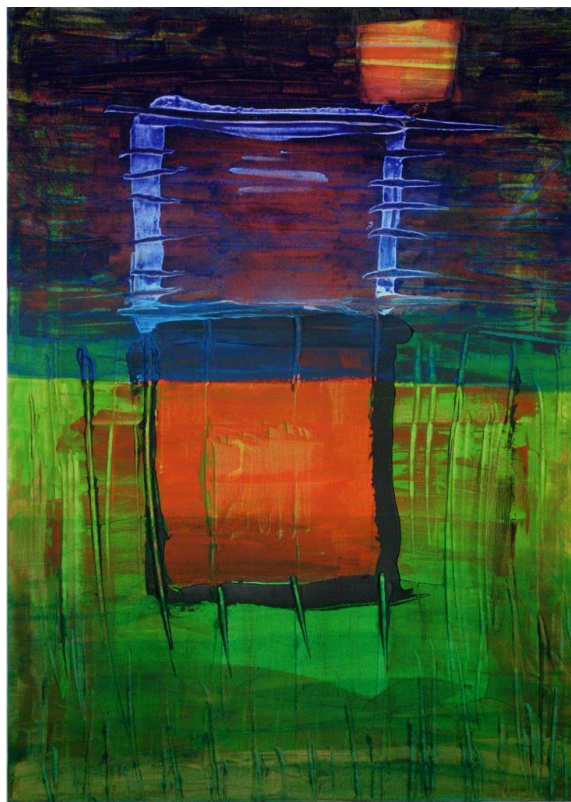


# Entraînement Métacognitif pour les patients souffrant d'un trouble de Personnalité Borderline (B-MCT)

- Manuel -

statut au 08/2016

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



H. Sieverding: Sans titre 8 de la série Horizons. Acrylique sur toile 60 x 80 cm, 2009.

Licence: Est protégée en vertu de la Paternité- pas de modification 2.0 Etats-Unis (générique) (CC BY-ND 2.0);  
<http://www.flickr.com/photos/18225028@N02/4245016061/>

\* les auteurs ont contribué à part égale et en partage la première paternité

## Remerciements

Nous tenons à témoigner notre reconnaissance aux co-développeurs de l'entraînement métacognitif pour les patients souffrant de psychose (MCT) – particulièrement Mme Bohn, Dr. Veckenstedt, Mme Randjbar- et pour les patients souffrant de dépression (D-MCT) - Dr. Jelinek et Dr. Hauschildt. Une grande partie de ces deux formations a été incorporée dans le B-MCT et a inspiré des idées nouvelles.

Nous aimerions aussi remercier nos collègues Janne Hottenrott, Kenneth Kronenberg, Brooke Viertel, Julia Bierbrodt, Vivien Braun, Birgit Hottenrott, Johanna Schröder, Teresa Thöring et Vivien Niehaus, qui nous ont soutenus dans la mise en oeuvre du programme de formation dans la phase initiale et dans l'élaboration du manuel.

Nous exprimons également notre gratitude à l'égard de nos patients pour leurs nombreuses réponses et commentaires qui ont contribué à l'amélioration continue des modules.

Nos remerciements vont aussi à Friedrich Althausen pour la police de caractère "Vollkorn" (Licence de Police de Caractère Ouverte, "Vollkorn", [http://friedrichalthausen.de/?page\\_id=411](http://friedrichalthausen.de/?page_id=411))

## Dons/ parrainage

Si vous désirez soutenir le développement du programme par un don, nous vous en serions très reconnaissants. Le programme est utilisable par n'importe qui, qu'il y ait soutien financier ou non. Personne ne doit se sentir moralement obligé de faire une contribution. Nous garantissons que toutes les donations seront utilisées pour le développement du programme EMC. Les tâches futures comprennent la traduction des modules dans d'autres langues, la création de nouveaux graphiques ainsi que l'administration du programme dans les institutions. Sur demande, nous pouvons fournir un reçu de donation. Les dons peuvent être versés au compte suivant:

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

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

Numéro de compte: 1234363636

Référence/Raison du paiement (c'est crucial pour s'assurer que votre donation nous parvienne):

Borderline-MCT – 0470 / 001

IBAN: DE54200505501234363636

BIC/Swift: HASPDEHHXXX

## Introduction

Tandis que les anciennes théories concernant le trouble de personnalité borderline voyaient comme caractéristique centrale “des systèmes de défense semblables aux psychotiques”, actuellement, c’est la dysrégulation émotionnelle qui est généralement décrite comme étant le symptôme principal (Herpertz, 2011). Selon cette vision, le TPB est caractérisé par l’arrivée d’états émotionnels intenses qui sont souvent suivis de comportements auto-dommageables ou de phénomènes dissociatifs. En association avec le symptôme cardinal de la dysrégulation émotionnelle, le TPB se manifeste par une instabilité de l’estime de soi, des problèmes dans les interactions sociales, des troubles comportementaux, ainsi que des déficits dans les fonctions cognitives, comme des symptômes dissociatifs et des traitements dysfonctionnels de l’information (American Psychiatric Association, 1994).

Avec une prévalence entre 3%-6% (Grant et al., 2008; Trull, Jahng, Tomko, Wood & Sher, 2010), le TPB est l’un des troubles mentaux les plus communs. Les résultats de “l’Etude de l’Ecole d’Heidelberg” (Brunner et al., 2007), qui inclut plus de 5000 étudiants, sont aussi alarmants. Elle révèle une incidence croissante de premiers comportements auto-dommageables: en général 10.9% des étudiants ayant une moyenne d’âge de 14.9 ans ont rapporté avoir occasionnellement (1-3 fois par an) des comportements auto-dommageables; 8% ont également rapporté une ou plusieurs tentatives de suicide.

Le TPB est aussi caractérisé par des taux de comorbidité très élevés, particulièrement avec des troubles affectifs (Tadic et al., 2009; Zanarini et al., 1998). De plus, beaucoup de patients souffrant d’un TPB peuvent avoir temporairement des croyances paranoïdes ou des symptômes hallucinatoires. Dans une revue de TPB et psychose, Barnow et al. (2010) rapporte que plus de 75% des patients TPB souffrent d’expériences dissociatives et de croyances paranoïdes. Plus de 20-50% de TPB montrent des symptômes psychotiques (Schröder, Fisher & Schäfer, 2013).

### Options thérapeutiques pour le TPB

Des efforts thérapeutiques et la recherche concernant le TPB se sont significativement intensifiés, particulièrement au cours des dix dernières années (Jacob, Allemann, Schornstein & Lieb, 2009). Partant du principe, qu’il s’agit d’une population difficile à traiter, de nombreux thérapeutes refusent toujours de travailler avec (Jobst, Hörz, Birkhofer, Martius & Rentrop, 2009). En outre, la thérapie est associée à des coûts élevés: en Allemagne, par exemple, approximativement 4 milliards d’Euros sont dépensés par an dans le traitement des personnes ayant un TPB – approximativement 15-20% du coût total des patients hospitalisés dans le milieu psychiatrique (Bohus and Kröger, 2011).

Malgré les difficultés précédemment mentionnées, la psychothérapie est considérée comme la méthode de choix dans le TPB (Rommel and Bohus, 2006). Actuellement, plusieurs interventions basées sur des preuves et expérimentées existent (pour une vue d’ensemble, voir Barnicot et al., 2012; Zanarini, 2009), y compris la thérapie comportementale et dialectique (TCD; Linehan, 1993), la thérapie basée sur la mentalisation (MBT; Bateman and Fonagy, 2004), la thérapie des schémas (Young, Klosko & Weishaar, 2003), la psychothérapie centrée sur le transfert (TFP; Kernberg, 1984), et le « systems training for emotional predictability and problem solving » (STEPPS; Blum, Bartels, St. John & Pfohl, 2002).

Pour une vue d’ensemble complète sur l’influence des facteurs psychothérapeutiques sur le TPB, veuillez vous référer à l’article de Barnicot et al. (2012).

L’intervention la plus largement utilisée est la TCD, qui fournit aussi le plus de preuve d’efficacité. Dans une méta-analyse de Kröger and Kosfelder (2010) qui inclut 10 études avec un total de 295 patients, l’efficacité de la TCD a été évaluée avec une taille d’effet moyen rectifié de  $d = 0.62$ , ce qui signifie un effet moyen; le taux de dropout approchait un tiers des patients (Kröger and Kosfelder, 2010).

Les formes disponibles de psychothérapies permettent la compensation des symptômes pour une grande majorité des patients; cependant ils ne mènent pas souvent à la rémission. Beaucoup de patients avec un TPB continuent à souffrir d’une tension psychologique significative, d’une mauvaise

qualité de vie et des carences dans le fonctionnement psychosocial (Barnow et al., 2006; Reed, Fitzmaurice & Zanarini, 2012; Zanarini, Frankenburg, Bradford Reich & Fitzmaurice, 2010).

### **L'entraînement métacognitif pour les patients ayant un TPB (B-MCT)**

A la lumière de la réponse sous-optimale aux thérapies décrite par plusieurs patients, l'effet de taille moyen de la psychothérapie, et le haut taux de dropout (Sollberger and Walter, 2010; Zanarini, 2009), il est devenu évident qu'il y a un besoin de mesures efficaces et accessible à tous pour compléter les diverses options de traitement. En outre, il apparaît nécessaire que la thérapie se concentre sur certains styles de pensées dysfonctionnels, nouvellement découverts, spécifiques dans le TPB (par ex., la confiance excessive dans la reconnaissance des émotions), aussi bien que les biais cognitifs déjà bien connus (par ex., la pensée dichotomique).

Notre équipe a produit ce concept éclectique complémentaire, qui est imputable à la thérapie cognitive et comportementale, sous la forme du B-MCT. Basés sur nos propres études préliminaires (Moritz et al., 2011; Schilling et al., 2012) et sur la réplique des résultats de la recherche fondamentale dans le domaine cognitif, l'unité d'entraînement du MCT pour les patients psychotiques (Moritz, Vitzthum et al., 2010b) et le MCT dans la dépression ont été ajustés aux modèles de pensées spécifiques (problématiques) au trouble de personnalité borderline. Plusieurs nouveaux exemples ont été ajoutés.

Des informations complémentaires sur le contexte théorique, la structure et la mise en oeuvre aussi bien que le contenu des modules de formations seront présentés par la suite.

**Nous vous souhaitons beaucoup de succès dans la conduite de l'entraînement!**

## Contexte théorique

En plus des considérations neuropsychologiques qui se concentrent sur des aires basales telle que la mémoire (pour analyse voir par ex., Dell'Osso, Berlin, Serati & Altamura, 2010; LeGris et van Reekum, 2006), la recherche sur les TPB est de plus en plus consacrée aux *biais cognitifs* spécifiques qui touchent à la sélection et au traitement de l'information. La recherche sur les altérations de la pensées spécifique dans le TPB est étroitement liée au concept de schéma (voir la section suivante). Récemment, la recherche a été influencée par les études expérimentales sur les distorsions cognitives dans la psychose (Bell, Halligan & Ellis, 2006; Freeman, 2007; Moritz et al., 2011; Moritz, Vitzthum et al., 2010a). Les paradigmes dans le domaine de la *théorie de l'esprit* (Domes, Schulze & Herpertz, 2009) et plus récemment sur la *confiance exagérée* (Schilling et al., 2012) ou les *attributions* (Moritz et al., 2011) se sont montrés utiles pour notre compréhension du TPB. Une partie des études précitées sont récapitulées par la suite. Pour une vue générale détaillée des processus cognitifs dans le TPB, veuillez-vous référer à l'article récent de Baer et al. (2012).

### *Les distorsions cognitives en lien avec les schémas de base: clivage et pensées dichotomiques*

La théorie cognitive des troubles de personnalité (Beck, Freeman & Davis, 2004) postule que les symptômes principaux, comme la dysrégulation émotionnelle et les problèmes interpersonnels spécifiques dans le TPB, sont probablement causés et maintenus par des schémas cognitifs dysfonctionnels (Domes et al., 2009). Les schémas désignent les croyances/connaissances de base qui constituent la compréhension qu'a une personne d'elle-même, des autres et du monde et qui sont facilement activables (Barnow, Stopsack, Grabe, Meinke & Spitzer, 2009). Une fois qu'ils sont activés, ils dominent le traitement de l'information et peuvent conduire à une perception déformée de l'environnement (Beck et al. 2004). Les schémas se manifestent dans des hypothèses fondamentales et influencent l'individu dans l'évaluation qu'il fait de lui-même, des autres et de l'environnement. Selon le modèle cognitif du TPB, il y a trois croyances fondamentales déformées qui dominent chez les patients avec un TPB : 1. "Je suis foncièrement mauvais et inacceptable,"; 2. "Je suis impuissant et vulnérable,"; 3. "Le monde (et les autres) est dangereux et hostile" (Pretzer, 1990). Il est établi que ces suppositions de base combinées amènent les personnes affectées à vivre des expériences contradictoires (Beck et al., 2004; Linehan, 1993; Pretzer, 1990; Renneberg and Seehausen, 2010). Par exemple, en raison de l'impression de vulnérabilité et d'impuissance (croyance fondamentale 2), le support social dans un monde perçu comme dangereux (croyance fondamentale 3) semble essentielle. Simultanément, ils ne peuvent pas faire confiance aux les autres. Cette contradiction contribue, entre autre, à une humeur instable et des difficultés dans les relations interpersonnelles pour les patients avec un TPB ; ils peuvent, par exemple, dans l'attachement anxieux à l'autre ou son rejet (Bhar, Brown & Beck, 2008).

En outre, comme conséquence de leurs croyances fondamentales conflictuelles, les personnes souffrant d'un TPB vivent probablement dans un état de vigilance excessive, également connu sous le terme d'hypervigilance (Sieswerda, Arntz, Mertens & Vertommen, 2007). Cette hypervigilance à l'égard des stimuli sociaux, qui signalent la menace ou le rejet, a été empiriquement démontrée (Arntz, Appels & Sieswerda, 2000; Sieswerda, Arntz, Mertens et al., 2007). Par exemple, un *test stroop émotionnel* révèle une latence de réponse plus importante dans l'énoncé de la couleur lorsque le mot présenté avait une valence menaçante (Arntz et al., 2000). En outre, il a été démontré qu'une psychothérapie couronnée de succès, réduit aussi l'hypervigilance dans le TPB (Sieswerda, Arntz & Kindt, 2007). De plus, plusieurs études (cf., Barnow et al., 2009) démontrent que les personnes avec un TPB attribuent plus de caractéristiques négatives et agressives aux autres que les sujets en bonne santé, ce qui pourrait aussi contribuer au vécu menaçant de la situation.

En plus de ces principales suppositions, le clivage, qui est un mécanisme de défense décrit par Otto Kernberg (1967), est fréquemment retrouvé: les personnes ayant un TPB ne semblent pas juger les expériences sur un continuum, mais dans des catégories exclusives et extrêmes, comme "bon" vs. "mauvais" (Dulz and Schneider, 2004). Ceci conduit à des interprétations extrêmes des événements

ou des autres personnes, et en conséquence, des réactions émotionnelles extrêmes. En outre, en lien à ce clivage, les aspects positifs et négatifs d'une personne ne peuvent pas être intégrés comme un tout, ce qui peut aboutir à une alternance d'idéalisation de l'autre et de désillusion (Kernberg, 1967). Dans les théories cognitives, le terme de "la pensée dichotomique" (ou "pensée en noir et blanc") décrit un processus tout à fait similaire au clivage, à la différence significative que la pensée dichotomique est multidimensionnelle (par ex., la bipolarité). En conséquence, les patients avec un TPB jugent les autres d'une façon extrême, cependant ils le font avec des valences mixtes, c.-à-d. qu'ils ont des attributions extrêmes positives ou négatives (Arntz and Veen, 2001; Napolitano and McKay, 2007).

En plus des postulats négatifs de base et de la pensée dichotomique, d'autres modèles de pensée, que nous allons récapituler ci-dessous, peuvent être trouvés dans le TPB. Elles forment la base des 8 modules d'entraînement.

Comme certains processus mentaux (par ex., les attributions) sont rarement pris en compte dans les concepts de traitements existants, leur concept théorique sera plus largement décrit. D'autre part, le contenu largement décrit dans la littérature, comme l'estime de soi dans le TPB, sera bref (avec leurs références littéraires respectives).

### *Erreurs d'attribution (module 1)*

Lorsque les gens vivent des événements significatifs, ils se demandent d'abord ce qui a provoqué cet événement, et ensuite ils en attribuent la cause (Heider, 1977). Des modèles d'attribution ont été intensément analysés avant tout dans la dépression, puis dans la schizophrénie. Dans un premier article, Westen (1991) a fourni une description détaillée d'un style d'attribution spécifique dans le TPB, qui est brièvement présenté ci-dessous.

Westen identifie l'égoïsme comme la première caractéristique du style d'attribution dans le TPB. Les premières études, avec des tests projectifs, ont révélé que les personnes avec un TPB ont tendance à être très égoïstes dans leurs attributions. L'égoïsme signifie, selon Piaget (1951), un manque de différenciation entre sa propre perspective et celle des autres, ou une sorte de façon d'être "englué dans son propre point de vue" (Looft, 1972). Ce style d'attribution se manifeste, selon Westen (1991) de trois différentes façons : Pour commencer, dans le TPB, les attributions sont liées à la personne, et les patients se perçoivent comme principal facteur causal des événements. Puis, en lien avec certains mécanismes de défense comme la projection, les patients ayant un TPB ne peuvent pas intégrer leurs propres perceptions et celles des autres comme faisant partie d'un tout. En conséquence, ils ont tendance à attribuer leurs propres motivations aux autres et vice versa. De plus, en se concentrant trop sur leurs propres sentiments (douloureux), les processus d'attribution ne sont pas même activés, ce qui signifie que les personnes affectées n'arrivent pas à accepter d'autres explications, même plausibles.

Comme deuxième caractéristique dans les styles d'attribution dans les TPB, Westen (1991) cite une tendance à attribuer à la *malveillance* (pour expliquer leur malchance, ils blâment des forces malveillantes externes). Ceci peut être rattaché aux biais négatifs en lien avec l'empathie et la reconnaissance des émotions (cf. la section sur la *Théorie de l'esprit*).

Basée sur des observations cliniques, la troisième caractéristique du modèle d'attribution dans le TPB représente l'*inexactitude* des attributions faites par les patients ayant un TPB. En conséquence, les explications causales sont fréquemment illogiques et inexacts (Silk, Lohr, Westen & Goodrich, 1989). À cela l'histoire de l'apprentissage social joue probablement un rôle important : dans la mesure où les actions parentales ont été souvent perçues comme capricieuses et difficilement explicables, le développement de la capacité à faire des attributions différenciées pendant l'enfance, a été contrarié (Westen, Ludolph, Block, Wixom & Wiss, 1990).

Finalement, comme ultime caractéristique de style d'attribution Westen cite la centration des émotions. En conséquence, les processus d'attribution semblent être polarisés dans les catégories respectives de "bien" et "mal", c.-à-d. que les attributions sont faites pour de "bons" motifs à de "bonnes" personnes et pour de "mauvais" motifs à de "mauvaises" personnes. De plus, comme seule une représentation univalente est activée, les événements relativement insignifiants deviennent

catastrophiques (par ex., “Il va me quitter parce que je suis sans valeur.”). Contrairement aux personnes souffrant de dépression, les patients ayant un TPB font de telles attributions globales sur eux et les autres, aussi pour les événements positifs (par ex., “Elle fait ça pour moi, parce que c’est une personne merveilleuse.”). Dans une de nos études (Moritz et al., 2011; Schilling, Moritz, Köther, Wingenfeld & Spitzer, 2010, November), en utilisant une version révisée d’*Internal, Personal and Situational Attributions Questionnaire* (IPSAQ-R; Kinderman and Bentall, 1996), nous avons démontré un style d’attribution altéré dans les TPB. Ces résultats sont en accord avec les rapports de Westen : les études ont montré que les patients ayant un TPB ont une plus grande tendance à s’allouer, dans une large proportion (en %), la cause des événements positifs *et* négatifs, que les individus contrôles sains. A contrario, les patients ont attribué, en ce qui concerne les événements positifs, une proportion causale significativement plus petite aux autres et presque aucune attribution causale à la situation. L’internalisation excessive des succès et des échecs vont dans le sens de l’égoïsme comme décrit par Westen (1991, “The self is viewed as the causal center of the social universe.” p. 217). Notre résultat démontrant que les patients ayant un TPB font des attributions monocausales est donc conforme à ces hypothèses (Moritz et al., 2011).

### *Rumination et pensée catastrophe (module 2)*

Les ruminations semblent être un symptôme central dans le TPB, marquant la sévérité et l’émergence de conduites dysfonctionnelles. Dans ce sens, l’*Emotional Cascade Model* (ECM; Selby and Joiner, 2009) postule qu’un affect négatif déclenche initialement la rumination. La rumination conduit alors à l’augmentation supplémentaire de l’émotion négative, qui mène à son tour à une rumination accrue. Finalement, ce cercle vicieux crée un état émotionnel extrêmement désagréable qui peut se conclure par des comportements autodestructeurs (par ex. l’automutilation, l’abus de substance). Ces derniers servent à diriger l’attention loin de l’état émotionnel désagréable et des ruminations. La validité de l’ECM a été démontrée de manière empirique. Dans un grand échantillon d’étudiants, Selby et al. (2009) a trouvé une relation significative entre la sévérité des symptômes dans le TPB et la rumination. De plus, la rumination est un médiateur entre les symptômes et les comportements dysfonctionnels (par ex., la boulimie). Une autre étude (Sauer and Baer, 2012) a constaté que de réfléchir, même quelques minutes, a un effet significatif sur l’humeur et la tolérance à la détresse chez les patients ayant un TPB. Ici, les symptômes dépressifs comorbides ne sont pas suffisants pour expliquer la rumination dépressive (Abela, Payne & Moussaly, 2003). Ainsi, Baer et al. (2012) fait une distinction entre les ruminations dépressives et les ruminations associées à la colère. La colère arrive vraisemblablement chez les patients borderline en relation avec les ruminations et est supposé être un prédicteur plus important dans les symptômes spécifiques dans le TPB que les ruminations dépressives (Baer et Sauer, 2011).

En résumé, les précédentes études soutiennent la supposition que pour les patients ayant un TPB, les ruminations peuvent accroître des états émotionnels intenses et désagréables. La colère et l’agressivité peuvent être particulièrement renforcées; en outre, les comportements dysfonctionnels peuvent être une conséquence des ruminations. Par contraste avec la dépression, la rumination dans le TPB semble se concentrer sur la colère et les soucis interpersonnels.

Selon plusieurs auteurs, la pensée catastrophe est une autre distorsion cognitive importante dans le TPB, qui amène à se centrer sur la survenue éventuelle d’événements négatifs dans l’avenir (Selby and Joiner, 2009). Cependant, dans de nombreux cas la pensée catastrophe peut être interprétée comme un épiphénomène de ruminations ou de pensées dichotomiques : la personne affectée n’est pas en mesure de compenser les différentes influences et perspectives et devient “pessimiste.” Les préoccupations centrées sur des pensées à valence émotionnelle négative détériorent secondairement d’autres domaines fonctionnels comme la mémoire (Domes et al., 2006). Lié à la crainte de l’abandon, la pensée catastrophe peut aussi jouer un rôle important dans des comportements comme l’accusation d’infidélité de son partenaire sans preuve valable (Selby and Joiner, 2009). En outre, dans des formes extrêmes, ce processus de pensée pourrait contribuer à alimenter des pensées de type paranoïde ou des idées délirantes.

### *Théorie de l'esprit (modules 3 et 5)*

Dans un 1<sup>er</sup> temps, *la théorie de l'esprit* ou les fonctions sociales-cognitives, comme l'empathie ou la reconnaissance des affects, ont été étudiées chez des personnes souffrant d'autisme ou de schizophrénie. Depuis les années 1990, la recherche porte une attention croissante aux paradigmes émotionnels dans le TPB, puisque les problèmes interpersonnels peuvent, entre autre, être attribués à des processus sociocognitifs altérés.

Dans les paradigmes de reconnaissance des émotions, les patients borderline ont des résultats comparables aux individus sains (pour en savoir plus, voir Domes et al., 2009). Cependant les études ont aussi constaté que les personnes affectées d'un TPB ont une tendance accrue à attribuer des émotions négatives, comme la colère ou le dégoût, à des expressions faciales neutres (Domes et al., 2008; Unoka, Fogd, Fuzy & Csukly, 2011). Cette perception négativement déformée est compatible avec la 3<sup>ème</sup> supposition de base du modèle cognitif ("le monde est dangereux et hostile") de Pretzer's (1990), précédemment cité, et peut contribuer à un sentiment de menace accrue – ou au sentiment d'hostilité chez les personnes ayant un TPB.

De plus, une de nos études a montré une confiance exagérée dans la reconnaissance des émotions chez les patients avec un TPB (Schilling et al., 2012). Ici, l'examen de la ToM a été effectué en utilisant une version révisée de *Reading Mind in the Eyes-Test* (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste & Plumb, 2001). En termes de taux d'erreur, les patients avec un TPB et les sujets sains avaient approximativement les mêmes résultats. Dans cette étude et pour la première fois, la confiance des participants dans leur réponse a aussi été investiguée : Comparé aux individus sains, les patients avec un TPB ont souvent déclaré qu'ils étaient certains à 100% de leur interprétation des expressions faciales présentées. Etant donné l'ambiguïté des stimuli présentés, ces réponses peuvent être considérées comme importantes et potentiellement lourdes de conséquences en cas d'erreurs et de confusions dans la vie quotidienne. Une confiance excessive similaire est aussi bien documentée chez les patients avec une psychose (e.g., Moritz, Woodward & Rodriguez-Raecke, 2006). De plus, il a été établi dans d'autres études des cognitions sociales (Arntz & Veen, 2001; Barnow et al., 2009), qu'en comparaison avec les individus sains, les patients avec TPB attribuent plus fréquemment des caractéristiques négatives et agressives aux autres personnes (en utilisant des scènes courtes de films). Ceci, peut, à son tour, augmenter la suspicion et le sentiment de menace. De plus, les patients avec un TPB démontrent fréquemment une forte sensibilité au rejet, ce qui a été empiriquement confirmé (Dulz, Herpertz, Kernberg & Sachsse, 2011; Staebler, Helbing, Rosenbach & Renneberg, 2011).

Les résultats variaient lors de l'application d'autres paradigmes expérimentaux à la théorie de l'esprit comme le *cartoon task* (Ghiassi et al., 2010), le *faux pas task* (Harari et al., 2010), et le *Movie for the Assessment of Social Cognition - MASC* (Preißler et al., 2010). Dans l'étude de Preißler et al. (2010), les patients avec un TPB ne montraient aucune difficulté dans le test *Reading Mind in the Eyes*; cependant, dans le plus complexe MASC de Dziobek et al., (2006), les patients ont démontré des déficiences dans la reconnaissance des émotions, des pensées et des intentions, comparé aux individus sains. Ici, la comorbidité avec un stress post-traumatique, les intrusions et les traumatismes sexuels sont des prédicteurs négatifs dans les compétences sociales et cognitives. Dans l'étude de Ghiassi et al. (2010), une corrélation négative entre la qualité de l'affection parentale (par ex., le manque de fiabilité émotionnelle, le rejet ou la surprotection) et les habiletés de mentalisation est devenue évidente (pour une description du concept de *mentalisation*, voir par ex., Bateman and Fonagy, 2004). En outre, Harari et al. (2010) ont rapporté des valeurs plus hautes en ce qui concerne l'empathie émotionnelle et plus faibles pour l'empathie cognitive chez les patients avec un TPB, qui était l'inverse des sujets contrôles sains.

Des récentes études indiquent une sorte "d'hypermentalisation" ou "hypersensibilité" chez les patients avec un TPB (Schulze et al., in press; Frick et al., 2012, Franzen et al., 2011; Sharp et al., 2011). Comme déjà expliqué dans la section sur l'attribution, les patients avec un TPB peuvent avoir des difficultés, en particulier lorsque de fortes émotions sont impliquées, à se mettre à la place des autres. Ceci peut être relié au style d'attribution "égocentrique", aussi bien que le fait d'être "englué" dans leur propre perception.

Pour une revue des cognitions sociales dans le TPB, veuillez-vous référer à Roepke et al. (2013).



### *Découvrir le positif (module 4)*

Les patients avec un TPB semblent avoir tendance à se focaliser sur les aspects négatifs de leur environnement (par ex, pendant la reconnaissance des émotions), et à se rappeler de ces informations négatives plutôt que des aspects positifs (Baer et al., 2012; Dulz et al., 2011; Jorgensen et al., 2012). En conséquence, le B-MCT est conçu pour enseigner aux patients à amener leur attention sur les aspects positifs de leur environnement, ou plutôt ne pas les perdre de vue. De plus, ce module s'attache aussi à la recherche de signification (cf. Frankl, 2006) comme dans le concept d'«acceptation radicale» de la thérapie comportementale dialectique (DBT; Linehan, 1993). Dans la mesure où il n'est pas toujours possible pour les personnes de modifier des situations d'elles-mêmes, il peut être utile dans le traitement et la manipulation de l'information de les accepter (pour une description détaillée du concept d'acceptation radicale, veuillez-vous référer à, par ex., Bohus and Wolf, 2009). De plus, les crises et les situations difficiles offrent toujours une opportunité pour un changement positif et peuvent être vues comme des défis. En plus de la perception altérée, les forces et les habiletés des patients devraient être reconnues, nommées et promues comme étant des ressources, plutôt que de rester orienté sur les déficits (cf., par ex., Fiedler and Renneberg, 2007).

Comme déjà mentionné au début, les patients avec un TPB montrent fréquemment des suppositions principales et des pensées contradictoires qui contribuent à des états émotionnels désagréables et qui peuvent mener à des intentions contradictoires (pour une description détaillée, ainsi que pour un outil de mesure des antagonistes cognitifs, voir Renneberg et al., 2005). On expliquera ces incohérences de la pensée et leurs conséquences possibles en termes d'actions et d'émotions, durant l'entraînement, en se référant à la théorie de la dissonance cognitive selon Festinger (1978).

### *Estime de soi (module 6)*

Dans une de nos études préliminaires et en comparaison avec des personnes en bonne santé et des patients souffrant de schizophrénie, les personnes avec un TPB ont le résultat le plus faible au niveau de l'estime de soi sur l'Echelle de Rosenberg (RSE; Rosenberg, 1965), un outil pour l'évaluation du respect de soi. Etant donné qu'il s'agit d'un sujet problématique dans le TPB, la TCD fournit un module qui permet d'élever l'estime de soi (cf. Jacob & Potreck-Rose, 2007; Jacob, Richter, Lammers, Bohus & Lieb, 2006). Dans notre formation, nous avons aussi dédié une séance à ce sujet et sur l'impact qu'ont nos processus cognitifs de traitement de l'information sur notre estime personnelle. Il est possible que les patients soient familiarisés avec ces informations par le biais de la TCD, cependant elles doivent être reprises et répétées en cette occasion.

### *Tirer des conclusions sans preuve (module 7)*

Le TPB est caractérisé par l'impulsivité (critère diagnostic 4, DSM-IV). Les patients ont souvent tendance à agir impulsivement, ce qu'ils peuvent regretter par la suite, les menant à développer des sentiments de culpabilité ou une estime de soi dégradée. L'impulsivité peut causer des conflits spécialement dans les contacts interpersonnels. Une distorsion de la pensée qui est bien documentée pour les personnes souffrant de schizophrénie (cf. par ex., Fine, Gardner, Craigie & Gold, 2007; Lincoln, Ziegler, Mehl & Rief, 2010) pourrait être liée à l'impulsivité : le prénommé jumping to conclusions bias (JTC). Ce biais cognitif pourrait se définir en français comme le fait de tirer des conclusions sans preuve. JTC est défini comme une tendance à fonder des jugements sur une quantité d'informations insuffisantes. Dans l'étude déjà mentionnée par notre groupe de travail, ce biais a été examiné sur des patients avec un TPB pour la première fois, à l'aide du test modifié de Garety, Hemsley & Wessely (1991). Comparé aux individus sains, les patients avec un TPB avaient tendance à faire des conclusions hâtives plus fréquemment, mais moins que chez les patients schizophrènes. En revanche, à travers l'auto-évaluation (*Cognitive Biases Questionnaire for Psychosis - CBQP*; Schwannauer et al., 2010) des patients ayant un TPB, on a pu objectiver, une inclinaison claire à faire des conclusions hâtives qui était plus marquée que pour les patients schizophrènes.

### *Humeur (module 8)*

Le trouble de la personnalité borderline est caractérisé par un haut taux de comorbidité avec des troubles affectifs. En conséquence, plus de la moitié des patients souffrent aussi de dépression (Tadić

et al., 2009; Zanarini et al., 1998). De plus, les patients avec un TPB ont tendance à avoir des exigences très élevées envers eux-mêmes (Jacob et al., 2006), qui peuvent avoir un impact négatif sur leur humeur et sur leur estime personnelle. Dans le module, les biais cognitifs qui vont dans le sens du développement et du maintien de la dépression sont discutés. Cela inclut les simplifications en “tout ou rien” (par ex., “Je suis une nullité complète, parce que j’ai fait une erreur au travail”), selon le concept thérapeutique comportemental et cognitif d’Aaron Beck (1979), aussi bien que la “surgénéralisation” (par ex., “Si j’échoue une fois, j’échouerai toujours”) des situations (pour les preuves empiriques de généralisations excessives voir, par ex., Carver, 1998). Dans ce sens, le thérapeute s’attachera à la prise de conscience des pensées défavorables par les participants et à leur remplacement par des pensées positives/ réalistes.

Pour une description plus détaillée des distorsions de la pensée dans la dépression, veuillez-vous référer au manuel de D-MCT (Jelinek et al., 2011).

## Résultats actuels sur l’efficacité

### *Résultats d’étude sur le B-MCT*

La praticabilité fondamentale de B-MCT et son acceptation par les patients a été expérimentée dans une étude préliminaire à la fin de 2010. Un total de 57 patients avec un TPB a été recruté dans le service des troubles de la personnalité du département de psychiatrie et psychothérapie du Centre Médical et Universitaire de Hambourg- Eppendorf. Les séances d’entraînement ont été menées une fois par semaine (dans des groupes allant jusqu’à 8 participants; chaque séance durant 60 minutes). Pour obtenir un retour initial quant à l’efficacité de l’entraînement, nous avons administré une version courte de la *Borderline symptom list* (BSL-23; Bohus et al., 2009), qui enregistre la sévérité des symptômes, avant et après la participation. De plus, nous avons enregistré des variables sociodémographiques et la médication.

L’évaluation a clairement montré un grand effet du traitement sur les symptômes détectés par la BSL-23 ( $F = 4.73$ ;  $p = .039$ ,  $\eta^2_{\text{partial}} = .154$ ). Les patients ont aussi eu l’opportunité de faire des propositions pour améliorer le contenu. Nous avons examiné le chevauchement possible avec d’autres interventions (par ex., TCD) à l’aide de questionnaires. Il est devenu évident que les participants ont largement estimé ce chevauchement avec d’autres interventions, incluant la TCD comme minime. Cependant, nous n’avons pas pu établir un groupe contrôle expérimental à cause d’un manque de ressources.

En raison des manques méthodologiques, les résultats devraient être considérés comme préliminaires et doivent être justifiés par des études en cours. En nous appuyant sur notre expérience basée sur les études préliminaires, l’outil pédagogique a été largement révisé et élargi.

Actuellement (à partir d’août 2013), deux études randomisées contrôlées sont exécutées (au Centre Médical et Universitaire de Hambourg-Eppendorf et au Centre Médical Asklepios Nord- Wandsbek) avec la version modifiée de B-MCT pour en tester l’efficacité (en comparaison avec un groupe de sport ou de relaxation). Un autre objectif de ces études est d’avoir une meilleure connaissance de la manière de penser des patients avec un TPB.

Les résultats d’études actuels sont publiés sur notre site internet et régulièrement actualisés ([www.uke.de/borderline](http://www.uke.de/borderline)).

Pour une présentation sommaire des précédentes études concernant l’efficacité du MCT pour les patients ayant une psychose, veuillez- vous référer à Moritz, Vitzthum et al. (2010a).

## Structure et contenu

Avant de présenter les modules en détail, nous aimerions vous présenter les aspects organisationnels. Le B-MCT est un programme d'entraînement cognitif et comportemental de groupe. Du fait que la plupart des aspects du programme sont explicites, et pour permettre leur adaptation lors de prise en charge individuelle de patients, nous avons fait un manuel relativement bref. En conséquence, la lecture du présent manuel ne se substitue pas à une lecture approfondie des concepts théoriques sous-jacents.

Le programme d'entraînement métacognitif pour les patients avec un TPB est constitué du matériel suivant (cf. [www.uke.de/borderline](http://www.uke.de/borderline)):

- 8 présentations PowerPoint® (format PDF)
- Manuel
- 8 photocopiés avec travail à domicile
- 1 carte rouge et 1 carte jaune
- Règle de groupes

### *Nombre de modules et fréquence des séances*

Le programme consiste en un ensemble de huit modules. L'administration de 2 séances par semaine s'est avérée efficace.

### *Durée des sessions*

Chaque session dure de 45 à 60 minutes.

### *Nombre de participants*

La taille du groupe peut varier entre 3 et 10 participants.

### *Ouverture de chaque séance*

Comme il s'agit d'un groupe ouvert et que de nouveaux participants peuvent le rejoindre à chaque instant, il est recommandé, le cas échéant, de commencer chaque nouvelle session par une brève introduction. Les patients expérimentés présentent alors le but et les détails de la formation aux nouveaux venus (cf. "Introduire le programme aux nouveaux participants"). De plus, il est approprié de commencer en demandant s'il y a des questions concernant la dernière séance; ou l'animateur peut demander quel contenu les participants ont déjà mis en œuvre.

### *Fin de chaque séance*

Même si tous les exercices ne sont pas terminés à la fin de la séance, l'animateur va directement aux diapositives de fin, qui résument les objectifs d'apprentissage. **Demandez aux participants ce qu'ils ont retenu de la séance et quelles stratégies ils aimeraient essayer.** Finalement, les prospectus englobant un bref résumé du contenu traité sont distribués. De plus, chaque nouveau participant reçoit une carte jaune et une carte rouge (qui ont grossièrement la taille d'une carte de crédit) à la fin de leur première séance, avec des instructions sur la manière de les utiliser. .

La carte jaune aborde trois questions fondamentales, que les patients peuvent consulter lorsque ça leur est nécessaire, par exemple, lorsqu'ils se sentent offensés ou insultés.

1) *Quelle est la preuve ?*

2) *Quels sont les points de vue alternatifs?*

3) *Même si c'est le cas- suis-je en train de réagir trop fortement?*

Ces questions sont destinées à aider le patient à reconsidérer les preuves disponibles avant de prendre une décision hâtive, potentiellement fautive et qui pourrait porter à conséquences.

La carte rouge est une carte d'urgence. Le patient est encouragé à y écrire les noms et téléphones des personnes et institutions qu'il peut contacter s'il a besoin d'aide. Les patients devraient toujours avoir les deux cartes avec eux (par ex., dans leur portefeuille).

### *Arrangement de la salle*

Une salle tranquille avec suffisamment de chaises et la possibilité de projeter des diapositives est requise.

### *Équipement technique nécessaire*

Un projecteur (beamer) et un laptop ou PC équipé d'Adobe Acrobat reader ® (téléchargement gratuit) est nécessaire. Les diapositives doivent être projetées en mode *plein écran* d'Adobe Acrobat.

### *Formation professionnelle de l'animateur*

Les animateurs doivent être, de préférence, psychologues ou psychiatres avec une longue expérience du trouble de personnalité borderline. Des infirmiers ou des ergothérapeutes spécialisés en psychiatrie peuvent également animer les groupes. Idéalement, ces personnes devraient déjà avoir conduit des groupes auparavant. En outre, ils devraient être familiarisés avec les crises dissociatives qui peuvent apparaître chez les patients avec un TPB.

### *Conseils généraux et faire face aux situations difficiles durant les séances*

Malgré les très bons retours que l'entraînement reçoit des patients dans notre clinique, des situations difficiles peuvent apparaître. Dans ce qui suit, nous fournissons des recommandations constructives sur la façon de faire dans de pareils cas.

Il est contre-productif de réagir de manière excessive au scepticisme de la part de quelques patients (particulièrement pendant la première session). Cependant, les comportements perturbateurs devraient être empêchés. L'animateur doit se référer aux règles de groupe (voir p. 17).

Comme les exemples dans chaque module doivent, principalement, servir d'encouragements, il est important de continuer à incorporer les propres expériences des participants dans la formation. Ceci illustre la pertinence du programme dans la vie quotidienne (en montrant la diapositive "Pourquoi faisons-nous ceci?"), demandez aux participants comment ils peuvent s'associer à la description. Ceci facilite pour la plupart des patients le lien entre eux et leur vie quotidienne. De plus, il peut être utile de prendre des exemples des sessions précédentes. Dans certains cas, il peut être aussi utile de se référer aux séances d'entraînement qui vont suivre et qui traiteront de certains thèmes de manière plus approfondie. Impliquez activement les patients, particulièrement pour les diapositives avec des questions ("?") et laissez le groupe discuter le thème ou l'exercice.

Si les patients critiquent les conseils pratiques en disant qu'il est trop difficile pour eux de les mettre en pratique, rappelez-leur qu'il s'agit d'un programme d'"entraînement". Vous pouvez, par exemple, utiliser la métaphore suivante: Notre cerveau est comparable à un muscle. Comme un muscle, il doit d'abord être entraîné, ce qui malheureusement prend du temps. Une autre métaphore utile : Route habituelle vs. Chemin de traverse. Par route habituelle, on entend des modèles cognitifs et comportementaux (défavorables) familiers. Cette route a été systématiquement utilisée par le passé et elle représente un parcours facile sur lequel vous pouvez conduire confortablement. Les chemins de traverses signifient de nouvelles pensées et de nouveaux comportements qui doivent être testés quelques fois avant qu'ils ne soient aussi accessibles que la route habituelle. Cela demande du temps, de la patience, et une certaine volonté. Mais ce nouveau parcours peut éventuellement devenir une habitude. Tout compte fait, les patients devraient être encouragés à essayer quelque chose de nouveau et tester comment ils peuvent modifier leur état émotionnel ou leurs relations interpersonnelles. De plus, pour augmenter la motivation, on devrait systématiquement rappeler aux patients leurs réussites. Pour finir, le programme d'entraînement ne représente qu'une modalité

thérapeutique ; ainsi, le contenu relevant du domaine personnel devrait être traité en thérapie individuelle. La participation simultanée à la TCD ou à un groupe de compétences est essentielle.

### *Faire avec le sentiment de rejet*

Les patients avec un TPB exposent souvent des craintes significatives concernant le rejet social présumé ou réellement expérimenté. D'abord, leur attention est particulièrement centrée sur les indices qui indiquent le rejet social ou l'exclusion. En même temps, ils semblent réagir avec plus de véhémence à de tels indices que les individus sains. De plus, les patients avec un TPB éprouvent le rejet émotionnel par les autres dans les expériences qui définissent les interactions sociales (par ex., Staebler, Helbing, Rosenbach & Renneberg, 2011), bien qu'objectivement ils n'aient pas été exclus du tout. En conséquence, en donnant le B-MCT, il est particulièrement important d'observer si la forme des modules transmis par l'animateur, à travers les gestes, la parole et le comportement, active potentiellement les symptômes des participants. Cela ne veut pas dire que le formateur doit peser ses mots ; cependant, en raison de la réactivité accrue des patients, il est raisonnable de réfléchir régulièrement si le ton qui est voulu, à savoir la "normalisation", n'a pas été perdu dans la routine. Ainsi, il peut être utile de présenter quelques exemples du quotidien au groupe. Des concepts tels que "C'est humain d'être pris au piège de sa pensée, mais cela peut souvent amener à des conséquences négatives" peuvent être utilisés en discutant de certains biais cognitifs. Le déclenchement du sentiment de rejet chez les participants peut être évité, en évitant certains termes brûlants comme "désordre" ou "maladie", lorsqu'ils ne sont pas exigés. Cela permet de limiter la résistance à surmonter, quand l'animateur abordera des contenus explicitement créés pour faire des liens entre les altérations de la pensées et le trouble de personnalité borderline (par ex., diapositive: "Pourquoi faisons-nous cela?").

### *Introduire le programme à de nouveaux participants*

L'entraînement métacognitif est un programme ouvert. Les patients peuvent entrer à n'importe quel moment durant le cycle. Chaque nouveau participant doit être informé du propos du programme – idéalement par des participants expérimentés, avec l'aide de l'animateur. En premier lieu, le terme *métacognition* doit être expliqué. *Meta* est grec et signifie au-dessus, *cognition* se réfère aux processus mentaux complexes comme l'attention, la mémoire et la résolution de problèmes. Ainsi le but des métacognitions est de réfléchir sur notre manière de penser, sur nos propres pensées. Pour soutenir cette explication aux nouveaux participants, utilisez les premières diapositives d'introduction générale (titrée "Un événement – plusieurs émotions possibles") qui précèdent chaque module. Présentez les diapositives d'introduction générale seulement s'il y a de nouveaux participants. Les exemples, différents dans chacun des 8 modules, illustrent la manière dont les pensées peuvent avoir un impact sur les émotions et les comportements. Pour ces diapositives, il est important de souligner que le B-MCT est un module thérapeutique qui cible les pensées. Au cœur du programme se trouvent les processus cognitifs, qui d'après les connaissances actuelles, sont impliqués dans le développement et le maintien du TPB. Il devrait être souligné que tous les patients ne montreront pas tous les biais cognitifs en même temps. Il est aussi important de dire aux participants qu'ils vont peut-être se retrouver dans certains contenus de l'entraînement plutôt que dans d'autres. En outre, une normalisation devrait être faite quant au fait que certains modèles de pensée défavorable peuvent se retrouver occasionnellement chez tout le monde, pas seulement dans le TPB, mais généralement pas avec la même intensité. Lors de l'introduction de chaque unité d'entraînement, il est important de rappeler à quel point les modèles de pensées extrêmement dysfonctionnels ont un impact dans la vie quotidienne. La relation entre les objectifs d'apprentissage et les difficultés de la vie quotidienne doit être régulièrement soulignée. Pour cela, chaque module inclut quelques diapositives soulignant leur caractère pratique (diapositives: "Pourquoi faisons-nous cela?" et "Influence sur le comportement"). Le premier objectif du programme d'entraînement est de transférer les objectifs d'apprentissage à la vie quotidienne.

Puisque des patients souffrent régulièrement de tensions émotionnelles, les compétences de tolérance à la détresse selon la TCD de Linehan (1993) peuvent aussi être prises pour thème au début de l'entraînement. En particulier lorsque les patients sont suivis en TCD ou assistent à un groupe de compétences et connaissent le concept. Il est aussi important de souligner, qu'il est difficile d'avoir accès et de modifier le fil des pensées lorsqu'il y a un envahissement émotionnel. Par conséquent, les

patients devraient pratiquer ce qui est vu durant les sessions à un niveau moyen de tension émotionnelle (en prévention).

### *Critère d'inclusion et d'exclusion*

L'entraînement a été conçu pour les patients ayant un diagnostic de trouble de personnalité borderline/ trouble de la personnalité émotionnellement labile (ou de type impulsive). La participation est également recommandée pour les patients qui présentent une partie des critères. MCT pour les patients psychotique est l'option recommandée pour les patients ayant présenté des symptômes psychotiques dans le passé, en particulier lors d'idées délirantes (<http://www.uke.de/mct>).

### *Atmosphère*

- 1) Bien que le programme de formation soit très structuré, les patients devraient avoir assez de temps pour exprimer leur point de vue et échanger leur avis, d'autant plus que la prise de conscience de soi et l'autoréférence sont essentielles pour réussir à transférer les compétences à la vie quotidienne. Il n'est pas nécessaire de réaliser toutes les tâches en séance.
- 2) Les participants ne devraient pas être forcés à s'engager, et le formateur devrait agir de manière encourageante et non paternaliste.
- 3) Si des problèmes de communication sont observés, le formateur devrait rappeler les règles de groupe (voir la section suivante), qui inclut, entre autres, les règles de base d'engagements interpersonnels (par ex., écouter les autres, respecter les différentes opinions). Les commentaires critiques à l'égard d'autres participants devraient être découragés.
- 4) Créer une atmosphère amicale et si possible pleine d'humour. Les exercices devraient être amusants et interactifs.

### *Règles de groupe*

Le matériel inclut un tableau contenant les 10 règles de groupe répertoriées du programme. Elle peut être imprimée dans un format "affiche" et affichée dans la salle à la vue de tous. Quand de nouveaux participants débutent le groupe, ils devraient prendre acte des règles.

Pour la suite, nous décrivons les domaines ciblés et les tâches de base pour chaque module. L'objectif du module, ainsi que les recommandations générales et spécifiques pour son administration sont ensuite présentés.

## **Module I: Attribution**

### *Domaine cible*

Les altérations du style d'attribution, particulièrement l'attribution unilatérale pour laquelle la cause de la plupart des événements est attribuée à soi-même.

### *Contenu du module*

Présentez les diapositives générales d'introduction (diapositives 1-13) qui précèdent chaque module seulement s'il y a de nouveaux participants. Autrement, vous pouvez commencer à la diapositive 14.

Au début (diapositives 15-27), la notion d'"attribution" est expliquée aux participants au moyen d'exemples. Sur la diapositive 19, les participants doivent donner les raisons différentes pour une situation donnée ("Un ami est en retard à un rendez-vous avec vous."). Ceci est suivi par une division en trois catégories fondamentales: soi-même, les autres, les circonstances. Conformément à ces 3 groupes, différentes causes doivent être trouvées pour la situation décrite à la diapositive 23 ("Vous sortez de l'hôpital, mais vous ne vous sentez pas mieux."). Sur la diapositive 26, les participants sont encouragés à trouver des réponses équilibrées qui incluent de préférence les 3 groupes fondamentaux.

Les diapositives suivantes (28-41) familiarisent les participants avec les distorsions d'attributions extrêmes et leurs conséquences possibles (par ex., toujours rejeter la faute sur les autres peut amener des tensions interpersonnelles). Il est demandé au groupe de discuter différentes attributions nuancées pour une situation positive et une situation négative.

Puis (diapositives 44-60), le formateur et les participants énumèrent les effets, à court et long terme, de toujours relier le comportement des autres à soi. Des stratégies, qui doivent aider à éviter les attributions très personnelles, sont présentées (par ex, la mise en perspective). Un diagramme en forme de gâteau ou camembert (diapositives 60-61) illustre qu'il peut être intéressant de s'ouvrir à des explications alternatives et de ne pas toujours s'attribuer "la plus grosse part" à soi-même. Visualiser les attributions défavorables avec l'aide du diagramme peut faciliter à les voir plus clairement.

Les descriptions suivantes des erreurs fondamentales d'attribution (diapositives 62-68) montrent aussi que l'impact de la situation (circonstances/hasard) est souvent oublié ou sous-estimé.

Comme expliqué précédemment, les participants doivent d'abord débattre des facteurs situationnels possibles lors d'événements négatifs. L'objectif de cette unité est de ne jamais trouver de réponses définitives : son but est plutôt de considérer différentes causes possibles. Même en traitant des événements qui semblent seulement tenir compte d'une seule explication plausible (par ex., "Quelqu'un vous dit que vous n'avez pas l'air bien"; explication possible: "Ce n'est pas une véritable amie et elle veut me faire de la peine"), d'autres explications devraient être prises en compte (par ex., "La personne veut exprimer de l'empathie" ou "Actuellement, je ne me sens pas bien").

Après les diapositives "Objectifs d'apprentissage" (74-77), ce module explique comment les émotions peuvent être aussi faussement attribuées (diapositives 78-87; étude de Dutton & Aron, 1974).

### *Matériel*

Les exercices viennent du programme EMC pour patients psychotiques et sont analogues aux items de l'*Internal, Personal, Situational Attribution Questionnaire* (IPSAQ, Kinderman and Bentall, 1997). La contribution des artistes et des photographes, dont nous avons utilisé les productions, est signalée à la fin de la présentation.

### *Objectifs du module*

Dans les exercices, les patients sont encouragés à trouver des explications dans différentes situations en considérant trois sources possibles : soi-même, les autres et des facteurs situationnels. Il s'agit de considérer différentes possibilités afin de changer les schémas cognitifs dysfonctionnels (par ex., "C'est toujours de ma faute" vs. "C'est toujours de la faute des autres"). L'objectif principal de ce module est de souligner la multitude des facteurs qui peuvent induire un incident ou scénario. Comme souligné plus haut, cela fonctionne même pour les situations dans lesquelles une unique explication semble possible en premier lieu.

### Conseils généraux

Les réponses proposées servent d'exemple et ne sont pas des solutions définitives. Les opinions des participants peuvent dévier de celles-ci. Le formateur peut utiliser les diapositives 27-33 (recevoir un compliment) pour se référer au module "Découvrir le positif", dans lequel ce sujet est traité sous différents aspects. Dans la partie exercice du module (depuis la diapositive 69), l'animateur peut créer de nouveaux exemples ou demander aux participants de le faire. Cependant, l'animateur doit s'assurer que les discussions ne deviennent pas trop personnelles. Il y a de nombreux exercices, si bien qu'il faut éviter d'ennuyer les patients avec une longue réflexion sur une seule tâche.

Une fois que plusieurs alternatives ont été exprimées, le groupe peut sélectionner la cause la plus plausible avec l'animateur. Les conséquences possibles des interprétations devraient être estimées.

Lorsque les "erreurs fondamentales d'attribution" sont expliquées, il devrait être clair pour les participants qu'il s'agit d'une disposition générale de l'être humain et non pas d'une spécificité du TPB.

### Conseils spécifiques (exemples)

En discutant des scénarios négatifs, laissez les participants commencer par les 'circonstances'. En discutant des positifs, laissez-les commencer par 'Moi-même'. Discutez de la plausibilité de chaque explication avec les patients.

Scénario	Attribution		
	Moi-même	Les Autres	Circonstances/hasard
1. Ne pas avoir l'air en forme	Je me sens mal. Je suis malade.	Cette personne dit souvent ça, c'est juste une façon de parler. Cette personne cherche à m'insulter. Cette personne cherche à exprimer son inquiétude.	Tous mes collègues étaient en vacances à part moi. Peut-être n'ai-je pas l'air aussi en forme qu'eux.
2. Souper	Je lui ai rendu service (par ex., je l'ai aidé dans son travail).	Il est très généreux. Il veut se faire pardonner pour quelque chose.	Il a gagné au loto (peu probable). C'est mon anniversaire.
3. Bébé pleure	Je ne sais rien sur les bébés et je ne l'ai pas tenu de la bonne manière.	Le bébé à faim.	Certaines fois, les bébés pleurent sans raisons. Le bébé vient de se faire piquer par une guêpe (peu probable)
4. Refus d'aide	Je ne l'ai pas aidé même lorsqu'il me l'a demandé	En général, il ne donne pas de coup de main pour ce genre de tâches. Il pense que je peux me débrouiller seul.	Il est très occupé en ce moment.



## **Module 2 : Ruminations et pensée catastrophe**

### *Domaine cible*

Les ruminations ; la pensée catastrophe

### *Contenu du module*

Présentez les diapositives générales d'introduction (diapositives 1-13) qui précèdent chaque module seulement s'il y a de nouveaux participants. Autrement, vous pouvez commencer à la diapositive 14.

Commencez en expliquant la signification et la définition du terme "ruminations" avec les participants (diapositive 14). Puis, abordez le fait que les ruminations tournent principalement sur des sujets d'ordre interpersonnel et qu'elles sont accompagnées d'émotions négatives (diapositives 16-22). Dès la diapositive 23, les caractéristiques spécifiques des ruminations sont différenciées de la réflexion et de la résolution de problème. Les métacognitions dysfonctionnelles par rapport aux ruminations (par ex., "Ruminer m'aide à résoudre les problèmes.") doivent être questionnées et modifiées. De plus, informez que pendant les ruminations les pensées sont souvent générales et vagues ; les patients se demandent "pourquoi" plutôt que "comment" ou "quel" (par ex., "Pourquoi cela m'arrive-t-il à moi plutôt qu'aux autres ?" au lieu de "Qu'est-ce qui arrive exactement ? Comment puis-je changer la situation?").

A partir de la diapositive 37, nous présentons des exercices pour contrer les ruminations. Il est important de souligner que plusieurs stratégies devraient être essayées, étant donné que tous les exercices ne fonctionnent pas pour tout le monde. De plus avant de présenter les exercices anti-ruminations, demandez aux participants s'ils ont déjà trouvé des stratégies qui fonctionnent pour eux. L'exercice corporel à la diapositive 40 doit se faire activement avec les participants pour démontrer qu'il n'est pas possible de ruminer en même temps. Il est important de prolonger l'exercice.

Si l'animateur connaît d'autres exercices contre les ruminations, il peut, bien entendu, les ajouter (par ex., il peut être aidant d'écrire les ruminations pour les revoir plus tard ; ou introduire un exercice de respiration profonde).

La "pensée catastrophe" est traitée en seconde partie du module (diapositive 45). Beaucoup de patients sont familiers de ce modèle de pensée. Souvent, les patients se référeront à l'abandon supposé de leur partenaire. L'objectif est de transmettre aux participants qu'à la place de chaque "prédiction négative", une alternative moins catastrophique est possible, et qu'ils peuvent ainsi sortir de ce modèle de pensée. De plus, basé sur le catastrophisme, une estimation fautive (et clairement exagérée) de probabilités est montrée aux patients (diapositives 49-51). Puis (diapositives 52-62), listez et discutez les effets possibles de "faire des prédictions sur l'avenir" avec les participants (par ex., les prophéties auto-réalisatrices).

Un exercice est présenté à la fin du module (diapositive 63) pour imaginer le "biais de confirmation". Trois images différentes sont présentées (inondation, tempête et feu). Il est demandé aux patients de trouver un terme générique correspondant (la nature), en proposant de nouveaux éléments qui iraient dans la catégorie présumée (par ex., l'éruption volcanique). L'animateur répond par oui ou non, selon si les objets correspondent au terme générique ou non. Étant donné que les images proposées suggèrent (faussement) le terme de "catastrophe naturelle", la plupart des personnes font des suggestions qui vont seulement dans le sens de cette catégorie. Pratiquement personne n'avance des hypothèses alternatives ou propose des objets qui ne correspondent vraisemblablement pas au terme, afin de vérifier leur idée. Cet exercice démontre que, souvent, nous ignorons des sources d'information qui ne sont pas en accord avec nos opinions ou nos attentes (par ex., des journaux, certains programmes télé, des livres). En conduisant l'exercice avec un grand groupe, il est possible que certains aient déjà fait l'exercice ou devinent la réponse rapidement. Ne confirmez pas cette réponse tout de suite, mais attendez d'autres propositions.

### *Matériel*

Le contenu a été produit en utilisant le D-MCT par Jelinek et al. (2011).

### *Objectif du module*

L'objectif est de clarifier que la rumination n'aide pas à résoudre les problèmes. Les croyances positives concernant les ruminations devraient être questionnées s'il y a lieu, puisqu'elles peuvent favoriser le processus de rumination (cf. Wells, 2009). Les exercices discutés doivent aider les participants à échapper au cycle de la rumination et du catastrophisme.

### *Conseils généraux*

Le cercle vicieux des ruminations, des émotions négatives et des comportements dysfonctionnels (voir la théorie, p.8) devrait être expliqué aux participants, en utilisant la diapositive 22, par exemple (les émotions qui vont avec les ruminations). D'autres exercices pour contrer les ruminations peuvent bien sûr être ajoutés quand c'est nécessaire.

### *Conseils spécifiques (exemples)*

Dans ce module, il est particulièrement important de créer un échange entre les participants. Une méthode aidante est de leur demander en premier lieu quelles techniques les aident personnellement et quelle est leur expérience précédente avec les exercices. De plus, il est recommandé de se référer aux exemples d'anciens participants et de mentionner les nouvelles astuces contre les ruminations (par ex., "Un patient a rapporté qu'en de tels instants, il trouve aidant de faire un Sudoku. Pensez-vous possible d'essayer ?").

## **Module 3: Etre empathique I**

### *Domaine cible*

Théorie de l'esprit ; augmenter la certitude dans les jugements et une perception accrue dans la perception des émotions négatives chez les autres (biais négatifs); hyper-mentalisation.

### *Contenu du module*

Présentez les diapositives générales d'introduction (diapositives 1-13) qui précèdent chaque module seulement s'il y a de nouveaux participants. Autrement, vous pouvez commencer à la diapositive 14. Dans l'idée d'intégrer que les visages sont des indices importants pour déduire les motivations interne d'une personne mais que ce ne sont pas des preuves définitives, quatre images montrant un athlète, un psychologue, un acteur et un criminel violent (diapositive 15), sont présentées au tout début de la séance. Beaucoup de personnes se trompent dans cet exercice. La solution n'est révélée qu'à la fin de la séance. Au cours de la séance, il est demandé aux participants de décrire comment ils s'identifient aux autres personnes, quelles sources d'informations ils utilisent, et à quel point ces sources sont fiables (diapositives 16-23). Par la suite, nous fournissons la preuve du lien avec le TPB ("Pourquoi faisons-nous cela?"; diapositive 25-27) et un exemple des effets d'une mauvaise interprétation sur le comportement (diapositives 28-35). De plus, l'effet de notre propre état émotionnel sur nos perceptions/jugements sur les autres est discuté aux diapositives 35-41. Puis suivent deux diapositives illustratives (42-43) dans lesquels l'émotion de *surprise* est dépeinte de 3 manières différentes. Expliquez les façons dont une émotion négative (dégoût, rejet) peut être interprétée, selon notre humeur (en particulier sur l'image en haut à gauche). Après la première conclusion (diapositive 45), un exercice sur la mise en perspective est proposé sur les diapositives 46-51. Les diapositives 52-58 nomment les émotions de bases et les attribuent à des personnes et des visages. Puis, nous donnons des exemples démontrant que les expressions et les gestes peuvent être interprétés différemment, selon l'environnement culturel et l'âge (diapositives 59-62: "A Rome, fais comme les romains"). Dans le bloc d'exercices suivant (diapositives 63-88), des images montrant différentes expressions faciales sont proposées. Il est demandé aux participants de juger comment les personnes peuvent se sentir, et de discuter de la plausibilité des quatre interprétations alternatives. Ensuite, la réponse correcte est surlignée (plusieurs d'entre elles sont accompagnées par l'image complète). De plus, les conséquences de mauvaises interprétations dans la vie quotidienne peuvent être discutées, particulièrement lorsque les visages sont interprétés de manière négative (par ex., en percevant les expressions faciales neutres ou réfléchies comme hostiles).

### *Matériel*

Le matériel vient principalement de l'EMC pour patients psychotiques. La contribution des artistes et des photographes, dont nous avons utilisé les productions, est signalée à la fin de la présentation.

### *Objectifs du module*

La première partie du module d'entraînement démontre l'importance des expressions faciales et des caractéristiques externes pour comprendre l'état psychique et les sentiments internes d'une personne. En même temps, il montre que les expressions émotionnelles et le comportement des autres peuvent facilement être mal interprétés ou sur-interprétés. Les participants devraient donc apprendre à se centrer plus sur le contexte des événements. Dans l'idée d'interpréter adéquatement les expressions faciales, il est important de considérer d'autres sources d'information (par ex., les facteurs situationnels, le contexte personnel). Par-dessus tout, les patients devraient être encouragés à toujours tenir compte de la possibilité qu'ils ont tort dans leur évaluation.

### *Conseils généraux*

Les patients devraient prendre en compte le contexte, lorsque qu'ils déduisent l'interprétation la plus plausible. Soulignez la faillibilité des premières impressions et le besoin de garder l'esprit ouvert. Utilisez des exemples pour souligner la pertinence dans la vie quotidienne. La tendance à sur-

interpréter des expressions faciales comme négatives et les conséquences à agir ainsi (par ex., percevoir la menace ou l'hostilité) devraient être discutées.

### *Conseils spécifiques*

L'animateur peut ignorer certains exercices.

### *Indices pour trouver l'interprétation correcte*

Il n'y a pas d'indices particuliers pour les deux premiers exercices. L'objectif d'apprentissage principal doit montrer que les expressions du visage peuvent induire en erreur (particulièrement approprié pour l'interprétation d'expressions négatives ou hostiles) et que des informations complémentaires devraient être recueillies avant d'arriver à une conclusion solide. Les solutions peuvent être déduites du contexte plutôt que des gestes (par ex., le bonheur = la femme avec le voile de mariée à son mariage ; colère = l'homme serrant le poing) dans les diapositives "Différentes émotions/sentiments" dans la première partie du module.

## **Module 4: Découvrir le positif**

### *Domaine cible*

Maniement de l'éloge et de la critique ; attention exagérée sur les informations négatives de l'environnement ; dissonance cognitive.

### *Contenu du module*

Présentez les diapositives générales d'introduction (diapositives 1-13) qui précèdent chaque module seulement s'il y a de nouveaux participants. Autrement, vous pouvez commencer par la diapositive 14.

Demandez aux participants de décrire ce qui pourrait être entendu par "Rejeter le positif" (diapositive 15). Les diapositives 17-20 montrent comment gérer les commentaires positifs (et le rejet constant des retours positifs). A ce point, soulignez la difficulté à accepter les compliments, car ils contredisent souvent une très mauvaise perception de soi. Cette perception de soi a, dans plusieurs situations, été acquise dans la petite enfance (par ex. dans un environnement invalidant). Au début du module, mentionnez que le fait de continuellement nier les compliments et d'accepter les critiques rendra difficile l'amélioration de la condition des patients. Les diapositives 21-25 proposent comment mieux accepter les compliments. L'objectif principal ici, est d'encourager les patients à faire particulièrement attention aux commentaires positifs les prochains jours. En faisant cela, ils devraient essayer "de supporter les compliments" plutôt que de le rejeter immédiatement. La diapositive "Quand faites-vous des compliments?" souligne qu'il y a une intention positive derrière (presque) chaque compliment (par ex., montrer l'appréciation, motiver, donner du courage...). D'ailleurs, on devrait demander aux participants si c'est le cas lorsqu'ils font des compliments aux autres. Comme généralement leur réponse est positive, l'animateur peut légitimement leur demander pourquoi la même réponse ne devrait pas s'appliquer aux autres personnes.

La diapositive 26 sert à montrer un court-métrage ("validation" de Kurt Kuenne, voir <http://www.youtube.com/user/AGNeuropsychologie>). Il s'agit d'un petit film qui démontre ce que les compliments peuvent produire chez les autres et l'impact positif que ça peut avoir sur notre humeur. De plus, les patients devraient essayer de rassembler leurs atouts/ressources sur les diapositives 40-44.

Dès la diapositive 45 commence le deuxième bloc thématique sur le thème de la dissonance cognitive (selon Festinger, 1978). Discutez et mettez en doute les effets des pensées contradictoires et des croyances générales sur les comportements et sentiments, en utilisant des exemples. Au cours de l'exercice, les patients devraient, en outre, être encouragés à prêter attention aux aspects positifs de la vie quotidienne. De plus, ils devraient essayer de trouver quelque chose de positif ou une signification même dans les événements qui semblent vraiment difficiles ("Que puis-je apprendre pour l'avenir ?"). Ceci aidera les patients à découvrir les aspects positifs de situations apparemment désespérées ou négatives au fil du temps. L'idée est de réussir à comprendre que la vision du passé peut s'améliorer. Un espace pour les exemples des patients devrait être proposé.

A la fin du module (diapositives 76-77), discutez du changement de diagnostic avec le temps (par ex., le diagnostic de trouble de personnalité doit être vérifié après deux ans, en particulier en lien avec les catégories actuelles plutôt que sur le plan diagnostique dimensionnel (cf. la version révisée du DSM-V)). Transmettez aux patients qu'avec le temps, certains symptômes peuvent s'effacer. A ce point, il peut être recommandé d'expliquer quels sont les critères pertinents du TPB (psychoéducation).

### *Matériel*

Les premières diapositives sur recevoir les compliments et les critiques sont adaptées du D-MCT (Jelinek et al., 2011). Les diapositives concernant la sensibilisation à l'égard des points forts viennent de l'EMC pour patients psychotiques. La contribution des artistes et des photographes, dont nous avons utilisé les productions, est signalée à la fin de la présentation.

### *Objectifs du module*

L'objectif de la séance est, avant tout, d'améliorer le traitement du compliment et de la critique. L'attention directe est portée sur les aspects positifs des patients (conscience des ressources), ainsi

que sur les aspects positifs des situations de la vie quotidienne. De plus, essayez d'instruire les patients sur le TPB (par ex., l'évolution du trouble).

### *Conseils généraux*

Incluez les exemples des patients, et abordez toutes les questions qui se présentent. Mettez en évidence l'altérabilité des styles de pensée, incluant les attitudes auto-dégradantes, à condition que les patients participent aux sessions de manière systématique.

### *Conseils spécifiques (exemples)*

Le sujet sur les compliments peut être vraiment très difficile, car il peut être teinté d'émotions négatives pour plusieurs patients. Traitez ce sujet avec bienveillance et attention, et anticipez l'apparition possible de symptômes dissociatifs. Par exemple, si les participants ont surtout subi des critiques ou des propos dévalorisants dans leur enfance, indiquez-leur qu'ils ne doivent pas accepter chaque critique de leur valeur nominale. De plus, une frontière intérieure devrait être construite. Indiquez que les critiques de soi peuvent aussi révéler quelque chose sur l'autre, et qu'elles ne devraient pas être prises comme une critique constructive (mais comme une insulte).

## Module 5: Etre empathique II

### Domaine cible

Théorie de l'esprit complexe et cognition sociale ; mise en perspective

### Contenu du module

Présentez les diapositives générales d'introduction (diapositives 1-13) qui précèdent chaque module seulement s'il y a de nouveaux participants. Autrement, vous pouvez commencer à la diapositive 14.

Au début du module (diapositive 15-18), discutez avec les participants des indices qui les aident à porter un jugement sur une personne (par ex., le langage, la gestuelle). Discutez de manière approfondie des faiblesses et des avantages de chaque critère avec le groupe (diapositives 19-31).

A la diapositive 23 vous pourrez discuter avec les participants à quels clichés ou préjugés ils ont déjà été confrontés (par exemple, relatifs à leur diagnostic ou à leur état de patient hospitalisé en psychiatrie) et comment ils ont pu faire face. Comme démontré dans une étude en diapositive 32-40, les effets des mots doivent être clarifiés. La pertinence du changement de perspective pour son propre comportement est présentée sur les diapositives 51-53.

Depuis la diapositive 54, nous présentons des séquences de bandes dessinées, pour lesquelles il est demandé aux participants de se mettre à la place d'un protagoniste, et de déduire ce que le personnage peut penser d'une personne ou de certains événements. La plupart des diapositives sont présentées dans l'ordre séquentiel inverse, avec la conclusion montrée au début, tandis que les autres tableaux ne sont pas montrés. Avec chaque nouveau tableau, on présente des éléments supplémentaires du contexte. Il est proposé de demander aux participants au début de la séquence (c.-à-d., le dernier tableau), s'il y a besoin de renseignements supplémentaires ou si la solution est évidente. En fait, la chaîne des événements sera mise en évidence à la lumière des différents tableaux. Cependant, pour une grande partie des images, aucune interprétation définitive n'est possible. Dans ce cas, les participants doivent faire des propositions sur les renseignements supplémentaires nécessaires pour choisir une alternative. En outre, discutez avec le groupe quelle interprétation est la mieux soutenue par les renseignements disponibles. Les instructions particulières pour l'interprétation des séquences sont disponibles dans le tableau ci-dessous.

### Matériel

Pour une grande partie, le matériel vient de l'EMC pour patients psychotiques. Les *comic strips* ont été dessinés avec nos instructions par Britta Block, Christin Hoche and Mariana Ruiz-Villarreal. La contribution des artistes et des photographes, dont nous avons utilisé les productions, est signalée à la fin de la présentation.

### Objectifs du module

Il est enseigné aux patients la différence entre leur niveau d'information comme "spectateur omniscient" et les faits disponibles pour les protagonistes. Dans plusieurs scènes – comme dans la vie réelle- aucune explication définitive ne peut être donnée. Donc, les participants devraient proposer quelles informations supplémentaires sont nécessaires pour pouvoir vérifier une des hypothèses. Avant de faire des jugements finaux (hâtifs) sur une situation (ou sur d'autres personnes), on devrait considérer d'autres points de vue.

### Conseils généraux

Laissez les participants décrire chaque image d'une scène à tour de rôle. Intervenez si les descriptions vont au-delà de l'image présentée ou quelles incluent des suppositions injustifiables. Les participants devraient prendre les perspectives/points de vue des différentes personnes/groupes. A noter que les formateurs devront passer de nombreux exercices pratiques au besoin, afin de laisser du temps pour récapituler les points d'apprentissage en fin de module.

### Indices pour arriver aux interprétations correctes sur les images

Exercice	
----------	--

1 (homme obèse)	Il est important de comprendre que les gens dans le café n'ont pas vu l'homme avec la scie. Ainsi les gens auront tendance à considérer que la chaise a cédé à cause du poids de l'homme. Cependant la chaise se serait probablement aussi cassée avec une personne plus légère
2 (voiture)	On ne peut pas vraiment dire si la femme va considérer les mots de l'homme comme une simple information ou comme un comportement condescendant.
3 (accident)	Etant donné les informations de la première diapositive (la dernière chronologiquement), il est difficile de déduire ce qu'est en train de penser l'officier de police. On présume que le conducteur est désorienté, mais on ne sait pas si c'est seulement lié à l'accident. A ce point cependant, cette explication est plausible. Lorsque d'autres diapositives sont présentées, les participants prennent conscience qu'un cerf a traversé la route avant l'accident. Avec la conclusion de la première image chronologiquement, il est clair que l'homme a bu de l'alcool. Il est important de rappeler au groupe, qu'ils ont plus d'informations que l'officier de police, cependant, il est possible que l'officier sente une odeur d'alcool, amenant à ce qu'il pense que l'intoxication à mener à l'accident, bien que réellement la situation soit plus complexe.
4 (mauvaise nouvelle)	Dans la première image (la dernière chronologiquement) il est difficile de décider si le chef est sans cœur. La seconde image disponible, montre la femme en train de pleurer, indiquant qu'elle peut avoir des raisons légitimes d'être en retard. L'image finale indique que la femme a des problèmes de santé. On ne peut pas réellement savoir si son chef savait qu'elle avait rendez-vous chez son médecin ou s'il est sans cœur. Au contraire, si la femme est souvent en retard au travail, la frustration du chef est compréhensible. D'un autre côté, dans la dernière image chronologiquement, le chef aurait pu agir avec plus de considération en voyant son employée pleurer, et dans ce cas sa réaction peut être considérée comme trop sévère.
5 (football)	Sur l'image 1, les étrangers sont apparemment en train d'apprendre la langue de leur pays d'accueil. Le contenu de la formation semble très simple (voir la grammaire sur le tableau). Il est donc raisonnable de penser que leur vocabulaire est encore très pauvre. Pour cette raison, ils peuvent ne pas savoir ce que signifie le signe dans le parc. Le gardien du parc peut penser que ces gens désobéissent délibérément aux règles. Les préjugés contre les étrangers jouent un rôle. On devrait aussi se demander si la présence d'un signe sur les panneaux est une indication suffisante pour dissuader de jouer au football.
6 (saucisse)	Comme le garçon a apparemment très faim, sa maman peut faussement l'accuser d'avoir mangé toutes les saucisses.
7 (bibliothèque)	Plusieurs interprétations sont possibles. Peut-être que l'homme n'a pas remarqué que la femme était au téléphone et a pu, pour cette raison, attribuer les commentaires de la femme à lui-même. Cette hypothèse est soutenue par le fait qu'il lui pose directement une question sans essayer d'abord d'attirer son attention. Dans ce cas, il peut être fâché. Une autre alternative serait qu'il pense que la femme devrait faire face à ses responsabilités plutôt que de prendre du temps pour des téléphones personnels. Cette séquence permet plusieurs interprétations. Il est important de souligner que les participants ont plus d'informations que l'homme.
8 (malade)	Dans la première diapositive présentée (la dernière image chronologiquement), la mère paraît embarrassée et préoccupée par l'état de santé. La troisième image montre le garçon mettre le thermomètre dans une tasse chaude, pour faire croire qu'il a de la fièvre. Cette information met une lumière différente sur l'histoire. La mère va comprendre qu'il fait semblant d'être malade si la température est extrêmement élevée. Dans ce cas, il est possible qu'elle se mette en colère. Les deux premières diapositives de la BD montrent le déroulement des événements qui précèdent sans donner d'informations supplémentaires.



## **Module 6: Estime de soi**

### *Domaine cible*

Faible estime de soi ; autodépréciation pouvant aller jusqu'au rejet de soi.

### *Contenu du module*

Présentez les diapositives générales d'introduction (diapositives 1-13) qui précèdent chaque module seulement s'il y a de nouveaux participants. Autrement, vous pouvez commencer à la diapositive 14.

Pour commencer, on travaille avec le groupe sur la notion d' "estime de soi" et les caractéristiques des personnes avec une estime de soi "saine" (diapositives 15-21). L'animateur peut débiter en étant un peu provocant dans ses suggestions "L'estime de soi peut-elle se mesurer par le salaire (en référence à l'image) ou par le nombre d'amis sur *Facebook*?". Il devrait être évident que la valeur d'une personne ne peut pas être déterminée sur la base de caractéristiques comme l'apparence, mais qu'il s'agit d'un jugement subjectif de soi-même. Les diapositives sur les "caractéristiques non visibles" montrent qu'une estime de soi équilibrée inclut une attitude réfléchie et d'acceptation envers soi. Discutez les différences entre une estime de soi excessive et une estime de soi "saine". L'accent est mis sur un objectif réaliste : un traitement plus équilibré et juste de ses propres forces et faiblesses.

L' "image de l'étagère" (en accord avec Potreck-Rose and Jacob, 2008) des diapositives 37-42 invite chacun à se voir avec ses multiples facettes comme une bibliothèque avec différentes étagères (chacune pour un domaine, par ex., famille, loisirs, etc.). Actuellement, ces étagères sont probablement remplies inégalement. En outre, il n'est pas possible d'avoir du succès dans toutes les catégories à 100% (par ex., le succès dans le travail peut amener à avoir moins de temps pour les relations et les loisirs). Le respect de soi souffre lorsque la personne ne pense qu'aux étagères vides (ses faiblesses). Cela peut amener à un sentiment d'inutilité. Au lieu de cela, les participants devraient être encouragés à regarder également les étagères bien remplies. La diapositive d'exemple "Ne rien oublier" est là pour aider les participants à identifier les domaines importants. La diapositive suivante ("Quel plateau n'avez-vous pas regardé depuis un long moment?") a pour but d'amener le patient à voir quels sont les étagères qu'il a négligé (par ex., les loisirs) pour retrouver les contenus "poussiéreux". A ce point, il est recommandé de laisser chaque participant nommer une de leur qualité. L'animateur devrait encourager à ce que les capacités "petites ou insignifiantes" soient aussi nommées. Si quelques participants n'arrivent pas à trouver quoique ce soit, cela doit être normalisé (par ex., "Il peut être difficile pour une personne de nommer ses propres qualités lorsqu'elle n'est pas habituée à parler de ses compétences.").

Puis (diapositive 43), la "critique intérieure" (comme générateur d' "affirmation en tout ou rien") est abordée. Présentez des exemples pour que les participants puissent comprendre la pertinence de ce biais cognitif. Laissez-les exprimer leurs habituelles pensées générées par leur critique intérieure. Cette pensée dysfonctionnelle en tout ou rien est démontrée à l'aide du "jeu des 100 centimes" (diapositive 50-53). Les diapositives suivantes (54-56) présentent trois stratégies pour faire avec la critique intérieure. Les participants apprennent à identifier les pensées sans compromis (compatibles avec l'autocritique écrasante et l'auto-dégradation), à questionner ses pensées ("Est-ce que cela correspond aux faits?", "Qu'est-ce que pensent les personnes sûres d'elles?"), et de contrer leur critique intérieure ("Je ne me soucie pas de ce que tu penses. Je pense différemment.").

En outre, ce module souligne que de se centrer sur les pensées négatives ou d'essayer de les supprimer, augmente en réalité leur impact et leur présence (depuis la diapositive 57). Une petite expérience comportementale durant laquelle il est demandé aux participants d'essayer de supprimer activement une pensée, démontre que la suppression de pensée est une stratégie contre-productive. Les participants apprennent que de telles pensées sont gênantes, mais relativement bénignes et que la suppression des pensées amène paradoxalement à accroître les symptômes (cf. la diapositive "Supprimer les pensées négatives – est-ce que ça fonctionne ? Non !"). Il est appris aux participants d'observer leur propre pensée selon une perspective détachée sans intervention, comme s'ils regardaient un orage à l'extérieur ou un tigre dans un zoo. Finalement, certaines techniques aidantes pour prendre de la distance intérieures sont présentées. A ce niveau, demander quels sont les patients familiarisés avec le concept de la pleine conscience ; on peut recommander de la littérature spécifique (comme Aguirre & Galen, 2013 ; Christophe André, 2011). Beaucoup de participants trouvent utile

de ne plus voir les pensées comme des faits, mais comme des “manifestations de l’esprit” et d’accueillir cela sans jugement. Cette perception de non-jugement, comme définie dans le concept de la pleine conscience (voir aussi la TCD), peut les aider à prendre de la distance avec leur propre pensée. Quelques images métaphoriques peuvent être présentées (par ex., voir les pensées comme un train qui passe ou des nuages se déplaçant dans le ciel). Celles-ci peuvent faciliter les patients dans l’utilisation de cette stratégie.

### *Matériel*

Le contenu vient en partie du D-MCT de Jelinek et al. (2011) et a été adapté en conséquence. Les “étagères” de l’estime de soi viennent de Potreck-Rose (2008). D’autres contenus (par ex., concernant la suppression des pensées) sont basés sur Wells (2009) and Moritz & Hauschildt (2012).

### *Objectifs du module*

Ce module aborde la notion d’estime de soi. Pour commencer, discutez-le fait que la notion d’estime de soi est une construction purement subjective et variable. Les participants apprennent à développer une intuition réaliste d’eux-mêmes (cf. “Fairer Blick”; DBT, par ex., Bohus and Wolf, 2009). De plus, démontrez comment les styles cognitifs dysfonctionnels contribuent au développement d’une faible estime de soi. Expliquez la pensée en “tout ou rien” et convenez de stratégies pour traiter ce mode de pensée contre-productif. Il est enseigné aux participants, à identifier leurs propres pensées dichotomiques comme l’intrusion de critiques intérieures, à questionner ces intrusions, et à faire taire la critique intérieure.

### *Conseils généraux*

Beaucoup de participants sont déjà familiers du contenu du sujet de l’estime de soi ou de la pleine conscience de la TCD. Utilisez ces connaissances, pour répéter et accroître ces contenus.

### *Conseils spécifiques (exemples)*

Le respect de soi est un sujet difficile pour beaucoup de patients et il devrait être abordé avec soin. Il est important de clarifier que la perception négative de soi est souvent acquise dans la petite enfance et par conséquent, il est compréhensible qu’il soit difficile d’accueillir les pensées positives qui peuvent surgir. L’objectif serait de faire de petits pas vers l’acceptation de soi. Si les participants n’arrivent pas se trouver des caractéristiques positives pour eux-mêmes (dans le domaine de l’estime de soi), l’animateur peut utiliser des exemples des séances précédentes (par ex., “La dernière fois, vous avez mentionné que vous êtes douée pour le tricot?”). De plus, il peut être utile de remplir, pour s’exercer la première fois, les étagères pour un ami et de vérifier quelles qualités s’appliquent aussi à soi. Les participants peuvent aussi être encouragés à écrire leurs qualités ou les compliments qu’ils ont reçu dans un cahier (cf. “Journal positif”).

## **Module 7: Tirer des conclusions hâtives**

### *Domaine cible*

Tirer des conclusions hâtives (biais de saut à la conclusion) et comportements impulsifs

### *Contenu du module*

Présentez les diapositives générales d'introduction (diapositives 1-13) qui précèdent chaque module seulement s'il y a de nouveaux participants. Autrement, vous pouvez commencer à la diapositive 14.

A l'aide de petites histoires imagées (diapositives 15-19), la tendance quotidienne à tirer des conclusions hâtives est démontrée ("normalisation"). Puis, les conséquences possibles de l'utilisation de ce biais sont illustrées en utilisant plusieurs exemples de la vie quotidienne. A la diapositive 21, il est possible de voir de courtes vidéos où ce thème des conclusions sans preuves est illustré (voir <http://www.youtube.com/user/AGNeuropsychologie>).

La première série d'exercices (depuis la diapositive 51) montre des objets communs (par ex., une grenouille) qui sont présentés par degrés de fragmentation décroissant : de nouveaux traits sont ajoutés en 8 étapes successives jusqu'à ce que l'objet entier soit présenté. En alternant l'ordre des exercices avec des hypothèses pré-spécifiées ou libres, il est demandé aux participants de mesurer la plausibilité des interprétations. Les patients doivent différer une décision jusqu'à ce que suffisamment de preuves soient présentées. Par exemple, la première étape de l'exercice de la "grenouille" ressemble fortement à un citron, du fait qu'un seul contour de la grenouille est dessiné. Par conséquent, une décision hâtive risque de conduire à une erreur. Pour la seconde série d'exercices (depuis la diapositive 80), des images en trompe l'œil sont proposées, de façon à ce que, selon la perspective de l'observateur, on découvre deux scènes ou objets différents. Pour chaque image, il est demandé aux participants d'exprimer leur première impression, puis de changer leur angle de vue afin de trouver la seconde alternative. Dans la troisième tâche (depuis la diapositive 103), il est montré des peintures classiques aux participants. Leur mission est de trouver le titre correct de chaque peinture selon quatre propositions. Discutez les pour et contre de chaque suggestion, tout en observant les détails des images qui pourraient exclure certaines alternatives. De plus, il est demandé aux participants d'exposer quelle confiance ils ont dans leur évaluation.

### *Matériel*

Le matériel d'exercice vient de l'EMC pour patients psychotiques. Les objets du premier exercice sont post-édités d'un simple livre de contes en noir et blanc. La contribution des artistes et des photographes, dont nous avons utilisé les productions, est signalée à la fin de la présentation. Les peintures classiques et modernes (troisième exercice) viennent de différents artistes, deux images proviennent du *Thematic Apperception Test* (TAT). De plus, il y a plusieurs séquences de clips vidéo sur les conclusions hâtives, certaines peuvent être téléchargées sur notre page d'accueil ([www.uk.de/mct](http://www.uk.de/mct)) et discutées avec les participants. Les autres extraits vidéo peuvent être trouvés sur <http://www.youtube.com/user/AGNeuropsychologie>.

### *Objectifs du module*

Dans ce module, on enseigne aux patients à ne pas succomber à la première impression, qui peut éventuellement se révéler erronée (première et troisième séries de tâches) ou seulement révéler une demi-vérité (seconde série d'exercices). Les choses ou les situations peuvent changer avec le temps, et les nouvelles preuves jettent dessus une lumière différente. Les participants apprennent à ne pas rejeter des points de vue alternatifs prématurément, et à ne pas agir ou juger impulsivement. Le matériel est parfaitement conçu pour démontrer les inconvénients d'un comportement hâtif de résolution de problèmes. De plus, il est recommandé aux patients de prendre son temps pour résoudre les problèmes complexes. Souvent, la preuve évidente qui permettrait d'arriver à une conclusion certaine est souvent oubliée (quand on regarde superficiellement).

### *Conseils généraux*

Les pour et contre d'un style de réponse hâtive vs. une réponse lente, doivent être soulignés en détails à l'aide des diapositives. Si l'enjeu est grand, toutes les preuves disponibles doivent être

considérées avant de prendre une décision finale. Si les participants mentionnent les ruminations (ou la sur-analyse) comme un contre-exemple de la conclusion hâtive, référez-vous au Module 2. Les conséquences possibles du biais de la conclusion sans preuve sont illustrées dans plusieurs exemples (par ex., en médecine : erreur de diagnostic). Dans cette section, il est essentiel de laisser les participants parler de leurs propres expériences. Dans les images en trompe l'œil de la seconde tâche, le formateur devrait s'assurer que tous les participants aient trouvé les deux objets. Si ce n'est pas le cas, un autre participant pourrait aider en donnant un indice.

Pour certaines peintures de la troisième tâche, la solution sera évidente pour certains, tandis que pour d'autres, seule une contemplation minutieuse permettra de clarifier la solution. Pour certaines peintures, le titre correct peut même être ambigu. L'attention des participants doit être dirigée vers les informations méconnues (voir les détails complémentaires ci-dessous). Si certains membres du groupe favorisent des titres différents, l'animateur peut encourager et modérer une discussion ouverte.

### Conseils spécifiques (exemples)

Pour la seconde image du premier exercice ("la grenouille"), plusieurs participants choisissent le *citron* prématurément. Lorsque cela arrive, le formateur peut souligner qu'il reste encore sept fragments- un citron serait probablement complété à la prochaine image et qu'il s'agit donc d'une solution peu probable. Ne consacrez pas trop de temps à la première tâche, pour qu'il y en ait assez pour faire les 2 autres. Il n'est pas nécessaire de faire tous les exercices.

Si les participants montrent de l'intérêt pour d'autres exercices, veuillez vous référer à [www.uke.de/mct](http://www.uke.de/mct) (Modules 2A et 2B, ainsi que 7A et 7B de l'EMC pour les patients psychotiques).

Image #	Titre	Indices pour trouver la bonne interprétation
Image 1	"Pourquoi l'ai-je épousé?"	Le couple est apparemment sur un bateau (un hublot à l'arrière-plan), probablement en voyage de noces (argument pour B). L'homme est couché sur le lit habillé, l'air crapuleux, une bouteille posée sur la table près de lui (aussi un argument pour B). La femme est trop jeune pour être la mère de l'homme (argument contre l'alternative D). Il n'y a pas d'indices de meurtre (comme un pistolet) ou de suicide (arguments contre les alternatives A et C). Dans le passé, un ruban rouge comme celui porté par la femme indiquait qu'elle venait juste de se marier (un autre point pour l'alternative B).
Image 2	"Le pharmacien lisant"	Le mortier et le pilon, tout comme les bouteilles fermées, font penser à la présence d'un chimiste qui étudie une nouvelle formule (parle pour C). Le fait qu'il soit absorbé par sa lecture et qu'aucun verre ne soit sur la table plaide contre le B. Le style d'habillement ne fait pas penser à un moine (parle contre le A).
Image 3	"La triste nouvelle"	La femme pleure. Le soldat lui a amené un chapeau et une veste (qui appartenaient probablement à son défunt mari). Il y a une lettre sur ses genoux (parle pour D). Le bébé ne semble pas malade. Le petit garçon regarde l'homme en uniforme et non le bébé (rend l'alternative B improbable).
Image 4	"La visite"	L'attention de l'homme est visiblement ciblée sur l'oiseau à la fenêtre, vers lequel il lève le regard (option A). Comme l'homme ne regarde pas le livre, l'option B n'est pas plausible.
Image 5	"Courtoisie"	Le fait que l'expression faciale de la femme est plutôt coquette et sensuelle, que l'homme lui a amené un cadeau (fleurs) et qu'il est dans une posture de dévotion plaident pour le B
Image 6	"Malheur de chasse"	Le nez rouge de l'homme rend l'option B plausible. La mine effrayée de l'homme rend également l'option A plausible. Cependant, les vêtements, le fusil et l'homme qui dégringole soutiennent l'option D.
Image 7	"La pédicure"	L'homme est visiblement attentif au pied/ongles des orteils de la femme. Il n'y a pas de mallettes de médecin, ni d'instruments (scalpel) qui sont visibles (donc les options B et C sont peu probable).

## **Module 8: Humeur**

### *Domaine cible*

Les symptômes dépressifs co-morbides; les schémas cognitifs négatifs; la faible estime de soi

### *Contenu du module*

Présentez les diapositives générales d'introduction (diapositives 1-13) qui précèdent chaque module seulement s'il y a de nouveaux participants. Autrement, vous pouvez commencer à la diapositive 14.

Pour commencer, le groupe fait la liste des symptômes possibles dans la dépression (diapositives 15-16). Il est important pour l'animateur de souligner que la dépression n'est pas irréversible, et que les schémas cognitifs dans la dépression peuvent être modifiés avec la formation. Les différentes thérapies possibles dans la dépression, sont brièvement énumérées (diapositives 21-23), et, le cas échéant, les patients peuvent expliquer comment ils font face aux symptômes dépressifs. Les exercices commencent à partir de la diapositive 25, en abordant les schémas cognitifs typiques dans la dépression comme "la sur-généralisation" et "l'abstraction sélective". En interagissant avec le groupe, l'animateur explique comment les modèles de pensées dysfonctionnelles peuvent être remplacés par des stratégies d'adaptation plus réalistes et aidantes. Par exemple, il est enseigné aux participants à ne pas généraliser sur une situation du passé et/ou du futur (par ex., "Perdant d'un jour, perdant toujours"), mais plutôt de faire des évaluations concrètes de la situation ("Aujourd'hui j'ai raté une chose spécifique"). Les termes comme "toujours" et "jamais" devraient être évités. Sur les diapositives, il est demandé aux participants de faire une évaluation sur "la lecture négative des pensées" (par ex., "Ils racontent de mauvaises choses sur moi !" lorsque deux collègues continuent à chuchoter ensemble alors que vous êtes en train de présenter vos idées lors d'un colloque d'équipe). Les effets (sur l'humeur, l'estime de soi, le comportement) de cette évaluation sont alors pointés avec l'aide du formateur, et la distorsion cognitive est soumise au test de la réalité. Il est alors demandé aux participants de réfléchir à une alternative plus aidante et de nommer les effets (sur l'humeur, l'estime de soi, le comportement). Par la suite, des évaluations plus aidantes peuvent être développées selon les exemples personnels des participants.

La diapositive 53 "Comparaisons aux autres personnes" marque le début du deuxième sujet, qui traite des comparaisons erronées et le risque de perfectionnisme. Il est humain de se comparer aux autres et certaine fois, cela peut être aidant, mais dans le contexte de la dépression, elles sont souvent injustes et à sens unique. On ne peut que "perdre" lorsqu'on s'engage dans des comparaisons déloyales (par ex., lorsque vous ne voyez qu'un aspect, apparemment parfait d'une autre personne, en négligeant les autres (par ex., «Il a beaucoup de succès dans son travail, mais à quel prix ?»). Vous pouvez aussi montrer la séquence vidéo de la marque Dove® (voir <http://www.youtube.com/user/AGNeuropsychologie>.) Les diapositives intitulées "Une vie parfaite" (60-62) démontrent que la perfection est inaccessible et que d'essayer de l'atteindre peut nous rendre anxieux et malheureux. Une alternative peut être d'encourager les participants à être "imparfait consciemment" (par ex., de faire une petite erreur délibérément). En comparant le résultat attendu à celui réel, il ressort souvent que les réactions négatives attendues n'arrivent jamais. Il est souligné qu'il peut y avoir de grandes différences dans les domaines de lutte pour la perfection entre les participants (par ex., toujours avoir l'air parfait, être une mère ou un père parfait). En changeant de perspective (depuis la diapositive 71), nous pouvons identifier nos propres standards excessifs ("Vous attendriez-vous à ce qu'un bon ami agisse 'parfaitement' tout le temps?"). A la fin du module, discutez des astuces qui, si elles sont utilisées régulièrement, aident à améliorer l'humeur des patients. A ce stade, les patients devraient échanger ensemble sur leurs propres stratégies. Pour terminer, résumez le contenu du module comme les objectifs d'apprentissage et répondez aux questions.

### *Matériel*

Une grande partie du contenu est basé sur l'EMC pour patients psychotique (Moritz et al., 2010) et de D-MCT (Jelinek et al., 2011). De plus, quelques exemples ont été inspirés par les expériences personnelles des patients ou des textes de manuels cognitifs comportementaux (par ex., Beck, 1976). La contribution des artistes et des photographes, dont nous avons utilisé les productions, est signalée à la fin de la présentation.

### *Objectifs du module*

Introduire les styles de pensées dysfonctionnelles, qui peuvent former et maintenir la dépression. Encouragez les patients à réduire les demandes excessives qu'ils placent en eux-mêmes, et à juger leurs propres capacités de manière plus appropriée et impartiale. Soulignez l'altérabilité du style de pensée dépressive. Avant tout, présentez des stratégies pour améliorer l'humeur et l'estime de soi (par ex., agenda positif, activités agréables).

### *Conseils généraux*

Ce module diffère des autres parties du B-MCT par le fait qu'il n'y a pas de réponse juste ou fausse aux exercices. Il est important que l'animateur soit familier du modèle cognitif et comportemental de la dépression qui est à la base de cette séance.

### *Conseils spécifiques*

Certaines diapositives contiennent des questions auxquelles les participants doivent répondre en donnant les interprétations les plus utiles et équilibrées, avant qu'une réponse probable ne soit révélée (qui ne sert que de guidance). Les patients devraient avoir l'espace pour échanger des astuces, des expériences positives et des recommandations concernant ce qui les aide à améliorer leur humeur. Il est aussi important de souligner que le changement peut être difficile et prendre du temps. Le premier pas important est de reconnaître les distorsions cognitives dans le quotidien, et de les changer successivement. Les patients sont encouragés à être attentifs à ce type de pensées durant leur thérapie individuelle.

## Références

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

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



- Harari, H., Shamay-Tsoory, S. G., Ravid, M. and Levkovitz, Y. (2010). Double dissociation between cognitive and affective empathy in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, *28*, 277-279.
- Heider, F. (1977). *Psychologie der interpersonalen Beziehungen*. Stuttgart: Klett.
- Herpertz, S. (2011). Beitrag der Neurobiologie zum Verständnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt*, *82*, 9-15.
- Jacob, G. A., Allemann, R., Schornstein, K. & Lieb, K. (2009). Zur aktuellen Situation der stationären Versorgung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, *36*, 387-389.
- Jacob, G. A. & Potreck-Rose, F. (2007). *Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen. Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Jacob, G. A., Richter, H., Lammers, C., Bohus, M. & Lieb, K. (2006). Gruppentherapiemodul zur Stärkung des Selbstwertes bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeit. *Verhaltenstherapie*, *16*, 212-221.
- Jelinek, L., Hauschildt, M. & Moritz, S. (2011). *Metakognitives Training bei Depression (D-MKT)*. Hamburg: VanHam Campus Verlag.
- Jobst, A., Hörz, S., Birkhofer, A., Martius, P. & Rentrop, M. (2009). Einstellung von Psychotherapeuten gegenüber der Behandlung von Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, *60*, 126-131.
- Jorgensen, C. R., Berntsen, D., Bech, M., Kjolbye, M., Bennedsen, B. E. & Ramsgaard, S. B. (2012). Identity-related autobiographical memories and cultural life scripts in patients with Borderline Personality Disorder. *Consciousness and Cognition*, *21*, 788-798.
- Kernberg, O. F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of American Psychoanalytical Association*, *15*, 641-685.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Aronson.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Kinderman, P. & Bentall, R. P. (1996). A new measure of causal locus: the Internal, Personal and Situational Attributions Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, *20*, 261-264.
- Kliem, S., Kröger, C. & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*, 936-951.
- Knight, R. (1953). Borderline states. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *17*, 1-12.
- Kröger, C. & Kosfelder, J. (2010). Eine Meta-Analyse zur Wirksamkeit der Dialektisch Behavioralen Therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *36*, 11-17.
- LeGris, J. & van Reekum, R. (2006). The neuropsychological correlates of borderline personality disorder and suicidal behaviour: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, *51*, 131-142.
- Lincoln, T. M., Ziegler, M., Mehl, S. & Rief, W. (2010). The jumping to conclusions bias in delusions: specificity and changeability. *Journal of Abnormal Psychology*, *119*, 40-49.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Looft, W. R. (1972). Egocentrism and social interaction across the lifespan. *Psychological Bulletin*, *78*, 73-92.
- Moritz, S. & Hauschildt, M. (2012). Detecting and defusing thought traps - Metacognitive training for obsessive-compulsive disorder (myMCT). Hamburg: VanHam Campus Press.
- Moritz, S., Jelinek, L., Hauschildt, M. & Naber, D. (2010). How to treat the untreated: effectiveness of a self-help metacognitive training program (myMCT) for obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *12*, 77-100.

- Moritz, S., Schilling, L., Wingefeld, K., Köther, U., Wittekind, C., Terfehr, K., et al. (2011). Psychotic-like cognitive biases in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *42*, 349-354.
- Moritz, S., Vitzthum, F., Randjbar, S., Veckenstedt, R. & Woodward, T. S. (2010a). Detecting and defusing cognitive traps: metacognitive intervention in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, *23*, 561-569.
- Moritz, S., Woodward, T. S., Stevens, C., Hauschildt, M. & Metacognition Study Group (2010b). *Metacognitive Training for Psychosis (MCT)· Manual*. Hamburg: VanHam Campus Verlag.
- Moritz, S., Woodward, T. S. & Rodriguez-Raecke, R. (2006). Patients with schizophrenia do not produce more false memories than controls but are more confident in them. *Psychological Medicine*, *36*, 659-667.
- Napolitano, L. A. & McKay, D. (2007). Dichotomous thinking in borderline personality disorder. *Cognitive Therapy and Research*, *31*, 717-726.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 667-681.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2005). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the interpretation of intrusions inventory - part II: factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 1527-1542.
- Piaget, J. (1951). *The language and thought of the child*. New York: Humanities Press.
- Potreck-Rose, F. & Jacob, G. (2008). *Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen· Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl* (5 ed.). Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Preißler, S., Dziobek, I., Ritter, K., Heekeren, H. R., Roepke, S. (2010). Social cognition in borderline personality disorder: evidence for disturbed recognition of the emotions, thoughts, and intentions of others. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *4*, 1-8.
- Pretzer, J. (1990). Borderline personality disorder. In A. T. Beck, A. Freeman and Associates (Eds.), *Cognitive therapy of personality disorders* (pp. 176-207). New York: The Guilford Press.
- Reed, L. I., Fitzmaurice, G. & Zanarini, M. C. (2012). The course of positive affective and cognitive states in borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *Personality and Mental Health*, *6*, 281-291.
- Rommel, A. & Bohus, M. (2006). Pharmakologische und psychotherapeutische Behandlung der Borderline-Störung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, *54*, 185-197.
- Renneberg, B., Schmidt-Rathjens, C., Hippin, R., Backenstrass, M., & Fydrich, T. (2005). Cognitive characteristics of patients with borderline personality disorder: Development and validation of a self-report inventory. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 173-182.
- Roepke, S., Vater, A., Preißler, S., Heekeren, H. R., Dziobek, I. (2013). Social cognition in borderline personality disorder, *Frontiers in Neuroscience*, *6*, 1-12.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Sauer, S. E. & Baer, R. A. (2012). Ruminative and mindful self-focused attention in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *3*, 433-441.
- Schilling, L., Moritz, S., Köther, U., Wingefeld, 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., Wingefeld, K., Löwe, B., Moritz, S., Terfehr, K., Köther, U., et al. (2012). Normal mind-reading capacity but higher response confidence in borderline personality disorder patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *66*, 322-327.
- Schröder, K., Fisher, H. L., Schäfer, I. (2013). Psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder: prevalence and clinical management. *Current Opinion in Psychiatry*, *26*, 113-119.
- Schulze, L., Domes, G., Köppen, D., Herpertz, S. C. (in press). Enhanced detection of emotional facial expressions in borderline personality disorder. *Psychopathology*.
- Schwannauer, M., Peters, E. R., Moritz, S., Wiseman, Z., Greenwood, K., Kuipers, E., et al. (2010). The cognitive biases questionnaire for psychosis (CBQP). *Schizophrenia Research*, *117*, 413-414.

- Selby, E. A., Anestis, M. D., Bender, T. W. & Joiner, T. E. (2009). An exploration of the emotional cascade model in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 118*, 375-387.
- Selby, E. A. & Joiner, T. E. (2009). Cascades of emotion: The emergence of borderline personality disorder from emotional and behavioral dysregulation. *Review of General Psychology, 13*, 219-229.
- Sharp, C., Pane, H., Ha, C., Venta, A., Patel, A. B., Sturek, J., et al. (2011). Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 50*, 563-573.
- Sieswerda, S., Arntz, A. & Kindt, M. (2007). Successful psychotherapy reduces hypervigilance in Borderline Personality Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 35*, 387-402.
- Sieswerda, S., Arntz, A., Mertens, I. & Vertommen, S. (2007). Hypervigilance in patients with borderline personality disorder: specificity, automaticity, and predictors. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 1011-1024.
- Slotema, C. W., Daalman, K., Blom, J. D., Diederens, K. M., Hoek, H. W. & Sommer, I. E. C. (2012). Auditory verbal hallucinations in patients with borderline personality disorder are similar to those in schizophrenia. *Psychological Medicine, 42*, 1873-1878.
- Sollberger, D. & Walter, M. (2010). Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Gemeinsamkeiten und Differenzen evidenzbasierter störungsspezifischer Behandlungen. *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie, 78*, 698-708.
- Staebler, K., Helbing, E., Rosenbach, C. & Renneberg, B. (2011). Rejection sensitivity and borderline personality disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 18*, 275-283.
- Tadić, A., Wagner, S., Hoch, J., Başkaya, Ö., von Cube, R., Skaletz, C., et al. (2009). Gender differences in axis I and axis II comorbidity in patients with borderline personality disorder. *Psychopathology, 42*, 257-263.
- Trull, T. J., Jahng, S., Tomko, R. L., Wood, P. K. & Sher, K. J. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence and comorbidity with substance dependence disorders. *Journal of Personality Disorders, 24*, 412-426.
- Unoka, Z., Fogd, D., Fuzy, M. & Csukly, G. (2011). Misreading the facial signs: specific impairments and error patterns in recognition of facial emotions with negative valence in borderline personality disorder. *Psychiatry Research, 189*, 419-425.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford Press.
- Westen, D. (1991). Cognitive-behavioral interventions in the psychoanalytic psychotherapy of borderline personality disorders. *Clinical Psychology Review, 11*, 211-230.
- Westen, D., Ludolph, P., Block, J., Wixom, J. & Wiss, F. C. (1990). Developmental history and object relations in psychiatrically disturbed adolescent girls. *American Journal of Psychiatry, 147*, 1061-1068.
- Yee, L., Korner, A. J., McSwiggan, S., Meares, R. A. & Stevenson, J. (2005). Persistent hallucinosis in borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry, 46*, 147-154.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Zanarini, M. C. (2009). Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 120*, 373-377.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., et al. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 155*, 1733-1739.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, R., Bradford Reich, D. & Fitzmaurice, G. (2010). The 10-year course of psychosocial functioning among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 122*, 103-109.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G. & Frankenburg, F. R. (1990). Cognitive features of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 147*, 57-63.