichtig ist, dass diese Denkverzerrung dazu beitragen kann, einmal getroffene Annahmen beizubehalten und Dinge einseitig (negativ gefärbt) wahrzunehmen.

Modul 3: Einfühlung I

Zieldomäne

Theory of Mind; erhöhte Urteilssicherheit sowie vermehrtes Hineindeuten negativer Emotionen (Negativ-bias) bei der Emotionserkennung; Hypermentalisieren

Aufgabenstellung

Die Anfangsfolien (1-13), die jedem Modul vorangehen, sollten nur präsentiert werden, wenn neue Teilnehmer in die Gruppe aufgenommen wurden. Anderenfalls kann mit der Sitzung direkt bei Folie 14 begonnen werden.

Zur Verdeutlichung des Trainingsziels, wonach äußerliche Merkmale, wie z. B. die Mimik, wichtige Hinweise auf innere Beweggründe eines Menschen aber keineswegs eindeutige Beweise liefern, werden den Patienten zu Beginn der Sitzung (Folie 15) vier Fotos gezeigt, die einen Sportler, Psychologen, Schauspieler und Serienmörder zeigen. Hierbei treffen die meisten Menschen eine falsche Zuordnung. Die Auflösung (korrekte Zuordnungen) erfolgt erst am Ende des Moduls. Zunächst werden die Teilnehmer im weiteren Verlauf des Moduls gebeten zu beschreiben, auf welche Weise sie sich in andere Personen einfühlen, welche Informationsquellen sie nutzen und wie verlässlich diese Informationen sind (Folien 16-24). Im Anschluss folgen die Darstellung der derzeitigen Befundlage zur Emotionserkennung bei BPS-Patienten („Was soll das Ganze?“, Folie 25) sowie ein Beispiel zum Einfluss von Fehlinterpretationen auf das Verhalten (Folien 27-34).

Des Weiteren wird auf den Folien 36-42 besprochen, welchen Einfluss die eigene Gefühlslage auf die Wahrnehmung bzw. Beurteilung anderer Menschen haben kann. Zur Veranschaulichung folgen zwei Folien (43-44), auf denen die Emotion Überraschung auf drei verschiedene Weisen dargestellt wird. Es sollte herausgearbeitet werden, wie auch hier möglicherweise eine negative Emotion (Ekel, Ablehnung) in Abhängigkeit von der eigenen Stimmung hineingedeutet werden kann (v.a. Bild links oben).

Nach dem ersten Fazit folgt eine Aufgabe zum Perspektivwechsel (Folien 46-51). Auf Folie 52 soll zudem individuell erarbeitet werden, welchen Einfluss bestimmte äußere Faktoren (z.B. Stress) auf die Wahrnehmung von anderen Menschen und die eigene Befindlichkeit haben.

Danach (Folien 53-59) sollen Grundemotionen benannt werden, welche Personen bzw. Gesichtern zugeordnet werden sollen. Im Anschluss (Folien 60-63: „Andere Länder, andere Sitten“) wird anhand von Beispielen verdeutlicht, dass je nach Kulturkreis und Alter einer Person Gestik, Mimik und Verhalten unterschiedlich interpretiert werden können.

Im weiteren Aufgabenblock (Folien 64-86) werden den Teilnehmern Bilder bzw. Bildausschnitte gezeigt, bei denen jeweils zu ermitteln ist, was in der gezeigten Person bzw. den Personen vorgeht. Außerdem werden die Patienten gebeten, anzugeben, wie sicher sie sich mit ihrer Einschätzung sind. Dabei stehen jeweils vier Alternativen zur Auswahl, deren Plausibilität in der Gruppe zu diskutieren ist. Im Anschluss wird die Lösung kenntlich gemacht (meist mit Präsentation des Gesamtbildes). Zudem können Konsequenzen einer Fehlinterpretation im Alltag diskutiert werden, insbesondere wenn Gesichter in eine negative Richtung (z.B. ein konzentrierter/neutraler Ausdruck als feindselig) interpretiert werden.

Material

Das Material entstammt überwiegend dem MKT-Gruppentraining für Patienten mit Schizophrenie. Künstler/Fotografen verwendeter Illustrationen/Fotos werden am Ende der Präsentation gewürdigt.

Ziel des Moduls

Der erste Teil dieser Trainingseinheit soll die Bedeutung der Mimik und anderer äußerlicher Merkmale bei der Identifikation von Gefühlen und inneren Zuständen aufzeigen. Gleichzeitig wird vor

Augen geführt, dass (emotionale) Gesichtsausdrücke und Handlungen anderer Menschen häufig fehl- und/oder überinterpretiert werden. So kann man einem Menschen nicht an der Nasenspitze ansehen, ob er ein Serienmörder oder Schauspieler ist. Die Teilnehmer sollen daher lernen, ihre Aufmerksamkeit stärker dem Kontext von Ereignissen zuzuwenden. Um Gesichtsausdrücke und Gesten sicher interpretieren zu können, sollten demnach weitere Informationen hinzugezogen werden (z. B. situative Faktoren, Vorwissen über Person). Außerdem soll den Patienten deutlich gemacht werden, dass sie bei ihrer Einschätzung stets die Möglichkeit bedenken sollten, sich zu irren.

Allgemeine Empfehlungen

Diskutieren Sie mit den Teilnehmern, welche der Lösungsmöglichkeiten im Kontext betrachtet am plausibelsten erscheint. Heben Sie auch die Fehlbarkeit des ersten Eindrucks hervor und die Bedeutung einer flexiblen Betrachtungsweise. Geben Sie Beispiele, um die Relevanz für den Alltag hervorzuheben. Erfragen Sie auch eigene Erfahrungen von den Teilnehmern. Insbesondere die Neigung, zu viel oder vor allem Negatives in Gesichtsausdrücke von anderen Menschen hineinzudeuteln und die daraus resultierenden Konsequenzen (z.B. Bedrohungs-, Feindseligkeitserleben) sollten diskutiert werden.

Besondere Hinweise

Es ist nicht notwendig, die Aufgaben seriell abzuarbeiten. Sie können auch einzelne Übungen überspringen.

Lösungshinweise:

Die Aufgaben enthalten keine besonderen Lösungshinweise. Das vordringliche Lernziel besteht darin, dass Gesichtsausdrücke zu Fehlannahmen bezüglich zugrundeliegender emotionaler Prozesse verleiten können (v.a. relevant bei negativen bzw. feindseligen Ausdrücken) und für ein sicheres Urteil unbedingt weitere verfügbare Informationen eingeholt werden sollten.

Für die Folien „Verschiedene Gefühle/Empfindungen“ im ersten Teil des Moduls werden die Lösungen durch den Kontext und weniger durch die Mimik nahegelegt (z. B. Freude = Brautschleier/Hochzeit; Ärger = geballte Faust).

Modul 4: Positives entdecken

Zieldomäne

Umgang mit Lob und Kritik; Kognitive Dissonanz; Verstärkte Aufmerksamkeitslenkung auf negative Informationen in der Umwelt

Aufgabenstellung

Die Anfangsfolien (1-13), die jedem Modul vorangehen, sollten nur präsentiert werden, wenn neue Teilnehmer in die Gruppe aufgenommen wurden. Anderenfalls kann mit der Sitzung direkt bei Folie 14 begonnen werden.

Zu Beginn des Moduls (Folie 15) werden die Teilnehmer gefragt, was in dieser Sitzung unter der Überschrift „Abwehr des Positiven“ verstanden werden könnte. Auf Folie 17-20 wird der Umgang mit Lob (bzw. die stete Abweisung von positiven Rückmeldungen) besprochen. An dieser Stelle sollte hervorgehoben werden, dass die Annahme von Lob schwierig sein kann, da es dem häufig sehr negativ geprägten Selbstbild widerspricht. Ein negatives Selbstbild wurde zumeist bereits in der frühen Kindheit entwickelt (z.B. aufgrund von Abwertungen oder einem invalidierenden Umfeld). Es kann jedoch auch erwähnt werden, dass es durch eine andauernde Zurückweisung positiver Rückmeldung und gleichzeitiger Annahme negativer Informationen nur sehr schwer zu einer Besserung des Wohlbefindens kommen kann. Auf Folie 21 „Wann loben Sie andere?“ soll verdeutlicht werden, dass hinter (fast) jedem Lob eine positive Absicht steht (Anerkennung zeigen, motivieren, Freude bereiten,...). Es sollte außerdem erfragt werden, ob die Teilnehmer das Lob, das sie aussprechen, selbst ehrlich meinen. Da dies in der Regel bejaht wird, kann ferner auch erfragt werden, warum andere Menschen im Gegenzug ihr Lob nicht ernst meinen oder evtl. Hintergedanken haben könnten. Auf Folie 22-26 wird thematisiert, wie Lob besser angenommen werden kann. Hauptziel ist es dabei, den Patienten zu vermitteln, in den nächsten Tagen bewusst auf positive Rückmeldungen zu achten und diese nicht direkt zurückzuweisen sondern zu versuchen, sie „auszuhalten“. Auf Folie 27 ist vorgesehen, einen Filmausschnitt („validation“ von Kurt Kuenne, siehe <http://www.youtube.com/user/AGNeuropsychologie>) zu zeigen, um die Wirkung von Lob auf die Stimmung zu verdeutlichen. Auf den Folien 32-39 wird darüber hinaus besprochen, wie man besser mit negativer Rückmeldung (Kritik) umgeht.

Nach der Darstellung der Folie 40 („Was soll das Ganze?“) sollen auf den Folien 43-47 gemeinsam mit den Patienten eigene Stärken zusammengetragen werden.

Ab Folie 46 folgt der zweite Themenblock dieses Moduls zum Thema kognitive Dissonanz (nach Festinger, 1978). Auswirkungen widersprüchlicher Gedanken und Grundannahmen auf das Verhalten und die Gefühle sollen anhand von Beispielen herausgearbeitet und hinterfragt werden. Die Patienten sollen im Verlauf der Übung auch darauf hingewiesen werden, im Alltag bewusst zu versuchen, ihre Aufmerksamkeit auch auf positive Aspekte zu richten und evtl. auch zunächst sehr schwierigen Ereignissen etwas Positives abzugewinnen oder einen Sinn zu finden („Was könnte man aus der Situation vielleicht für die Zukunft mitnehmen?“). Anhand weiterer Übungen soll zudem trainiert werden, etwas Positives an zunächst rein aussichtslos oder negativ wirkenden Situationen zu entdecken. Hierbei sollte insbesondere auch Raum für eigene Beispiele der Patienten gegeben werden. Es sollte verdeutlicht werden, dass Vergangenes sich durchaus auch zum Positiven weiterentwickeln kann.

Am Ende des Moduls (Folie 77) soll zudem besprochen werden, dass sich Diagnosen über die Zeit verändern können (so sollten auch Persönlichkeitsstörungen nach etwa zwei Jahren möglichst überprüft werden, v.a. aufgrund der aktuell vorherrschenden kategorialen statt dimensional diagnostischen Darstellung (siehe auch Überarbeitungen für DSM-V). Es soll vermittelt werden, dass Symptome im Verlauf der Zeit oft schwächer werden können. An dieser Stelle kann ggfs. auch erklärt werden, welche Kriterien bei der BPS relevant sind (Psychoedukation).

Material

Die Anfangsfolien zum Umgang mit Lob und Kritik sind in Anlehnung an das D-MKT (Jelinek et al., 2011) entstanden. Es wird sich im Modul zudem auf Denkfehler nach Hautzinger (2003) bezogen. Die Folien zum Vergegenwärtigen von Stärken stammen aus dem MKT für Schizophrenie. Künstler/Fotografen verwendeter Illustrationen/Fotos werden am Ende der Präsentation gewürdigt.

Ziel des Moduls

Ziel der Sitzung ist u.a., den Umgang mit Lob und Kritik zu verbessern. Im B-MKT soll vermittelt werden, das Augenmerk stärker auf positive Aspekte an der eigenen Person (Vergegenwärtigen von Stärken) zu richten. Darüber hinaus sollen psychoedukative Elemente zum Thema Borderline-Persönlichkeitsstörung in diesem Modul vermittelt werden (z.B. Verlauf der Erkrankung).

Allgemeine Empfehlungen

Lassen Sie Beispiele der Patienten einfließen und geben Sie die Möglichkeit, Fragen der Teilnehmer zu klären (insbesondere zum Thema Psychoedukation).

Die Veränderlichkeit der Denkstile und damit auch einer selbstabwertenden Grundhaltung bei konsequentem Training soll hervorgehoben werden.

Besondere Hinweise (Beispiele)

Das Thema Lob kann für manche Patienten sehr schwierig oder mit negativen Emotionen behaftet sein. Achten Sie auf einen behutsamen Umgang mit diesen Inhalten und das mögliche Auftreten von dissoziativen Symptomen. Falls Teilnehmer beispielsweise in ihrer Kindheit hauptsächlich Kritik oder Abwertungen erfahren haben, sollte zudem darauf hingewiesen werden, dass nicht jede Kritik auch angenommen werden muss und v.a. eine innere Abgrenzung gegenüber Beleidigungen stattfinden sollte. Derartige „Abwertungen“ der eigenen Person sagen v.a. etwas über die andere Person aus und sollten dann keineswegs als berechtigte Kritik (sondern als Beleidigung) gewertet werden.

Modul 5: Einfühlung II

Zieldomäne

Komplexe „Theory of Mind“/soziale Kognition; Perspektivenübernahme

Aufgabenstellung

Die Anfangsfolien (1-12), die jedem Modul vorangehen, sollten nur präsentiert werden, wenn neue Teilnehmer in die Gruppe aufgenommen wurden. Anderenfalls kann mit der Sitzung direkt bei Folie 13 begonnen werden. Zu Beginn dieses Moduls (Folien 15-18) werden die Teilnehmer gebeten, Anhaltspunkte für die Bewertung bzw. Einschätzung einer Person zu sammeln (z. B. Sprache, Gestik). Im Anschluss soll in der Gruppe ausführlich über die Schwächen und Stärken jedes Beurteilungskriteriums diskutiert werden (Folien 19-31). Bei Folie 27 soll zudem mit den Teilnehmern besprochen werden, mit welchen Klischees oder Vorurteilen sie bereits selbst konfrontiert wurden (z.B. auch Umgang mit der Diagnose oder Aufenthalt in einer Psychiatrie) und wie sie damit umgegangen sind (Folie 28). Auf den Folien 32-42 soll, u.a. anhand von einer Studie, die Wirkung von Worten verdeutlicht werden. Die Relevanz des Perspektivwechsels für das eigene Verhalten wird auf Folien 52-54 dargestellt.

Ab Folie 55 werden Bildergeschichten präsentiert. Die Teilnehmer erhalten die Aufgabe, die Perspektive der dargestellten Personen einzunehmen und Vermutungen darüber anzustellen, was diese Personen über andere oder über ein bestimmtes Ereignis denken könnten. Die meisten der Bildergeschichten werden in umgekehrter Reihenfolge präsentiert, d. h. zunächst wird das chronologisch letzte Bild präsentiert, während die ersten Abbildungen noch verdeckt sind. Es bietet sich an, die Patienten zu Beginn zu fragen, ob die Präsentation weiterer Informationen notwendig ist oder ob die Lösung bereits offensichtlich ist. Tatsächlich wird der wahre Hergang durch Offenlegen weiterer Bilder oft in ein ganz anderes Licht gerückt. Für die meisten Bildergeschichten sind keine abschließenden Deutungen möglich. Die Teilnehmer sollen in diesem Fall Vorschläge machen, welche Zusatzinformationen nötig wären, um sich für eine Alternative zu entscheiden. In der Gruppe kann zudem erörtert werden, welche der möglichen Interpretationen durch die vorhandenen Informationen am besten gestützt wird. Besondere Hinweise für die Interpretation der Bildergeschichten sind der untenstehenden Tabelle zu entnehmen.

Material

Material entstammt größtenteils dem MKT für Patienten mit Schizophrenie. Die Bildergeschichten wurden in unserem Auftrag von Britta Block, Christin Hoche und Mariana Ruiz-Villarreal angefertigt. Künstler/Fotografen weiterer verwendeter Illustrationen/Fotos werden am Ende der Präsentation gewürdigt.

Ziel des Moduls

Den Teilnehmern wird der Unterschied zwischen dem Informationsstand als „allwissender Betrachter“ und dem des Protagonisten verdeutlicht. Für manche Szenen – wie auch im echten Leben – können keine endgültigen Deutungen gegeben werden. Bevor Situationen (oder auch andere Menschen) abschließend beurteilt werden, sollten zunächst andere Ansichten bedacht oder erfragt werden.

Allgemeine Empfehlungen

Es bietet sich an, die dargestellten Begebenheiten beschreiben zu lassen. Sofern Dinge berichtet werden, die im Bild nicht enthalten sind oder die eine ungerechtfertigte Schlussfolgerung beinhalten, meldet der Trainer dies zurück. Die Teilnehmer sollen verschiedene Perspektiven/Ansichten der dargestellten Personen oder Gruppen einnehmen.

Hinweis: Dieses Modul enthält sehr viel Aufgabenmaterial. Überspringen Sie ggfs. einzelne Bildergeschichten und fassen Sie – möglichst gemeinsam mit den Teilnehmern - die Lernziele am Ende des Moduls zusammen.

Besondere Hinweise für die Interpretation der Bilder

Aufgabe	
1 (dicker Mann)	Entscheidend für das Verständnis der Aufgabe ist, dass die Leute im Café den Jungen mit der Säge nicht gesehen haben. Aus diesem Grunde werden die Gäste vermutlich schlussfolgern, dass der Stuhl aufgrund des Gewichts des Mannes zusammengebrochen sei. Wahrscheinlich wäre der Stuhl wegen der Manipulation jedoch auch bei einer leichteren Person zusammengebrochen.
2 (Omas Geburtstag)	Zunächst ist es schwer zu beurteilen, was das Mädchen seiner Oma zum nächsten Geburtstag schenken wird. Mit der Aufdeckung des chronologisch ersten Bildes, auf dem sich die Oma über die Pralinen zu freuen scheint, erscheint es nunmehr wahrscheinlich, dass das Mädchen ihr zum nächsten Geburtstag wieder Pralinen schenken wird. Die Oma mag diese eigentlich nicht, äußert jedoch nicht offen ihre Abscheu gegenüber Pralinen.
3 (Auto)	Es ist unklar, ob die Frau die Worte des Mannes als bloße Information, gut gemeinten Appell oder als bevormundendes Verhalten aufnimmt.
4 (Unfall)	Allein aufgrund des chronologisch letzten Bildes ist es schwer zu beurteilen, was der Polizist denkt. Man kann nur darauf schließen, dass der Fahrer einen desorientierten Eindruck macht. Wir wissen aber noch nicht, ob dies eine Folge des Unfalls oder eines vorausgegangenen Ereignisses ist. Ersteres erscheint aber zu diesem Zeitpunkt plausibel. Auf den weiteren Bildern erfährt der Betrachter, dass vor dem Unfall Wild die Fahrbahn gekreuzt hat. Mit der zusätzlichen Information des chronologisch ersten Bildes sieht man, dass der Fahrer in der Geschichte vor Fahrtantritt Alkohol getrunken hat. Es ist wichtig daran zu erinnern, dass der Betrachter über mehr Informationen als der Polizist in der Geschichte verfügt, aber es durchaus möglich ist, dass der Polizist den Alkohol riecht und darauf schließt, dass der Unfall durch Alkoholeinfluss verursacht wurde, obwohl der wahre Situationshergang komplexer ist.
5 (schlechte Nachrichten)	Mit der alleinigen Information des chronologisch letzten Bildes ist es schwer zu entscheiden, ob der Chef kaltherzig ist oder nicht. Das chronologisch vorletzte Bild zeigt, dass die Frau weint und daher wohl zu spät zur Arbeit kommt. Die chronologisch ersten Bilder lassen vermuten, dass die Frau gesundheitliche Probleme hat. Es wird aber nicht deutlich, ob der Chef weiß, dass sie einen Arzttermin vor Arbeitsbeginn und/oder gesundheitliche Probleme hat. Daher kann nicht mit Sicherheit gesagt werden, ob der Chef kaltherzig ist oder die Frau regelmäßig zu spät kommt, was seine Reaktion teilweise rechtfertigen würde. Andererseits sah die Frau auf dem chronologisch letzten Bild wahrscheinlich verheult aus, so dass der Wutausbruch zumindest als überzogen anzusehen ist.
6 (Fußball)	Auf dem chronologisch letzten Bild denkt der Parkwächter vermutlich, dass die Jungen wissentlich die Regeln brechen, indem sie auf dem Rasen Fußball spielen. Anhand der Information des chronologisch ersten Bildes wird deutlich, dass die Kinder die deutsche Sprache kaum beherrschen, da die Unterrichtseinheit der Sprachschule sehr einfach ist (siehe Grammatik an der Tafel). Es ist wiederum unwahrscheinlich, dass der Parkwächter über dieses Wissen verfügt, d. h. der Betrachter besitzt mehr Informationen als der Parkwächter.
7 (Würste)	Da der Junge vorher großen Hunger äußerte, verdächtigt ihn die Mutter wahrscheinlich fälschlich, alle Würste gegessen zu haben.
8 (Bibliothek)	Aufgrund des chronologisch zweiten Bildes könnte man darauf schließen, dass dem Mann entgangen ist, dass die Frau an der Information telefoniert, da er sie direkt anspricht und sie nicht versucht, zunächst auf sich aufmerksam zu machen. Eventuell wird der Mann daher die Äußerung auf sich beziehen. Andererseits könnte er auch denken, dass die Frau besser ihrer Arbeit nachkäme, anstatt (privat) zu telefonieren. Diese Bildergeschichte lässt mehrere Interpretationen zu. Wichtig ist wiederum, die Teilnehmer darauf hinzuweisen, dass der Mann in der Bildergeschichte nicht das gleiche Wissen besitzt wie der Betrachter.
9 (krank)	Aufgrund des chronologisch letzten Bildes wirkt die Mutter verwundert und ist möglicherweise besorgt über den Gesundheitszustand ihres Sohnes. Auf dem chronologisch dritten Bild taucht der Sohn das Fieberthermometer in eine heiße Tasse, damit es so aussieht als habe er Fieber. Dies rückt die Sache in ein anderes Licht. Möglicherweise ahnt die Mutter, dass der Junge simuliert, falls das Thermometer eine zu hohe Temperatur anzeigt. In diesem Falle wäre sie sicherlich recht ärgerlich. Die beiden chronologisch ersten Bilder bieten aber keine zusätzlichen Informationen.

Modul 6: Selbstwert

Zieldomäne

Mangelndes Selbstwertgefühl; Selbstabwertung bis hin zum Selbsthass

Aufgabenstellung

Die Anfangsfolien (1-13), die jedem Modul vorangehen, sollten nur präsentiert werden, wenn neue Teilnehmer in die Gruppe aufgenommen wurden. Anderenfalls kann mit der Sitzung direkt bei Folie 14 begonnen werden.

Zunächst wird mit den Teilnehmern erarbeitet, was „Selbstwert“ überhaupt ist und was Kennzeichen von Menschen mit einem „gesunden“ Selbstwertgefühl sind (Folie 15-27). Der Trainer kann zu Beginn provozierende Vorschläge machen, wie z.B. „Kann man den Selbstwert am Gehalt messen (Bezug zur Abbildung) oder an der Anzahl der Freunde bei Facebook?“ Es sollte deutlich werden, dass der Selbstwert eines Menschen eben nicht anhand von bestimmten Eigenschaften wie dem Aussehen bestimmbar ist, sondern eine subjektive Bewertung der eigenen Person darstellt. Anhand der Folie „Nicht direkt sichtbare Merkmale“ (Folien 26-27) sollte herausgestellt werden, dass ein ausgewogenes Selbstwertgefühl eine reflektierende und akzeptierende Haltung sich selbst gegenüber beinhaltet. Eine Differenzierung zwischen einem übersteigerten und einem „gesunden“ Selbstwert sollte erarbeitet werden. Die Betonung liegt auf einer realistischen Zielsetzung: Es sollte ein ausgewogener und fairer Umgang mit den eigenen Stärken und Schwächen angestrebt werden (Folien 28-31).

Im Anschluss (Folien 33-38) erfolgt zunächst eine Einführung in das „Regalbild“ nach Potreck-Rose und Jakob (2008). Nach diesem Bild kann man die eigene Person mit unterschiedlichen Facetten als Regal mit vielen Fächern betrachten, (z.B. jeweils ein Fach für den Bereich Beruf, für die Familie, Hobbys, ...). Diese Fächer sind möglicherweise zum aktuellen Zeitpunkt unterschiedlich reich gefüllt. Es ist überdies nicht möglich, in allen diesen Bereichen stets zu 100% erfolgreich zu sein (z.B. kann Erfolg im Job mit weniger Zeit für eine glückliche Beziehung oder dem Verlust von Hobbies einhergehen). Es soll verdeutlicht werden, dass der Selbstwert dann leidet, wenn man sich gedanklich ständig nur noch mit den leeren Fächern (den eigenen Schwächen) beschäftigt. Dies kann zu pauschalen Selbstabwertungen führen („Ich bin als Mensch völlig wertlos“). Stattdessen sollen auch die gefüllten Fächer betrachtet und in das Gesamtbild des Selbst integriert werden. Die vorgegebenen Beispiele auf der Folie „Nichts unterschlagen“ sollen die Teilnehmer dazu anregen, die persönlich relevanten Fächer mit ihren Inhalten zu identifizieren. Die folgende Folie 38 „In welches Fach haben Sie lange nicht geschaut“ zielt darauf ab, den Blick der Teilnehmer insbesondere auch wieder auf vernachlässigte Fächer (z.B. Hobbies) zu werfen, um möglicherweise „eingestaubte“ oder vergessene Inhalte wieder zu entdecken. An dieser Stelle bietet es sich an, dass jeder Teilnehmer eine eigene Stärke benennt. Dabei sollte der Trainer die Teilnehmer dazu ermutigen, auch scheinbare „Kleinigkeiten oder Selbstverständlichkeiten“ zu nennen. Falls einem Teilnehmer nichts einfällt, sollte dies normalisiert werden (z.B. „Es kann sehr schwierig sein, direkt positive Eigenschaften zu benennen, wenn man es nicht gewohnt ist, über die eigenen Stärken zu sprechen“).

Im Anschluss (ab Folie 39) wird der „Innere Kritiker“ (als Urheber von „Alles-oder-nichts-Aussagen“) eingeführt. Es werden einige typische Beispiele vorgestellt, anhand derer die Relevanz der Denkverzerrung für die einzelnen Teilnehmer überprüft und nach eigenen Beispielen (typischen Sätzen des Inneren Kritikers) gefragt wird. Anhand des 100-Cent Spiels (Folie 45-48) wird die Dysfunktionalität des Alles-oder-Nichts-Denkens veranschaulicht. Auf der nächsten Folie werden drei Strategien zum Umgang mit dem inneren Kritiker vorgestellt. Die Teilnehmer sollen angeleitet werden, eigene Alles-oder-nichts-Gedanken (im Sinne von massiver Selbstkritik oder -abwertung) zu identifizieren, diese Aussagen zu hinterfragen („Entspricht das den Tatsachen?“, „Was sagen vertraute Personen dazu?“) und dem inneren Kritiker etwas entgegen zu setzen („Ist mir egal, was du dazu meinst. Ich vertrete eine andere Sicht der Dinge“). Auch hier sollte wieder betont werden, dass schon das Identifizieren der Denkverzerrung einen Fortschritt bedeutet.

In diesem Modul wird ferner vermittelt, dass eine erhöhte Aufmerksamkeitszuwendung oder Versuche, negative Gedanken zu unterdrücken, zu einer weiteren paradoxen Verstärkung dieser führt (ab Folie 52). Mit Hilfe eines kurzen Verhaltensexperimentes (die Teilnehmer sollen versuchen, aktiv Gedanken zu unterdrücken) soll den Patienten aufgezeigt werden, dass Gedankenunterdrückung keine hilfreiche, sondern im Gegenteil eine kontraproduktive Strategie darstellt. Die Patienten sollen lernen, dass negative Gedanken zwar lästig, aber alltäglich sind und dass Gedankenunterdrückung zu einer paradoxen Verstärkung der Symptome führt (siehe Folie: „Unterdrückung von Gedanken Klappt das? - Nein!“). Die Patienten werden angeleitet, ihre Gedanken wie einen Tiger im Zoo (bzw. Sturm vor dem Wohnzimmerfenster) aus geschützter Distanz zu betrachten, ohne einzugreifen. Als alternativen Umgang mit sich aufdrängenden Gedanken werden Möglichkeiten eingeführt, wie innerer Abstand gewonnen werden kann (an dieser Stelle sollte auch nachgefragt werden, ob die Teilnehmer Erfahrung mit dem Konzept der Achtsamkeit haben; auch Literaturempfehlungen können interessierten Teilnehmern genannt werden, z.B. Bohus & Wolf-Arehult, 2011). Beispielsweise ist es für viele Patienten hilfreich Gedanken nicht als Tatsachen anzusehen, sondern als „Ereignisse im Kopf“. Diese lediglich wahrzunehmen, aber nicht zu bewerten. Diese bewertungsfreie Wahrnehmung im Sinne des Achtsamkeitskonzepts kann helfen, Abstand zu den eigenen Gedanken zu bekommen. Zur Verdeutlichung werden hilfreiche innere Bilder eingeführt (z.B. Gedanken als vorbeifahrende Züge oder vorbeiziehende Wolken zu betrachten). Diese können den Patienten die Anwendung der Strategie erleichtern.

Material

Teile der Inhalte entstammen dem D-MKT von Jelinek et al. (2011) und dem Selbsthilfekzept „myMKT“ (Moritz & Hauschildt, 2011) und wurden entsprechend adaptiert. Das Selbstwertquellenregal stammt von Potreck-Rose (2008). Weitere Inhalte (z.B. bezüglich der Gedankenunterdrückung) sind angelehnt an Wells (2009) und Moritz & Hauschildt (2011).

Ziel des Moduls

Das Modul befasst sich mit dem Konzept des Selbstwerts. Zunächst soll ein Verständnis von Selbstwert als ein rein subjektives und variables Konstrukt gefördert werden. Die Teilnehmer sollen lernen, ein realistisches Gespür für sich selbst zu entwickeln (vgl. „fairer Blick“ in der DBT, z.B. Bohus & Wolf, 2009). Den Teilnehmern werden zudem dysfunktionale Denkstile vor Augen geführt, die zur Entstehung eines geringen Selbstwertgefühls beitragen. Das „Alles-oder-Nichts-Denken“ wird veranschaulicht und Strategien zum Umgang mit diesem ungünstigen Denkmuster vermittelt. Hierzu werden die Teilnehmer angeleitet, eigene „Alles-oder-Nichts-Gedanken“ als Sätze eines inneren Kritikers zu identifizieren, diese Aussagen zu hinterfragen und den inneren Kritiker zum Schweigen bringen.

Allgemeine Empfehlungen

Vielen Teilnehmern sind bereits Inhalte zum Thema Selbstwert aus der DBT bekannt. Nutzen Sie dieses Wissen (z.B. fairer Blick), um Inhalte wiederholen zu lassen bzw. diese aufzugreifen.

Besondere Hinweise (Beispiele)

Selbstwert ist für viele Teilnehmer ein schwieriges Thema, das behutsam angegangen werden sollte. Wichtig ist zu verdeutlichen, dass ein negatives Selbstbild oft sehr früh in der Kindheit erlernt wurde und es somit nur verständlich ist, wenn Schwierigkeiten bestehen, positive Gedanken bezüglich der eigenen Person zu zulassen. Ziel soll sein, einen kleinen Schritt in Richtung Selbstakzeptanz zu setzen. Wenn Teilnehmer keinerlei positive Eigenschaften bei sich selbst entdecken können (Selbstwertregal), können gegebenenfalls vom Trainer Beispiele aus vorherigen Sitzungen aufgegriffen werden (z.B. „Sie sagten das letzte Mal, dass Sie gut nähen können?“). Außerdem kann es helfen das Regal zunächst anhand des Beispiels einer Freundin zu füllen und zu schauen, ob nicht einige dieser Eigenschaften auch bei der eigenen Person vorhanden sind. Die Teilnehmer können

auch darauf hingewiesen werden, eigene Stärken oder auch Komplimente im Alltag in einem kleinen Notizheft aufzuschreiben (vgl. Freude-Tagebuch).

Modul 7: Schlussfolgern

Zieldomäne

Schnelles Schlussfolgern (jumping to conclusions bias) und impulsives Handeln

Aufgabenstellung

Die Anfangsfolien (1-13), die jedem Modul vorangehen, sollten nur präsentiert werden, wenn neue Teilnehmer in die Gruppe aufgenommen wurden. Anderenfalls kann mit der Sitzung direkt bei Folie 14 begonnen werden.

Anhand einer kurzen Bildergeschichte (Folien 15-19) wird die Alltagsrelevanz des voreiligen Schlussfolgerns verdeutlicht (Normalisierung). Auf Folie 21 besteht zudem die Möglichkeit den Teilnehmern kurze Videoclips zu zeigen, in denen ebenfalls das voreilige Schlussfolgern veranschaulicht wird. Im Anschluss werden mit Hilfe von verschiedenen Beispielen mögliche Konsequenzen von „Kurzschlussdenken“ verdeutlicht.

In der ersten Aufgabengruppe (ab Folie 51) wird eine Bildfolge präsentiert, die aus acht aufeinander folgenden Stufen besteht. Auf jeder Stufe wird ein Objekt (Beispiel: Frosch) mit absteigendem Grad an Fragmentierung gezeigt: Neue Objektzüge werden dem vorher präsentierten Bild hinzugefügt, bis schließlich das vollständige Objekt zu sehen ist. Die Teilnehmer werden gebeten, die Stichhaltigkeit von eigenen oder vorgegebenen Interpretationen zu beurteilen. Die Teilnehmer sollen sich erst dann entscheiden, wenn sie sich ausreichend sicher sind. Zum Beispiel ähnelt das Fragment in der ersten Stufe des „Frosch“-Bildes einer Zitrone, da nur dessen Umriss gezeigt wird. Eine frühe Entscheidung führt in diesem Fall jedoch zu einer Fehleinschätzung. In der zweiten Aufgabengruppe (ab Folie 80) werden Vexierbilder präsentiert, bei denen je nach Betrachtungswinkel verschiedene Interpretationsmöglichkeiten bestehen. Bei jedem Bild werden die Teilnehmer gefragt, was sie erkennen können und sollen möglichst über eine Änderung der Perspektive weitere Gestalten entdecken. In der dritten Aufgabengruppe (ab Folie 103) werden die Teilnehmer gebeten, die wahren Titel klassischer Gemälde herauszufinden und unpassende Titel auszuschließen. Dabei sollen Pro und Contra verschiedener Titelvorschläge diskutiert und darauf geachtet werden, welche Bilddetails evtl. eindeutig gegen bestimmte Titelvorschläge sprechen. Außerdem sollen die Teilnehmer jeweils angeben, wie sicher sie sich mit ihrer Einschätzung sind.

Material

Das Aufgabenmaterial stammt aus dem MKT für Schizophrenie. Die Objekte der ersten Aufgabengruppe sind abgepauste, schwarz-weiß Zeichnungen. Künstler/Fotografen weiterer verwendeter Illustrationen/Fotos werden am Ende der Präsentation gewürdigt. Klassische und moderne Gemälde (dritte Aufgabengruppe) stammen von verschiedenen Künstlern, zwei der Bilder sind aus dem Thematic Apperception Test (TAT; Thematischer Auffassungstest) bzw. einer seiner Vorversionen.

Es existieren zudem zahlreiche unterhaltsame Videos zum Thema Schlussfolgern, die teilweise auf unserer Homepage (www.uke.de/mkt) heruntergeladen und mit den Teilnehmern diskutiert werden können. Weitere Videos finden Sie unter <http://www.youtube.com/user/AGNeuropsychologie>.

Ziel des Moduls

Dieses Modul versucht den Teilnehmern zu vermitteln, sich nicht ausschließlich vom ersten Eindruck leiten zu lassen, der sich oft als trügerischer Schein erweist (1. und 3. Aufgabengruppe) bzw. nur die „halbe Wahrheit“ enthüllt (2. Aufgabengruppe). Sachverhalte können sich durch neue Informationen über die Zeit in einem neuen Licht präsentieren. Die Teilnehmer sollen lernen, alternative Einstellungen nicht vorschnell zu verwerfen bzw. nicht zu impulsiv zu urteilen oder zu handeln. Das Material ist hervorragend geeignet, die Nachteile eines hastigen Problemlöseverhaltens zu

demonstrieren. Außerdem wird den Teilnehmern vermittelt, dass es zweckmäßig ist, mehr Zeit auf die Lösung komplexer Probleme zu verwenden. Oft lassen erst bestimmte Einzelheiten, die bei flüchtiger Betrachtung unbemerkt geblieben wären, eindeutige Schlüsse zu.

Allgemeine Empfehlungen

Die Vor- und Nachteile eines schnellen vs. sehr zögerlichen Antwortstils sollten anhand der Einleitungsfolien vorab ausführlich erläutert werden. Bei besonders folgenschweren Entscheidungen sollten unbedingt alle vorhandenen Aspekte für eine abschließende Bewertung berücksichtigt werden. Falls Teilnehmer als Gegenbeispiel des Kurzschlussdenkens das Thema Grübeln (bzw. „zerdenken“ von Sachverhalten) ansprechen, sollte auf die entsprechende Trainingseinheit (Modul 2) verwiesen werden. Die möglichen Konsequenzen von „Kurzschlussdenken“ werden anhand verschiedener Beispiele verdeutlicht (z. B. Fehldiagnosen in der Medizin). Die Patienten sollen in diesem Abschnitt unbedingt auch die Gelegenheit haben, eigene Situationen/Erfahrungen zu schildern. Bei den Vexierbildern der zweiten Aufgabengruppe sollte der Trainer darauf achten, dass alle Teilnehmer die verschiedenen Interpretationsmöglichkeiten erkennen. Ist dies nicht der Fall, kann ein anderer Teilnehmer durch Weisen bestimmter Ankerpunkte helfen. In der dritten Aufgabengruppe ist die Lösung bei manchen Bildern leichter, wohingegen diese bei anderen erst nach intensiver Betrachtung deutlich wird. Bei einigen Bildern ist der wahre Titel wiederum nicht eindeutig abzuleiten. Die Teilnehmer sind auf Bildelemente aufmerksam zu machen, die ihnen entgangen sind (siehe unten). Sofern sich Gruppen innerhalb der Teilnehmer gebildet haben, die unterschiedliche Interpretationen favorisieren, sollte der Trainer eine Diskussion anregen und den Austausch der Argumente moderieren.

Besondere Hinweise (Beispiele)

Beim zweiten Bild der ersten Aufgabengruppe („Frosch“) neigen manche Patienten dazu, sich auf die Deutung Zitrone festzulegen. Bei dieser Gelegenheit kann der Trainer hervorheben, dass noch sieben weitere Bilder folgen (eine Zitrone wäre wahrscheinlich bereits nach der zweiten Stufe vervollständigt und ist somit unwahrscheinlich). Es sollte sich nicht zu lange an der ersten Aufgabengruppe aufgehalten werden, so dass noch ausreichend Zeit für die anderen beiden Aufgabengruppen bleiben. Für weiteres Material sei auch auf www.uke.de/mkt (Module 2A bzw. 2B sowie 7A bzw. 7B des Schizophrenie-MKT) verwiesen.

Hinweis: Es ist auch nicht notwendig, alle Aufgaben vollständig zu bearbeiten. Überspringen Sie ggfs. einzelne Aufgaben und fassen Sie – möglichst gemeinsam mit den Teilnehmern - die Lernziele am Ende des Moduls zusammen.

Bild #	Titel	Hinweise für die richtige Interpretation
Bild 1	„Wieso habe ich ihn bloß geheiratet?“	Das Paar befindet sich auf einem Schiff (Bullauge im Hintergrund). Es handelt sich daher wahrscheinlich um ihre Hochzeitsreise (spricht für B). Der Mann liegt angezogen auf dem Bett und wirkt, als schliefe er seinen Rausch aus, neben ihm steht eine Flasche (spricht ebenfalls für B). Die Frau ist zu jung, um die Mutter des Mannes zu sein (spricht gegen Alternative D). Es gibt keine Anhaltspunkte für Mord (z.B. Pistole) oder Selbstmord (spricht gegen Alternative A und C). In früheren Zeiten trugen verheiratete Frauen rote Schleifen, wie die Frau im Bild (weiteres Indiz für B).
Bild 2	„Der lesende Chemiker“	Mörser und Stößel ebenso wie die verschlossene große Flasche weisen auf einen Chemiker, der vielleicht eine neue Rezeptur studiert (spricht für C). Der Umstand, dass der Mann konzentriert liest, die Flasche verschlossen ist und kein Glas vorhanden ist, spricht gegen B. Gewand, Hut und Kragen entsprechen nicht der Kleidung eines Mönches (spricht gegen A).
Bild 3	„Traurige Botschaft“	Die Frau weint; der Soldat bringt ihr Helm und Uniform des vermutlich gefallenen Ehemanns; es liegt ein Brief auf ihrem Schoß (spricht für D). Das Baby sieht nicht krank aus – der kleine Junge sieht den Soldaten an, nicht das Baby (dies macht Alternative B unplausibel).
Bild 4	„Der Besuch“	Die Aufmerksamkeit des Mannes ist eindeutig auf den Vogel am Fenster gerichtet, er hebt den Blick (Alternative A). Der Blick des Mannes ist vom

		Buch abgewandt (spricht gegen Alternative B).
Bild 5	„Die Brautwerbung“	Für Option B spricht folgendes: Der Gesichtsausdruck der Frau ist eher kokett und sinnlich; der Mann hat ihr ein Geschenk (Blumen) mitgebracht; der Mann nimmt eine ehrerbietige Haltung ein.
Bild 6	„Jagdunglück“	Die rote Nase macht Alternative B plausibel – das erschrockene Gesicht dagegen Alternative A. Allerdings spricht die Kleidung des Mannes, das Jagdgewehr und der Sturz eher für Alternative D.
Bild 7	„Die Pediküre“	Der Mann widmet sich sichtlich den Füßen/Fußnägeln der Frau. Kein Arztkoffer oder Arztinstrumente (Skalpelle) zu sehen (dies macht Alternative B und C unplausibel).

Modul 8: Stimmung

Zieldomäne

Komorbide depressive Symptomatik, negative kognitive Schemata, niedriges Selbstwertgefühl

Aufgabenstellung

Die Anfangsfolien (1-13), die jedem Modul vorangehen, sollten nur präsentiert werden, wenn neue Teilnehmer in die Gruppe aufgenommen wurden. Anderenfalls kann mit der Sitzung direkt bei Folie 14 begonnen werden.

Die Gruppe trägt zunächst mögliche Symptome einer Depression zusammen (Folie 15-16). Es wird im Anschluss darüber informiert, wie eine Depression entstehen kann und dass diese Diagnose kein unabwendbares Schicksal ist sondern depressive Denkstrukturen durch Training verändert werden können (Folie 17-20). Therapiemöglichkeiten für depressive Menschen werden zudem kurz benannt und gegebenenfalls eigene Erfahrungen der Patienten im Umgang mit depressiven Symptomen aufgegriffen (Folien 21-23). Die Übungen ab Folie 25 thematisieren typische depressive Denkschemata, wie die „übertriebene Verallgemeinerung“ oder die „engeengte Wahrnehmung“. In Interaktion mit der Gruppe vermittelt der Trainer, wie verzerrte Denkschemata durch realistischere und hilfreichere Bewältigungsstrategien ersetzt werden können. So werden die Teilnehmer bspw. dazu angeleitet, anstelle von Verallgemeinerungen von Einzelsituationen auf die Vergangenheit und/oder Zukunft (z.B. „einmal Versager, immer Versager“), konkrete, situationsgebundene Aussagen vorzunehmen („heute ist mir der Braten misslungen“). Wörter wie „nie“ oder „immer“ sollten vermieden werden. Auf den Folien 39-51 sollen die Teilnehmer anhand einer Situation („Während Sie in einer Teamsitzung Ihre Ideen vorstellen, tuscheln zwei Kolleginnen immer wieder miteinander.“) eine Bewertung im Sinne des „Negativen Gedanken lesen“ (z.B. „Die lästern über mich!“) vornehmen. Unter Anleitung der Gruppenleiter werden anschließend die Konsequenzen (für Stimmung, Selbstwert und Verhalten) dieser Bewertung herausgearbeitet und die Denkverzerrung einer Realitätsprüfung unterzogen. Daraufhin werden die Teilnehmer aufgefordert, eine alternative, hilfreichere Bewertung der Situation zu überlegen und wiederum die Konsequenzen (für Stimmung, Selbstwert und Verhalten) zu benennen. Im nächsten Schritt können auch alternative/hilfreichere Bewertungen für mögliche Teilnehmerbeispiele erarbeitet werden.

Mit der Folie 53 („Vergleich mit anderen“) beginnt die nächste Einheit des Moduls, welche unfaire Vergleiche sowie die Gefahren des Strebens nach Perfektion aufgreift. Es sollte herausgearbeitet werden, dass Vergleiche mit anderen zwar menschlich sind und hilfreich sein können (z.B. als Anreiz eine bestimmte Leistung zu erbringen), dass diese im Zusammenhang mit Depression jedoch häufig auf unfaire (da einseitige) Art und Weise angestellt werden. Bei unfairen Vergleichen kann man demzufolge nur „verlieren“ (z.B. wenn nur ein einziger, scheinbar perfekter, Lebensbereich (z.B. der berufliche oder das Aussehen) der Vergleichsperson herangezogen wird, während andere vernachlässigt werden (z.B. „Was sind mögliche Kosten des großen beruflichen Erfolgs?“).

Es besteht zudem die Möglichkeit einen kurzen Videoclip („unfair comparison“ - Dove) zu zeigen, den Sie unter <http://www.youtube.com/user/AGNeuropsychologie> finden.

Anhand der Folien 61-64 („Perfektes Leben“) soll verdeutlicht werden, dass Perfektion ein für Menschen unerreichbares Ziel darstellt und das Streben danach ängstlich und unglücklich machen kann. Als Strategie zum alternativen Umgang mit Perfektion kann als Aufgabe gegeben werden, einmal „bewusst nicht perfekt“ zu sein (d.h. absichtlich einen (kleinen) Fehler zu machen) und die erwarteten mit den tatsächlichen Konsequenzen abzugleichen. Oft bleiben erwartete negative Reaktionen gänzlich aus. Es sollte auch deutlich gemacht werden, dass die Teilnehmer sich möglicherweise sehr darin unterscheiden, in welchen Bereichen das „Streben nach Perfektion“ auftritt (z.B. immer perfekt aussehen zu müssen oder die perfekte Mutter/Vater zu sein). Durch das Anwenden des Perspektivwechsels (ab Folie 73) sollen eigene überhöhte Maßstäbe erkannt werden („Würden Sie bei einer guten Freundin ebenfalls erwarten, dass sie sich immer „perfekt“ verhält?“).

Auf Folie 74 können eigene Beispiele der Teilnehmer aufgegriffen und gemeinsam diskutiert werden. Am Ende des Moduls (Folien 75-81) werden schließlich Tipps besprochen, die den Patienten bei konsequenter Anwendung dabei helfen sollen, ihre Stimmung zu verbessern. An dieser Stelle sollen die Teilnehmer möglichst zunächst eigene hilfreiche Strategien mit der Gruppe teilen. Zum Abschluss werden die Hauptinhalte des Moduls unter den Lernzielen zusammengefasst und offene Fragen geklärt.

Material

Viele Inhalte sind in Anlehnung an das Schizophrenie-MKT (Moritz et al., 2010) und das D-MKT (Jelinek et al., 2011) entstanden. Darüber hinaus wurden eigene Beispiele früherer Teilnehmer verfremdet oder sind inspiriert durch Lehrbuchtexte (z.B. Beck, 1976). Künstler/Fotografen verwendeter Illustrationen/Fotos werden am Ende der Präsentation gewürdigt.

Ziel des Moduls

Den Teilnehmern werden dysfunktionale Denkstile vor Augen geführt, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Depression beitragen können. Sie werden dazu angehalten, überhöhte Ansprüche zu reduzieren und angemessenere bzw. faire Maßstäbe für die eigene Leistungsfähigkeit zu setzen. Die Veränderbarkeit depressiver Denkstile soll hervorgehoben werden. Zuletzt sollen Strategien zur Steigerung der Stimmung und Stärkung des Selbstwertes vermittelt werden (z.B. Freude-Tagebuch, positive Aktivitäten).

Allgemeine Empfehlungen

In diesem Modul werden keine konventionellen Aufgaben mit (meist richtigen versus falschen) Antwortoptionen bearbeitet. Der Trainer sollte für diese Einheit möglichst mit dem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz der Depressionsbehandlung, auf dem dieses Modul basiert, vertraut sein.

Besondere Hinweise

Bei den Aufgaben sollen die Teilnehmer eigenständig Beispiele für hilfreichere und ausgewogenere Bewertungen finden, bevor mögliche Antwortmöglichkeiten aufgedeckt werden (diese dienen nur als Anregungen). Zudem sollen sich die Teilnehmer beim Besprechen der Tipps zur Stimmungssteigerung möglichst untereinander austauschen, womit sie selbst gute Erfahrungen gemacht haben, bzw. welche Tipps sie evtl. empfehlen können. Ein weiterer wichtiger Hinweis ist, dass Veränderung mühsam sein kann und Übung benötigt. Dies gilt insbesondere auch für Veränderungen im Denken. Ein erster wichtiger Schritt ist es daher, die (teilweise automatisiert ablaufenden) Denkverzerrungen im Alltag zu erkennen und diese schrittweise zu verändern. Auch das Aufgreifen von ungünstigen Denkmustern in der Einzeltherapie kann angeregt werden.

Literatur

- 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.
- 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. *Nervenarzt*, 82, 16-24.
- Bohus, M. & Wolf-Arehult, M. (2011). *Achtsamkeit – Schritte zur seelischen Gesundheit*. Stuttgart: Schattauer.
- Bohus, M., & Wolf, M. (2009). *Interaktives SkillsTraining für Borderline-Patienten*. 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.
- 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.
- Exner, J. E. (1986). Some Rorschach data comparing schizophrenics with borderline and schizotypal personality disorders. *Journal of Personality Assessment*, 50, 455-471.
- 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 & 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. & Barnow, S. (2012) Hypersensitivity in borderline personality disorder during mindreading. *PLoS ONE* 7
- 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. & Levkovitz, Y. (2010). Double dissociation between cognitive and affective empathy in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 28, 277-279.
- Hautzinger, M. (2003). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- 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.
- Linehan, M. M. (1996). *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Looft, W. R. (1972). Egocentrism and social interaction across the lifespan. *Psychological Bulletin*, 78, 73-92.
- Moritz, S., Hauschildt, M. (2011). *Erfolgreich gegen Zwangsstörungen: Metakognitives Training - Denkfallen erkennen und entschärfen*. Berlin: Springer Verlag.
- 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., Vitzthum, F., Randjbar, S., Veckenstedt, R., & Woodward, T. S. (2010b). *Metakognitives Training für schizophrene Patienten (MKT)*. 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 & 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., & Seehausen, A. (2010). Fragebogen zu Gedanken und Gefühlen (FGG) - Ein Screening Instrument für Borderline-spezifisches Denken. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39, 170-178.
- Röpke, 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., Diederer, 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 & 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., Lohr, N., Silk, K. R., Gold, L., & Kerber, K. (1990). Object relations and social cognition in borderlines, major depressives, and normal's: a thematic apperception test analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 355-364.
- 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.