

# Trening metapoznawczy dla osób z zaburzeniem osobowości typu Borderline (B-MCT)

**-Podręcznik-**

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

Polish adaptation: Kinga Wytrychiewicz-Pankowska & Daniel Pankowski



H. Sieverding: No title 8 from the Horizons series. Acrylic on canvas 60 x 80 cm, 2009.  
License: Attribution-no derivative works 2.0 US-American (not ported) (CC BY-ND 2.0);  
<http://www.flickr.com/photos/18225028@No2/4245016061/>

**\* autorzy w równym stopniu przyczynili się do powstania treningu**

## Podziękowania

Chcielibyśmy podziękować współtwórcom treningu metapoznawczego dla pacjentów z psychozą (MCT) – w szczególności Pani Bohn, Dr. Veckenstedt, Pani. Randjbar – oraz dla pacjentów z depresją (D-MCT) - Dr. Jelinek oraz Dr. Hauschildt. Znaczna część treści tych dwóch szkoleń została włączona do B-MCT i zainspirowała dalsze pomysły.

Chcielibyśmy również podziękować naszym kolegom i koleżankom Janne Hottenrott, Kenneth Kronenberg, Brooke Viertel, Julia Bierbrodt, Vivien Braun, Birgit Hottenrott, Johanna Schröder, Teresa Thöring oraz Vivien Niehaus, którzy wspierali nas w początkowych fazach realizacji treningu oraz w pracy nad podręcznikiem.

Nasi pacjenci zasługują na nasze specjalne podziękowania, ponieważ ich liczne wypowiedzi i informacje zwrotne przyczyniły się do ciągłego udoskonalania modułów.

Dziękujemy również Friedrichowi Althausen za czcionkę „Vollkorn” (Open Font License; “Vollkorn”, [http://friedrichalthausen.de/?page\\_id=411](http://friedrichalthausen.de/?page_id=411)).

## Donacje

Jeśli chcielibyście wesprzeć nas w naszych wysiłkach na rzecz rozpowszechniania B-MCT, bylibyśmy bardzo wdzięczni za darowizny. Będziemy nadal wspierać i pomagać wszystkim, niezależnie od ich wkładu finansowego. Gwarantujemy, że wszystkie darowizny zostaną wykorzystane na dalszy rozwój MCT (przyszłe zadania obejmują tłumaczenie B-MCT na inne języki i stworzenie nowej grafiki). Na życzenie możemy wysłać potwierdzenie odbioru darowizny. Darowizny należy wpłacać na następujące konto:

Płatne na : Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Bank: Hamburger Sparkasse (sort code: 200 505 50)  
Numer konta: 1234363636  
Tytuł konta (jest to bardzo istotne): Borderline-MCT – 0470 / 040  
IBAN: DE54200505501234363636  
BIC/Swift: HASPDEHHXXX

## **Wprowadzenie**

Podczas gdy starsze teorie na temat zaburzeń osobowości typu borderline (*Borderline Personality Disorder*; BPD), koncentrowały się przede wszystkim na „mechanizmach obronnych podobnych do psychotycznych” jako głównych cechach charakterystycznych BPD, obecnie jako jego kluczową cechę postuluje się dysregulację emocji (Herpertz, 2011). Zgodnie z tym poglądem BPD charakteryzuje się gwałtownie powstającymi stanami intensywnego pobudzenia emocjonalnego, po których często następują zachowania polegające na samouszkodzeniu lub dysocjacji. Wraz z głównym objawem dysregulacji emocji, BPD przejawia się również w niestabilności samooceny, problemach w kontaktach społecznych, zaburzeniach zachowania oraz w deficytach w funkcjonowaniu poznawczym, takich jak objawy dysocjacyjne i dysfunkcyjne wzorce przetwarzania informacji (American Psychiatric Association, 1994).

Przy wskaźniku rozpowszechnienia wynoszącym od 3% do 6% (Grant i in., 2008; Trull, Jahng, Tomko, Wood & Sher, 2010), BPD jest jednym z najczęstszych zaburzeń psychicznych. Niepokojące są również wyniki „badania szkolnego w Heidelbergu” (Brunner i in., 2007), które obejmowało ponad 5000 uczniów. W badaniu tym stwierdzono rosnącą częstość występowania wczesnych zachowań polegających na samouszkodzaniu: ogólnie, 10,9% uczniów ze średnią wieku 14,9 lat zgłaszało sporadyczne (1-3 razy w roku) formy samouszkodzeń; 8% zgłosiło jedną lub więcej prób samobójczych.

BPD charakteryzuje się również bardzo wysokim współczynnikiem współwystępowania innych zaburzeń, zwłaszcza zaburzeń afektywnych (Tadic i in., 2009; Zanarini i in., 1998). Ponadto u wielu pacjentów z BPD zaobserwować można paranoiczne przekonania lub halucynacje. W przeglądzie poświęconym BPD i psychozie, Barnow i in. (2010) donoszą, że nawet do 75% pacjentów z BPD ma dysocjacyjne doświadczenia i paranoiczne przekonania. Do 20-50% pacjentów z BPD wykazuje objawy psychotyczne (Schröder, Fisher i Schäfer, 2013).

### ***Metody terapeutyczne stosowane u osób z BPD***

W ostatnim dziesięcioleciu wysiłki terapeutyczne i badania dotyczące BPD zostały znacznie zintensyfikowane (Jacob, Allemann, Schornstein i Lieb, 2009). Jednak wielu terapeutów nadal odmawia pracy z tą grupą pacjentów z powodu założenia, że BPD jest trudne do leczenia (Jobst,

Hörz, Birkhofer, Martius i Rentrop, 2009). Ponadto terapia tej grupy pacjentów wiąże się z wysokimi kosztami: na przykład w Niemczech około 4 miliardy euro rocznie wydaje się na leczenie osób z BPD, co wynosi około 15-20% całkowitego kosztu leczenia psychiatrycznego pacjentów (Bohus i Kröger, 2011).

Pomimo wspomnianych wcześniej trudności, psychoterapia jest uważana za metodę z wyboru w przypadku BPD (Remmel i Bohus, 2006). Obecnie istnieje kilka dobrze opisanych, opartych na dowodach naukowych interwencji (przegląd, patrz Barnicot i in., 2012; Zanarini, 2009), w tym terapia dialektyczno - behawioralna (DBT; Linehan, 1993), terapia oparta na mentalizacji (MBT; Bateman i Fonagy, 2004), terapia schematów (Young, Klosko i Weishaar, 2003), psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu (TFP; Kernberg, 1984) oraz szkolenia systemowe dotyczące przewidywalności emocjonalnej i rozwiązywania problemów (STEPPS; Blum, Bartels, St. John & Pfohl, 2002).

Szczegółowy przegląd czynników leczących w psychoterapii BPD znajduje się w artykule Barnicota i in. (2012).

Najczęściej stosowaną metodą jest DBT, która również poparta jest największą liczbą dowodów naukowych, jeśli chodzi o skuteczność. W metaanalizie Krögera i Kosfeldera (2010), uwzględniającej 10 badań, obejmujących łącznie 295 pacjentów, skuteczność DBT oceniono ze skorygowaną średnią wielkością efektu  $d = 0,62$  (co oznacza średnią wielkość efektu); wskaźnik rezygnacji z terapii wynosił około jednej trzeciej pacjentów (Kröger i Kosfelder, 2010).

Dostępne formy psychoterapii zapewniają złagodzenie objawów u dużej części pacjentów; jednak często nie prowadzą do remisji. Wielu pacjentów z częściowym BPD nadal doświadcza znacznego obciążenia psychicznego, raportuje niską jakość życia i upośledzenie funkcjonowania psychospołecznego (Barnow i in., 2006; Reed, Fitzmaurice i Zanarini, 2012; Zanarini, Frankenburg, Bradford Reich i Fitzmaurice, 2010).

### ***Trening metapoznawczy dla pacjentów z BPD (B-MCT)***

W świetle opisanej suboptymalnej odpowiedzi terapeutycznej w przypadku wielu pacjentów, średniej wielkości efektu psychoterapii i wysokich wskaźników przerywania leczenia

(Sollberger i Walter, 2010; Zanarini, 2009), stało się oczywiste, że istnieje potrzeba opracowania opłacalnej i niewymagającej wieloletnich szkoleń metody uzupełniającej różne opcje terapeutyczne. Co więcej, wydaje się konieczne, aby terapia skupiała się na niektórych nowo odkrytych specyficznych dla BPD dysfunkcyjnych stylach myślenia (np. nadmiernej pewności w rozpoznawaniu emocji), a także na dobrze zbadanych zniekształceniach poznawczych (np. myślenie dychotomiczne).

Nasz zespół opracował tę eklektyczną koncepcję dodatków, którą można przypisać do nurtu terapii poznawczo-behawioralnej, w postaci B-MCT. Na podstawie własnych badań wstępnych (Moritz i in., 2011; Schilling i in., 2012) oraz dalszych replikacji wyników badań z zakresu psychologii poznawczej, modułów szkoleniowych MCT dla pacjentów z psychozą (Moritz, Vitzthum i in., 2010b) i MCT dla osób z depresją, trening dostosowano do specyficznych dla zaburzenia (problematycznych) schematów myślenia pacjentów z BPD. Dodano także różne nowe przykłady.

Szczegółowe informacje na temat podstaw teoretycznych, struktury i implementacji, a także konkretnych treści modułów szkoleniowych zostaną przedstawione poniżej.

**Życzymy samych sukcesów podczas prowadzenia treningu!**

## Tło teoretyczne

Badania dotyczące BPD, wcześniej w większej mierze koncentrujące się na funkcjonowaniu neuropoznawczym obejmującym takie obszary jak na przykład pamięć (przegląd: np. Dell'Osso, Berlin, Serati i Altamura, 2010; LeGris i van Reekum, 2006), obecnie skupiają się w coraz większym stopniu na specyficznych *błędach poznawczych*, które odnoszą się do zmian w zakresie odbierania i przetwarzania informacji. Badania nad zniekształceniami myślenia specyficznymi dla BPD są ściśle związane z koncepcją schematów (patrz następna sekcja). W ostatnim czasie duży wpływ na kierunek prowadzonych badań, miały badania eksperymentalne dotyczące zniekształceń myślenia związanych z psychozą (Bell, Halligan i Ellis, 2006; Freeman, 2007; Moritz i in., 2011; Moritz, Vitzthum i in., 2010a). Paradygmaty z dziedziny teorii umysłu (Domes, Schulze i Herpertz, 2009), a ostatnio także nadmiernej pewności (Schilling et al., 2012) lub atrybucji (Moritz i in., 2011) również okazały się przydatne dla naszego zrozumienia BPD. Część z tych badań zostanie podsumowana później.

Szczegółowy przegląd dotyczący procesów poznawczych związanych z BPD znajduje się w najnowszym przeglądzie Baera i in. (2012).

### *Zniekształcenia myślenia oparte na schematach: rozszczepienie i myślenie dychotomiczne*

Poznawcza teoria zaburzeń osobowości (Beck, Freeman & Davis, 2004) postuluje, że główne objawy specyficzne dla BPD, takie jak dysregulacja emocji oraz problemy w relacjach interpersonalnych są prawdopodobnie powodowane oraz wzmacniane poprzez dysfunkcyjne schematy poznawcze (Domes et al., 2009). Schematy uważane są za podstawowe jednostki przetwarzania i mogą być uruchamiane bardzo szybko (Barnow, Stopsack, Grabe, Meinke & Spitzer, 2009). Kiedy są aktywne, dominują w przetwarzaniu informacji i mogą prowadzić do zniekształconego postrzegania otoczenia (Beck et al., 2004). Schematy przejawiają się w tak zwanych kluczowych przekonaniach, które wpływają na samoocenę jednostki i ocenę innych oraz środowiska. Zgodnie z modelem poznawczym, u pacjentów z BPD dominują trzy zniekształcone kluczowe przekonania: 1. "Jestem z natury zły i nieakceptowalny"; 2. "Jestem bezsilny i bezbronny,"; 3. "Świat (i inne osoby) są niebezpieczne i wrogo do mnie nastawione" (Pretzer, 1990). Uważa się, że połączenie tych podstawowych

założeń prowadzi do sprzecznych doświadczeń u osób z BPD (Beck et al., 2004; Linehan, 1993; Pretzer, 1990; Renneberg and Seehausen, 2010). Na przykład, ze względu na odczuwaną bezsilność i podatność na zagrożenia (podstawowe założenie 2), wsparcie ze strony innych w świecie postrzeganym jako niebezpieczny (założenie nr 3) wydaje się niezbędne. Jednocześnie osoby z BPD często nie są w stanie zaufać innym ludziom. Ta sprzeczność prawdopodobnie przyczynia się, między innymi, do niestabilnego nastroju i problemów w relacjach interpersonalnych; osoby te mogą na przykład oscylować między kurczowym trzymaniem się innych i odpychaniem ich (Bhar, Brown & Beck, 2008).

Ponadto, w wyniku sprzecznych podstawowych założeń, osoby z BPD prawdopodobnie żyją w stanie nadmiernej czujności, znanej również jako hiperczujność (Sieswerda, Arntz, Mertens i Vertommen, 2007). Ta nadmierna czujność na bodźce społeczne, które sygnalizują zagrożenie lub odrzucenie, została wykazana empirycznie (Arntz, Appels i Sieswerda, 2000; Sieswerda, Arntz, Mertens i in., 2007). Na przykład emocjonalny test Stroopa, ujawnił większe opóźnienie w nazewnictwie kolorów, gdy przedstawione słowa miały zagrażającą wartość (Arntz i in., 2000). Ponadto wykazano, że skuteczna psychoterapia zmniejsza również nadpobudliwość w BPD (Sieswerda, Arntz i Kindt, 2007). Kilka badań (np. Barnow i in., 2009) wykazało również, że osoby z BPD przypisują innym osobom bardziej negatywne i agresywne cechy niż osoby z grupy kontrolnej, co może ponownie przyczynić się do doświadczenia poczucia zagrożenia.

Oprócz tych podstawowych założeń, bardzo często w tej grupie pacjentów występuje opisany przez Otto Kernberga (1967) mechanizm obronny zwany rozszczepieniem: osoby z BPD wydają się oceniać doświadczenia jako nie oparte na kontinuum, ale w skrajnych i wzajemnie wykluczających się kategoriach, takich jak „dobre” vs „złe” (Dulz i Schneider, 2004). Prowadzi to do ekstremalnych interpretacji zdarzeń lub innych osób i w rezultacie do skrajnych reakcji emocjonalnych. Ponadto, z powodu rozszczepienia, pozytywne i negatywne aspekty danej osoby nie mogą być zintegrowane w całość, co może skutkować naprzemienną idealizacją i rozczarowaniem innymi ludźmi (Kernberg, 1967).

W teoriach poznawczych, termin myślenie dychotomiczne (lub „myślenie czarno – białe”) opisuje bardzo podobny do rozszczepienia proces, z tym, że występuje istotna różnica polegająca na wielowymiarowości (np. dwubiegunowość). W związku z tym pacjenci z BPD oceniają innych ludzi w sposób ekstremalny, jednak robią to z mieszaną wartościowością; to

znaczy, że tworzą (ekstremalne) pozytywne i negatywne atrybuty (Arntz i Veen, 2001; Napolitano i McKay, 2007).

Oprócz negatywnych kluczowych założeń i dychotomicznego myślenia, w BPD można zauważyć inne niekorzystne wzorce myślenia, które zostaną podsumowane w dalszej części tekstu. Będą one stanowić podstawę dla 8 modułów szkoleniowych.

Ponieważ pewne procesy umysłowe (np. atrybucje) rzadko są uwzględniane w istniejących koncepcjach leczenia, ich podstawy teoretyczne zostaną opisane w sposób bardziej szczegółowy. Z kolei opis treści takich jak samoocena w BPD, które są szeroko omawiane w literaturze, będzie zwięzły (z odniesieniami do odpowiedniej literatury).

### *Zniekształcone atrybucje (moduł 1)*

Podczas doświadczania znaczących wydarzeń, ludzie najpierw zadają sobie pytanie, co spowodowało dane zdarzenie, a następnie przypisują mu przyczynę (Heider, 1977). Wzorce atrybucyjne zostały dokładnie przebadane zarówno w przypadku depresji, jak i schizofrenii. W swoim artykule Westen (1991) przedstawił szczegółowy opis stylu atrybucyjnego specyficznego dla BPD, który zostanie pokrótce przedstawiony poniżej.

Westen identyfikuje egocentryzm jako pierwszą cechę stylu atrybucyjnego w BPD. Wczesne badania z wykorzystaniem testów projekcyjnych wykazały, że osoby z BPD mają tendencję do bycia bardzo egocentrycznymi w swoich atrybucjach. Egocentryzm oznacza, według Piageta (1951), brak różnicowania perspektyw siebie i innych, lub rodzaj „osadzenia we własnym punkcie widzenia” (Looft, 1972). Jeśli chodzi o styl atrybucyjny, „egocentryzm” manifestuje się na trzy różne sposoby (według Westena, 1991): po pierwsze, w BPD atrybucje są bardziej związane z osobą, a pacjenci uważają siebie za główną przyczynę zdarzeń. Ponadto, z powodu pewnych mechanizmów obronnych, takich jak projekcja, pacjenci z BPD nie są w stanie zintegrować postrzegania siebie lub postrzegania innych w całość. W rezultacie często przypisują swoje motywy innym osobom i odwrotnie. Dodatkowo, gdy skupiają się na własnych (zranionych) uczuciach, procesy atrybucyjne nawet się nie aktywują, co oznacza, że dotknięte nimi osoby nie są w stanie zaakceptować żadnego, choć czasami absolutnie wiarygodnego, wyjaśnienia.



Westen (1991) przytoczył również tendencję do przypisywania wrogości („obarczania winą za nieszczęście zewnętrznych, złych sił”, s. 217) jako drugą cechą stylu atrybucyjnego u pacjentów z BPD. Może to być powiązane z błędami w zakresie empatyzowania i rozpoznawania emocji (por. Rozdział o teorii umysłu).

Na podstawie obserwacji klinicznych, można uznać, że trzecią cechą wzorców atrybucyjnych w BPD jest niedokładność dokonywanych atrybucji. W rezultacie tworzone wyjaśnienia są często nielogiczne i nieprecyzyjne (Silk, Lohr, Westen & Goodrich, 1989). Historia społecznego uczenia się prawdopodobnie odgrywa tutaj dużą rolę: jeśli działania rodziców osób z BPD były często postrzegane jako nieprzewidywalne i trudne do wyjaśnienia, rozwój zdolności przypisywania zróżnicowanych atrybucji w okresie dzieciństwa mógł być utrudniony (Westen, Ludolph, Block, Wixom & Wiss, 1990).

Westen jako ostatnią cechę stylu atrybucyjnego przytacza centrowanie afektu. Procesy atrybucji wydają się spolaryzowane na „dobre” i „złe” za pomocą odpowiedniego afektu, to znaczy przypisania dokonuje się z „dobrych” motywów do „dobrych” osób i „złych” motywów do „złych” osób. Ponadto relatywnie nieszkodliwe zdarzenia są katastrofizowane, ponieważ aktywowana jest jedynie jednostronna reprezentacja (np. „On mnie opuści, ponieważ jestem bezwartościowa”). Jednak w przeciwieństwie do osób z depresją, pacjenci z BPD dokonują takich całościowych atrybucji dotyczących siebie i innych również w odniesieniu do pozytywnych zdarzeń.

W jednym z naszych badań (Moritz et al., 2011; Schilling, Moritz, Köther, Wingenfeld & Spitzer, 2010, November), z wykorzystaniem zrewidowanej wersji Internal, Personal and Situational Attributions Questionnaire (IPSAQ-R; Kinderman and Bentall, 1996), wykazaliśmy występowanie odmiennego stylu atrybucyjnego u osób z BPD. Wyniki te są zgodne z raportami Westena: badanie wykazało, że pacjenci z BPD mają tendencję do przypisywania sobie większej części (w %) przyczynowości zdarzeń pozytywnych i negatywnych niż osoby z grupy kontrolnej. I odwrotnie, pacjenci przypisywali innym znacznie mniejszy odsetek przyczynowości pozytywnych zdarzeń i nie przypisywali prawie żadnej przyczynowości sytuacji. Nadmierna internalizacja sukcesu i porażki może przemawiać za pewnym egocentryzmem, jak już opisał Westen (1991: „Ja postrzegane jest jako przyczynowo - skutkowe

centrum wszechświata społecznego”. s. 217). Dlatego wyniki naszych badań wykazujące, że pacjenci z BPD dokonują większej liczby atrybucji monokauzalnych (jednoprzyczynowych) (Moritz i in., 2011) są zgodne z tymi założeniami.

### *Ruminacje i katastrofizowanie (moduł 2)*

Ruminacje wydają się być głównym objawem BPD, cechującym nasilenie i objawianie się dysfunkcyjnych wzorców zachowań. Zgodnie z tym założeniem, Emocjonalny Model Kaskadowy (Emotional Cascade Model; ECM; Selby and Joiner, 2009) postuluje, że początkowy negatywny afekt wywołuje ruminacje. Ruminowanie prowadzi następnie do dalszego nasilania negatywnych emocji, co z kolei prowadzi do zwiększenia nasilenia ruminacji. W końcu to błędne koło tworzy wyjątkowo nieprzyjemny stan emocjonalny, który może doprowadzić do zachowań związanych z samouszkodzaniem (np. samouszkodzenia, nadużywania substancji psychoaktywnych). Zachowania te służą odwróceniu uwagi od nieprzyjemnego stanu emocjonalnego i myśli ruminacyjnych. Zasadność ECM została wykazana empirycznie. W dużej grupie studentów Selby i in. (2009) stwierdzili istotny związek między nasileniem objawów BPD oraz ruminacjami. Ponadto ruminacje były mediatorami w związku pomiędzy objawami a dysfunkcyjnymi wzorcami behawioralnymi (np. objadaniem się). Inne badanie (Sauer i Baer, 2012) wykazało, że ruminacje trwające przez kilka minut miały istotny wpływ na nastrój i odporność na stres u pacjentów z BPD. W tym przypadku ruminacje o charakterze depresyjnym nie są w wystarczającym stopniu wyjaśnione przez współwystępujące objawy depresyjne (Abela, Payne i Moussaly, 2003). Dlatego Baer i in. (2012) rozróżniają ruminacje o charakterze depresyjnym od ruminacji związanych z emocjonalnym wzburzeniem. Gniew przypuszczalnie występuje u pacjentów z BPD, szczególnie w związku z ruminacjami i uważa się, że jest silniejszym predyktorem objawów specyficznych dla BPD niż ruminacje o charakterze depresyjnym (Baer and Sauer, 2011).

Podsumowując, wcześniejsze badania potwierdzają założenie, że u pacjentów z BPD ruminacje mogą powodować wzrost intensywności emocji i nasilać nieprzyjemne stany emocjonalne. W szczególności mogą wzmacniać gniew i agresję; ponadto ruminacje mogą prowadzić do dysfunkcyjnych zachowań. W przeciwieństwie do depresji, ruminacje w BPD wydają się koncentrować na złości i obawach dotyczących relacji interpersonalnych

Według wielu autorów innym centralnym zaburzeniem myślenia w grupie pacjentów z BPD jest katastrofizowanie, czyli koncentrowanie się na możliwych negatywnych zdarzeniach mogących mieć miejsce w przyszłości (Selby i Joiner, 2009). Jednak w wielu przypadkach katastrofizowanie można również interpretować jako objaw ruminacji lub myślenia dychotomicznego: osoba nie jest w stanie zrównoważyć różnych efektów różnych działań i ich następstw, a następnie ma poczucie „skazania na zagładę”. Zaabsorbowanie negatywnymi myślami wtórnie zaburza inne obszary funkcjonalne, takie jak pamięć (Domes i in., 2006). W związku z postrzeganym porzuceniem, katastrofizowanie może również odgrywać ważną rolę w zachowaniach, takich jak oskarżanie partnera o niewierność bez posiadania wystarczających dowodów (Selby i Joiner, 2009). W skrajnej formie, ten proces myślowy może sprzyjać przekonaniom o charakterze paranoicznym lub urojeniom.

#### *Teoria umysłu (empatyzowanie) oraz nadmierna pewność w osądach (moduły 3 i 5)*

Teorię umysłu (*Theory of Mind*; ToM) oraz funkcje społeczno-poznawcze, takie jak empatia i rozpoznawanie emocji, badano po raz pierwszy u osób z autyzmem i schizofrenią. Od lat dziewięćdziesiątych w badaniach nad BPD, coraz częściej uwzględnia się także paradygmaty emocjonalne, ponieważ problemy interpersonalne można przypisać między innymi zniekształconym procesom społeczno-poznawczym.

W paradygmatach rozpoznawania emocji, pacjenci z BPD radzą sobie równie dobrze, jak osoby zdrowe (przegląd: Domes i in., 2009). Jednak badania wykazały również, że pacjenci dotknięci BPD mają większą skłonność do przypisywania negatywnych emocji, takich jak gniew lub wstręt, neutralnym wyrazom twarzy (Domes i in., 2008; Unoka, Fogd, Fuzy i Csukly, 2011). To negatywnie zniekształcone postrzeganie jest zgodne z trzecim podstawowym założeniem („Świat jest niebezpieczny i wrogi”) modelu poznawczego Pretzera (1990) (wspomnianym powyżej) i może przyczynić się do zwiększenia poczucia zagrożenia lub wrogości u osób z BPD. Dodatkowo, w jednym z naszych badań wykazano nadmierną pewność w rozpoznawaniu emocji u osób z BPD (Schilling et al., 2012). W tym przypadku, badanie ToM przeprowadzono za pomocą zrewidowanej wersji Reading Mind in the Eyes-Test (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste & Plumb, 2001). Pod względem wskaźnika błędów pacjenci z BPD i osoby zdrowe uzyskały zbliżone wyniki. W badaniu tym po raz pierwszy zbadano także zaufanie uczestników

do swoich odpowiedzi: w porównaniu z osobami zdrowymi pacjenci z BPD często stwierdzali, że są w 100% pewni swoich interpretacji ekspresji mimicznych przedstawianych twarzy. Biorąc pod uwagę niejednoznaczność zastosowanych bodźców, odpowiedzi te można uznać za nieroztropne i potencjalnie ważne, biorąc pod uwagę niepewność i błędy popełniane w codziennym życiu. Podobna nadmierna pewność swoich ocen jest również dobrze udokumentowana u pacjentów z psychozą (np. Moritz, Woodward i Rodriguez-Raecke, 2006). Ponadto w innych badaniach dotyczących poznania społecznego ustalono (Arntz i Veen, 2001; Barnow i in., 2009), że w porównaniu z osobami zdrowymi pacjenci z BPD częściej przypisują cechy negatywne i agresywne innym osobom (np. oceniane przy pomocy krótkich klipów filmowych). To z kolei może zwiększyć podejrzliwość i postrzegane zagrożenie. Pacjenci z BPD często wykazują również dużą wrażliwość na odrzucenie, co zostało potwierdzone empirycznie (Dulz, Herpertz, Kernberg i Sachsse, 2011; Staebler, Helbing, Rosenbach i Renneberg, 2011).

Odmienne wyniki otrzymano stosując inne paradygmaty eksperymentalne do badania teorii umysłu, takie jak cartoon task (Ghiassi i in., 2010), faux pas task (Harari i in., 2010) oraz the Movie for the Assessment of Social Cognition - MASC (Preißler i in., 2010). W badaniu Preißlera i in. (2010), pacjenci z BPD nie ujawniali deficytów w teście Reading Mind in the Eyes; jednak w bardziej złożonym MASC autorstwa Dziobka i wsp. (2006) osoby z BPD wykazywały zaburzenia rozpoznawania emocji, myśli i intencji w porównaniu z osobami zdrowymi. W tym przypadku współistnienie zespołu stresu pourazowego, występowanie intruzji i doświadczenie traumy seksualnej były negatywnymi predyktorami umiejętności społecznych i poznawczych. W badaniu Ghiassi i in. (2010), zaobserwowano ujemną korelację pomiędzy jakością uczuć rodzicielskich (np. brak emocjonalnej wiarygodności, odrzucenie lub nadopiekuńczość) a zdolnością do mentalizacji (opis koncepcji mentalizacji, patrz np. Bateman i Fonagy, 2004). Ponadto Harari i in. (2010) wykazali występowanie wyższego poziomu empatii afektywnej i niższego empatii poznawczej u pacjentów z BPD, podczas gdy w grupie kontrolnej wyniki były przeciwne.

Inne badania wskazują na pewien rodzaj hipermentalizacji lub nadwrażliwości u osób z BPD (Schulze i in., in press; Frick i in., 2012, Franzen i in., 2011; Sharp i in., 2011). Jak już wyjaśniono w części dotyczącej stylu atrybucji, pacjenci z BPD mogą mieć trudności z widzeniem rzeczy z perspektywy innych osób, szczególnie gdy w grę wchodzi silne emocje. Może to być związane

z opisanym „egocentrycznym” stylem atrybucji, a także z osadzeniem we własnych percepcjach.

Najnowszy przegląd dotyczący poznania społecznego w BPD można znaleźć również w Roepke i in. (2013).

#### *Odkrywanie pozytywów (moduł 4)*

Wydaje się, że pacjenci z BPD mają tendencję do koncentrowania się na negatywnych aspektach swojego otoczenia (np. podczas rozpoznawania emocji) i zapamiętywania tych negatywnych informacji zamiast pozytywnych (Baer i in., 2012; Dulz i in., 2011; Jorgensen i in. al., 2012). B-MCT ma na celu nauczenie pacjentów, jak zwracać uwagę na pozytywne aspekty otoczenia, czy może raczej, nie tracić ich z oczu. Ponadto moduł ten odnosi się również do koncepcji poszukiwania sensu (por. Frankl, 2006) i „radykalnej akceptacji” wywodzącej się z terapii dialektyczno – behawioralnej (DBT; Linehan, 1993). Zgodnie z ich założeniami ludzie nie zawsze mogą sami zmienić trudne sytuacje. Pomocne w przetwarzaniu i radzeniu sobie z sytuacją może być jej zaakceptowanie (szczegółowy opis koncepcji radykalnej akceptacji znajduje się np. w Bohus i Wolf, 2009). Ponadto kryzysy i trudne sytuacje zawsze dają szansę na pozytywne zmiany i mogą być uważane za wyzwania. Oprócz zmienionej percepcji, należy rozpoznać, nazwać i wzmacniać mocne strony i umiejętności pacjentów zgodnie z orientacją na zasoby, a nie deficyty (patrz np. Fiedler i Renneberg, 2007).

Jak już wspomniano na wstępie, pacjenci z BPD często wykazują sprzeczne podstawowe założenia i myśli, które przyczyniają się do nieprzyjemnego stanu emocjonalnego i mogą prowadzić do sprzecznych intencji (szczegółowy opis, a także narzędzie do pomiaru antagonizmów poznawczych, patrz Renneberg i in., 2005). Te niespójności w myśleniu i możliwe konsekwencje w zakresie działania i emocji zostaną wyjaśnione w treningu, w odniesieniu do teorii dysonansu poznawczego Festingera (1978).

#### *Samoocena (moduł 6)*

Jedno z naszych wstępnych badań oraz badania przeprowadzone na populacji osób zdrowych, chorujących na schizofrenię oraz BPD wskazują, że najniższą samooceną w skali Rosenberga (RSE; Rosenberg, 1965) charakteryzują się osoby z BPD. Ponieważ to zagadnienie jest bardzo istotne w odniesieniu do BPD, DBT uwzględnił moduł specjalnie zaprojektowany do tego celu

(patrz także Jacob i Potreck-Rose, 2007; Jacob, Richter, Lammers, Bohus i Lieb, 2006). W naszym treningu poświęciliśmy również jedną sesję temu tematowi, w której nacisk kładziony jest na przetwarzanie poznawcze informacji, które mogą mieć wpływ na samoocenę. Informacje, które uczestnicy prawdopodobnie znają z DBT, powinny zostać zebrane i powtórzone w tym miejscu.

### *Przeskok do konkluzji (moduł 7)*

BPD charakteryzuje się znaczną impulsywnością (kryterium diagnostyczne 4, DSM-IV). Pacjenci często zachowują się nierozważnie, czego później mogą żałować, co prowadzi do odczuwania poczucia winy lub samoponiżania. Impulsywność może powodować konflikty, szczególnie w kontaktach interpersonalnych. Zniekształcenie myślenia, które jest dobrze udokumentowane w grupie osób chorujących na schizofrenię (por. np. Fine, Gardner, Craigie i Gold, 2007; Lincoln, Ziegler, Mehl i Rief, 2010) może być również związane z impulsywnością to tzw. przeskok do konkluzji (jumping to conclusions; JTC). JTC definiuje się jako tendencję do wydawania osądów na podstawie niewystarczającej ilości informacji. We wspomnianym badaniu przeprowadzonym przez naszą grupę roboczą po raz pierwszy zbadano to zniekształcenie u pacjentów z BPD, wykorzystując zmodyfikowaną wersję „beads task” autorstwa Garety, Hemsley i Wessely (1991). W porównaniu z osobami zdrowymi, pacjenci z BPD częściej wyciągali pochopne wnioski, jednak zdarzało się to rzadziej niż u pacjentów ze schizofrenią. I odwrotnie, w samodzielnej ocenie zniekształceń poznawczych (Cognitive Biases Questionnaire for Psychosis - CBQP; Schwannauer i in., 2010) można było zaobserwować wyraźną tendencję do JTC u pacjentów z BPD, która była jeszcze bardziej wyraźna niż u pacjentów ze schizofrenią.

### *Nastrój (moduł 8)*

Zaburzenia osobowości typu borderline charakteryzują się wysokim wskaźnikiem współwystępowania z zaburzeniami afektywnymi. Ponad połowa pacjentów z BPD cierpi również na depresję (Tadić i in., 2009; Zanarini i in., 1998). Ponadto pacjenci z BPD często stawiają sobie zbyt wysokie wymagania (Jacob i in., 2006), co z kolei może mieć negatywny wpływ na ich nastrój i samoocenę. Moduł omawia zniekształcenia myślenia, które wydają się iść w parze z powstawaniem i utrzymywaniem się objawów depresyjnych. Zgodnie z

koncepcją terapii poznawczo-behawioralnej Aarona Becka (1979) należą do nich zniekształcenia takie jak: „wszystko albo nic” (np. „Ponieważ popełniłem błąd w pracy, jestem całkowitym przegranym”), a także „nadmierne uogólnienia” (np. „Jeśli raz zawiodę, zawsze będę zawodzić”) w odniesieniu do sytuacji (empiryczne dowody nadmiernego uogólnienia patrz np. Carver, 1998). Niekorzystne wzorce myślenia powinny zostać uświadomione i zastąpione przez bardziej pozytywne / realistyczne.

Bardziej szczegółowy opis zniekształceń myślenia związanych z depresją znajduje się również w podręczniku D-MCT (Jelinek i in., 2011).

### **Dotychczasowe badania dotyczące skuteczności B-MCT**

#### *Wyniki badań dotyczących B-MCT*

Możliwość przeprowadzenia B-MCT i stopień jego akceptacji przez uczestników zbadano pod koniec 2010 roku. 57 pacjentów z BPD zostało zrekrutowanych na oddziale zaburzeń osobowości na Wydziale Psychiatrii i Psychoterapii Uniwersyteckiego Centrum Medycznego Hamburg-Eppendorf. Sesje przeprowadzane były raz w tygodniu (w grupach do 8 uczestników; każda sesja trwała 60 minut). Aby uzyskać wstępne informacje zwrotne dotyczące skuteczności treningu, wykorzystaliśmy krótką wersję listy objawów BPD (BSL-23; Bohus i in., 2009), dzięki której możliwa była ocena nasilenia objawów, przed i po treningu. Dodatkowo uwzględniliśmy zmienne socjodemograficzne oraz stosowane leczenie.

Wyniki wyraźnie wykazały duży wpływ leczenia na objawy uwzględniane przez BSL-23 ( $F = 4,73$ ;  $p = 0,039$ ,  $\eta^2 = 0,154$ ). Pacjenci mieli również możliwość przedstawienia sugestii dotyczących ulepszenia treści przekazywanych podczas treningu. Zbadaliśmy za pomocą kwestionariuszy możliwe nakładanie się materiału z innymi interwencjami terapeutycznymi (np. DBT). Uzyskane wyniki wskazywały, że uczestnicy oszacowali, że zakres nakładania się treści zawartych w B-MCT z innymi interwencjami, w tym DBT, jest niewielki. Nie mogliśmy jednak przeprowadzić badania uwzględniającego grupę kontrolną z powodu braku zasobów.

Ze względu na braki metodologiczne wyniki należy traktować jako wstępne i należy je poprzeć dalszymi badaniami. Materiał szkoleniowy został gruntownie zmieniony i rozszerzony w oparciu o nasze doświadczenia ze wstępnych badań.

Obecnie (od sierpnia 2013 r.) prowadzone są dwa badania z randomizacją (w University Medical Center Hamburg-Eppendorf i Asklepios Medical Center Nord-Wandsbek) z wykorzystaniem zmodyfikowanej wersji B-MCT w celu oceny skuteczności (w porównaniu z grupą sportową i grupą relaksacyjną). Kolejnym celem badań jest poznanie sposobu myślenia pacjentów z BPD.

Aktualne wyniki badań są publikowane i aktualizowane na naszej stronie internetowej ([www.uke.de/borderline](http://www.uke.de/borderline)).

Aby zapoznać się z podsumowaniem poprzednich badań dotyczących skuteczności MCT u pacjentów z psychozą, patrz Moritz, Vitzthum i in. (2010a).



## Struktura i zawartość

Przed szczegółowym przedstawieniem modułów chcielibyśmy zająć się niektórymi aspektami organizacyjnymi. B-MCT to program treningu poznawczo - behawioralnego dla grup terapeutycznych. Ponieważ materiał do treningu metapoznawczego jest w dużej mierze oczywisty, aby umożliwić modyfikację programu dla poszczególnych pacjentów, staraliśmy się, aby instrukcja była stosunkowo krótka. Jednak przestudiowanie poniższych rozdziałów w żaden sposób nie zastępuje dokładnej analizy pojęć teoretycznych. Program treningu metapoznawczego dla pacjentów z BPD obejmuje następujące materiały ([patrz www.uke.de/borderline](http://www.uke.de/borderline)):

- 8 prezentacji PowerPoint® w formacie pdf
- Podręcznik
- 8 ulotek
- Czerwone i żółte kartki
- Zasady grupy

### *Liczba modułów i częstotliwość sesji*

Program składa się łącznie z ośmiu modułów. Przeprowadzanie dwóch modułów na tydzień okazało się skuteczne.

### *Czas trwania sesji*

Każda sesja trwa od 45 do 60 minut.

### *Liczba uczestników*

Wielkość grupy powinna się zawierać pomiędzy 3 a 10 pacjentami.

### *Początek każdej sesji*

Ponieważ grupa jest otwarta, a nowi uczestnicy mogą dołączyć w dowolnym momencie, zaleca się zorganizowanie krótkiej rundy wprowadzającej na początku sesji. Doświadczeni uczestnicy wyjaśniają nowicjuszom cel i specyfikę szkolenia (patrz „Przedstawiamy program nowym

uczestnikom”). Ponadto na początku należy zapytać, czy ktoś ma pytania dotyczące ostatniej sesji lub trener może zapytać, jakie treści uczestnicy już zastosowali.

### *Zakończenie każdej sesji*

Nawet jeśli nie wszystkie ćwiczenia zostały ukończone do końca sesji, trener powinien przejść do ostatnich slajdów, które podsumowują cele treningu. **Zapytaj uczestników, czego nauczyli się podczas sesji i jakie strategie chcieliby wypróbować.** Na koniec rozdawane są ulotki zawierające krótkie streszczenie przekazywanych treści. Ponadto każdy nowy uczestnik otrzymuje żółtą i czerwoną kartkę (mniej więcej wielkości wizytówki) na koniec pierwszej sesji wraz z instrukcjami, jak z nich korzystać.

Żółta kartka zawiera trzy podstawowe pytania, które uczestnicy powinni skonsultować w razie potrzeby, gdy na przykład czują się urażeni lub obrażeni:

- 1) Jakie są dowody?
- 2) Czy istnieją alternatywne wyjaśnienia?
- 3) Nawet, gdy mam rację – czy nie reaguję nadmiernie?

Pytania te mają na celu skłonienie uczestników do ponownego rozważenia dostępnych dowodów przed wyciągnięciem pochopnych, fałszywych wniosków. Czerwona kartka to karta alarmowa. Pacjentów zachęca się do zapisywania numerów telefonów osób i instytucji, z którymi można się skontaktować w razie potrzeby. Pacjenci powinni zawsze mieć przy sobie obie karty (np. w portfelu).

### *Wyposażenie pokoju*

Wymagany jest cichy pokój z wystarczającą liczbą krzeseł i sprzętem pozwalającym na wyświetlanie slajdów na ścianie lub ekranie.

### *Niezbędne wyposażenie*

Wymagany jest projektor i laptop lub komputer wyposażony w Adobe Acrobat Reader® (do pobrania za darmo). Slajdy powinny być wyświetlane w trybie pełnoekranowym programu Adobe Acrobat.

### *Doświadczeni trenerzy*

Najlepiej, gdy trenerami są psychologowie lub psychiatry, którzy mają doświadczenie w pracy z pacjentami z BPD. Pielęgniarki psychiatryczne i terapeuci zajęciowi mogą również prowadzić trening po otrzymaniu odpowiednich instrukcji. Idealnie, trenerzy powinni mieć wcześniejsze doświadczenie w moderowaniu sesji grupowych. Ponadto powinni być zaznajomieni z dysocjacją, która może wystąpić u pacjentów z BPD.

### *Ogólne zalecenia i radzenie sobie w trudnych sytuacjach podczas sesji*

Pomimo bardzo pozytywnych opinii uzyskanych podczas szkolenia od pacjentów w naszej klinice, w trakcie treningu mogą pojawić się trudne sytuacje. Poniżej przedstawiamy zalecenia dotyczące konstruktywnego postępowania w takich przypadkach.

Nadmierna reakcja na sceptycyzm ze strony niektórych pacjentów (szczególnie podczas pierwszej sesji) przynosi efekt przeciwny do zamierzonego. Należy jednak zapobiegać zachowaniom zakłócającym spójność. Trener może w tym momencie odwoływać się do zasad grupy (patrz s. 17).

Ponieważ przykłady w każdym module mają służyć głównie jako zachęta, ważne jest, aby podczas szkolenia włączać przykłady podawane przez uczestników. To pokazuje znaczenie programu w życiu codziennym (pokazując slajd „Dlaczego to robimy?”, zapytaj, w jaki sposób uczestnicy mogą odnosić się do opisów). Ułatwia to większości pacjentów odniesienie się do swoich własnych doświadczeń i codziennego życia. Ponadto pomocne może być wykorzystanie przykładów z poprzednich sesji. W niektórych przypadkach przydatne może być odwołanie się do kolejnych sesji szkoleniowych, które zajmą się bardziej szczegółowo niektórymi tematami. **Aktywnie angażuj pacjentów, szczególnie w slajdy z pytaniami („???”) i pozwól grupie omówić temat lub ćwiczenie.**

Jeśli pacjenci krytykują praktyczne porady jako zbyt trudne do wdrożenia, powiedz im, że jest to program „szkoleniowy”. Na przykład użyj następującej metafory: Nasz mózg jest podobny do mięśnia. Podobnie jak mięsień, musi być najpierw wytrenowany i niestety wymaga to czasu.

Kolejna przydatna metafora: „dobre drogi vs. nieznane szlaki”. Dobra droga oznacza znane (niekorzystne) wzorce poznawcze i behawioralne. W przeszłości ta trasa była konsekwentnie używana, ponieważ stanowi łatwą trasę, po której można wygodnie jeździć. Nieznajome ścieżki oznaczają nowe myśli i zachowania, z których należy skorzystać kilka razy, zanim będą one tak łatwo dostępne, jak dobra droga. Wymaga to czasu, cierpliwości i pewnej chęci do podjęcia wysiłku. Ale ostatecznie te nowe nieznane szlaki (umiejętności) mogą stać się nawykami. Podsumowując, należy zachęcać pacjentów do wypróbowania czegoś nowego i przetestowania, jak może zmienić ich stan emocjonalny lub relacje. Ponadto, aby zwiększyć motywację, uczestnikom należy konsekwentnie przypominać o ich osiągnięciach. Program treningowy reprezentuje tylko jedną pojedynczą metodę terapeutyczną; dlatego istotne z indywidualnego punktu widzenia treści powinny być dalej rozpatrywane w trakcie terapii indywidualnej. Niezbędne jest równoczesne uczestnictwo w DBT lub grupie treningu umiejętności.

#### *Radzenie sobie z wrażliwością na odrzucenie*

Pacjenci z BPD często wykazują silne obawy dotyczące domniemanego lub faktycznie doświadczonego odrzucenia społecznego. Po pierwsze, ich uwaga jest szczególnie skoncentrowana na wskazówkach, które mogą wskazywać na odrzucenie lub wykluczenie społeczne. Jednocześnie wydają się reagować bardziej gwałtownie na takie wskazówki niż osoby zdrowe. Jak wykazano w eksperymentach obrazujących interakcje społeczne, pacjenci z BPD doświadczają emocjonalnego odrzucenia przez innych (np. Staebler, Helbing, Rosenbach i Renneberg, 2011), chociaż obiektywnie wcale nie zostali wykluczeni. Dlatego podczas przeprowadzania B-MCT szczególnie ważne jest obserwowanie czy sposób, w jaki zawartość modułów jest przedstawiana przez trenera za pomocą języka, gestów i zachowania, potencjalnie wpływa negatywnie na uczestników. Nie oznacza to, że trener musi uważać na każde słowo, jednak ze względu na zwiększoną reaktywność pacjentów uzasadnione jest regularne sprawdzanie, czy pożądanym tonem, nie został zatracony w rutynie. W związku z tym pomocne może okazać się wprowadzenie przykładów z życia codziennego i normalizowanie doświadczeń. Pojęcia takie jak „to ludzkie, dać się złapać w pułapkę myśli, ale często może prowadzić to do negatywnych konsekwencji” mogą być wykorzystane przy omawianiu pewnych zniekształceń myśli. Unikanie używania podburzających słów, takich jak „zaburzenie” lub „choroba”, gdy nie są one wymagane, może pomóc w zapobiegnięciu

wywołania poczucia odrzucenia przez uczestników. Pomaga to zapewnić trenerom mniejszy opór przy wprowadzaniu treści, które zostały wyraźnie utworzone w celu nakreślenia związku między omawianymi zniekształceniami myśli a BPD (np. slajdy: „Dlaczego to robimy?”).

### *Przedstawiamy program nowym uczestnikom*

Trening metapoznawczy jest programem otwartym. Pacjenci mogą dołączać w dowolnym momencie trwania cyklu szkoleniowego. Nowi uczestnicy powinni być informowani o czym jest program - najlepiej przez doświadczonych uczestników, z pomocą trenera. Uczestnicy powinni zapoznać się z terminem metapoznanie: meta wywodzi się z greki, zaś poznanie odnosi się do wyższych procesów umysłowych, takich jak uwaga, pamięć i rozwiązywanie problemów. Metapoznanie oznacza zatem myślenie o sposobie myślenia lub myślenie o własnym myśleniu. Aby przedstawić te wyjaśnienia nowym uczestnikom, skorzystaj z przykładów z pierwszych slajdów wprowadzających (zatytułowanych „Jedno wydarzenie - wiele możliwych emocji”) poprzedzających każdy moduł. Prezentuj slajdy wprowadzające tylko wtedy, gdy są nowi uczestnicy. Przykłady ilustrują sposób, w jaki myśli mogą wpływać na uczucia i zachowanie, i różnią się w każdym z ośmiu modułów. W przypadku tych slajdów należy podkreślić, że B-MCT jest metodą terapeutyczną ukierunkowaną na myśli. Sercem programu są style myślenia, które zgodnie z obecną wiedzą są zaangażowane w rozwój i podtrzymywanie BPD, należy podkreślić, że nie wszyscy pacjenci będą mieli wszystkie te zniekształcenia w tym samym czasie. Należy poinformować uczestników, że treści niektórych sesji mogą być bardziej dostosowane do indywidualnych potrzeb niż inne. Należy również wyjaśnić, że u wszystkich, nie tylko u pacjentów z BPD, czasami pojawiają się niekorzystne wzorce myślowe, ale nie z taką samą intensywnością. We wprowadzeniu do każdego z modułów treningowych, wyjaśnij, w jaki sposób skrajne, dysfunkcyjne wzorce myślenia mogą prowadzić do problemów w życiu codziennym. Należy regularnie zwracać uwagę na związek między celami nauki a trudnościami w życiu codziennym. W tym celu każdy moduł zawiera kilka slajdów podkreślających ich praktyczne znaczenie (slajdy: „Dlaczego to robimy?” i „Wpływ na zachowanie”). Podstawowym celem programu szkoleniowego jest przeniesienie umiejętności do życia codziennego.

Ponieważ pacjenci często cierpią z powodu dużego napięcia emocjonalnego, na początku można omówić umiejętności odporności na stres z DBT Linehan (1993). Dotyczy to w szczególności sytuacji, gdy uczestnicy jednocześnie korzystają z DBT lub uczęszczają na trening umiejętności i znają tę koncepcję. Należy wyjaśnić, że podczas silnych emocji bardzo trudno jest wpływać na własne myśli. Dlatego pacjenci powinni ćwiczyć treści, których nauczyli się podczas sesji, będąc w niskim lub średnim poziomie napięcia emocjonalnego (prewencja).

#### *Kryteria włączenia i wyłączenia z treningu*

Trening został zaprojektowany dla pacjentów z rozpoznaniem zaburzenia osobowości typu borderline / niestabilnego emocjonalnie (również typu impulsywnego). Udział w nim jest również wskazany dla pacjentów, którzy tylko częściowo spełniają kryteria BPD. MCT dla pacjentów z psychozą jest zalecaną opcją dla pacjentów, którzy obecnie lub w przeszłości wykazywali objawy psychotyczne, zwłaszcza urojenia (<http://www.uke.de/mct>).

#### *Atmosfera*

- 1) Mimo że program szkolenia jest wysoce ustrukturyzowany, pacjenci powinni zawsze mieć wystarczająco dużo czasu na wymianę poglądów, ponieważ zdobycie samoświadomości i odniesienie przedstawianych treści do siebie jest niezbędne do przeniesienia nowo nabytych umiejętności do codziennego życia. Wykonanie wszystkich ćwiczeń w ramach jednej sesji nie jest wymagane.
- 2) Uczestnicy nie powinni być zmuszani do angażowania się, a trener powinien działać w sposób niewywyższający / wspierający.
- 3) W przypadku zaobserwowania problematycznych wzorców komunikacji trener powinien odwołać się do zasad grupy (patrz następny rozdział), które obejmują między innymi podstawowe zasady zaangażowania interpersonalnego (np. słuchać innych ludzi, okazywać szacunek dla różnych opinii). Krytykowanie innych członków grupy jest niewskazane.
- 4) Stwórz przyjazną i najlepiej humorystyczną atmosferę. Ćwiczenia powinny być zabawne i interaktywne.

### *Zasady grupy*

Materiał zawiera slajd, na którym zawarte jest dziesięć reguł programu treningowego. Można go wydrukować w formacie plakatu i zawiesić w pokoju, aby wszyscy mogli je zobaczyć. Ilekroć w grupie pojawiają się nowi członkowie, należy ich poinformować o zasadach.

Poniżej przedstawiamy docelowe obszary i podstawowe zadania dla każdego modułu. Następnie przedstawiany jest cel modułu, a także ogólne i szczegółowe zalecenia dotyczące przeprowadzania treningu.

## **Moduł I: Atrybucje**

### *Domena docelowa*

Zniekształcenia stylu atrybucyjnego, zwłaszcza jednostronny styl atrybucyjny, w którym przyczyna większości zdarzeń jest przypisywana sobie.

### *Zawartość modułu*

Przedstaw ogólne slajdy wprowadzające (slajdy 1-13) poprzedzające każdy moduł, tylko jeśli są nowi uczestnicy. W przeciwnym razie możesz zacząć od slajdu 14.

Na początku (slajdy 15-27) wyjaśnij uczestnikom za pomocą przykładów termin „atrybucja”. Na slajdzie 19 uczestnicy proszeni są o podanie różnych przyczyn opisywanej sytuacji („Przyjaciel każe ci czekać”). Następnie następuje podział na trzy podstawowe grupy przyczyn: ja, inni i okoliczności. Zgodnie z regułami takiego podziału można znaleźć różne przyczyny sytuacji opisanej na slajdzie 23 („Jesteś wypisany ze szpitala nie czując się lepiej”). Na slajdzie 26 uczestnicy są zachęceni do znalezienia zrównoważonych odpowiedzi, które najlepiej obejmują wszystkie trzy podstawowe grupy przyczyn.

Kolejne slajdy (28-41) przybliżają uczestnikom ekstremalne zniekształcenia atrybucyjne i ich możliwe konsekwencje (np. ciągłe przenoszenie winy na inne osoby często prowadzi do napięcia interpersonalnego). Grupa jest proszona o omówienie zrównoważonych atrybucji dla pozytywnej i negatywnej sytuacji.

W dalszej części (slajdy 44-60) trener i uczestnicy zestawiają efekty, zarówno krótko- jak i długoterminowe, ciągłego odnoszenia zachowania innych ludzi do siebie. Przekazywane są strategie, które pomagają zmniejszyć takie bardzo osobiste atrybucje (np. przyjmowanie perspektywy). Wykres kołowy (slajdy 60-61) pokazuje, że warto otworzyć się na alternatywne wyjaśnienia i nie zawsze przypisywać sobie „największy kawałek ciasta”. Wizualizacja niekorzystnych atrybucji za pomocą wykresu może pomóc uczestnikom lepiej zrozumieć to zagadnienie.

Znajdujący się w dalszej części opis podstawowego błędu atrybucji (slajdy 62-68) pokazuje również, że wpływ sytuacji (okoliczności/przypadek) jest często pomijany lub niedoceniany. Jak wyjaśniono wcześniej, uczestnicy powinni najpierw omówić możliwe czynniki sytuacyjne



dotyczące negatywnych zdarzeń. Celem tego modułu jest pokazanie, że nigdy nie uda się znaleźć ostatecznych odpowiedzi; raczej należy rozważać różne możliwości. Nawet w przypadku wydarzeń, które wydają się mieć tylko jedno wiarygodne wyjaśnienie (np. „ktoś mówi, że wyglądasz na zmęczonego”; możliwe wyjaśnienie: „Ona nie jest moją prawdziwą przyjaciółką, chce mnie urazić”), należy wziąć pod uwagę także inne wyjaśnienia (np. „osoba chce wyrazić empatię” lub „Naprawdę źle się teraz czuję”).

Po slajdach „cele nauczania” (74–77) moduł ten wyjaśnia również w jaki sposób można błędnie przypisywać także uczucia (slajdy 78–87; badanie Dutton i Aron, 1974).

### *Materiał*

Ćwiczenia pochodzą z MCT dla pacjentów z psychozą i są analogiczne do elementów Internal, Personal, Situational Attribution Questionnaire (IPSAQ, Kinderman and Bentall, 1997). Pod koniec prezentacji dziękujemy za wkład artystów i fotografów, których ilustracje i zdjęcia zostały wykorzystane.

### *Cel modułu*

W ćwiczeniach uczestnicy proszeni są o przejrzenie możliwego przebiegu wydarzeń i wygenerowanie wyjaśnień uwzględniając trzy różne źródła: siebie, innych ludzi i czynniki sytuacyjne. Należy rozważyć różne możliwości, które pomagają osłabić dysfunkcyjne wzorce atrybucji (np. „To zawsze moja wina” vs. „To zawsze wina drugiej osoby”). Głównym celem tego modułu jest wskazanie, że wiele czynników może prowadzić do jednego wydarzenia lub scenariusza. Jak wskazano, dotyczy to nawet sytuacji, w których na początku wydaje się możliwe tylko jedno wyjaśnienie.

### *Ogólne zalecenia*

Cytowane odpowiedzi służą jako przykłady, a nie jako jedyne rozwiązania. Opinia członków grupy może się od nich różnić. Trener może wykorzystać slajdy 27–33 (przyjmowanie komplementów), aby odnieść się do modułu „Odkrywanie pozytywów”, w którym ten temat jest omawiany bardziej kompleksowo. W części ćwiczeniowej modułu (od slajdu 69) trener może stworzyć dalsze przykłady lub poprosić o to uczestników. Jednak trener powinien zadbać o to, aby dyskusje nie były zbyt prywatne. Jest wiele ćwiczeń, dlatego ważne jest, aby unikać nudnych wypowiedzi z długimi refleksjami na temat jednego zadania.

Po przedstawieniu kilku alternatyw, grupa może wspólnie z trenerem wybrać najbardziej prawdopodobną przyczynę. Należy oszacować możliwe konsekwencje danej interpretacji. Wyjaśniając „podstawowy błąd atrybucji”, należy wyjaśnić uczestnikom, że opisuje on ogólne usposobienie człowieka i nie jest specyficzne dla BPD.

### *Szczegółowe zalecenia (przykłady)*

Omawiając scenariusze negatywne, pozwól uczestnikom rozpocząć od „okoliczności”. Omawiając scenariusze pozytywne, zacznij od „siebie”. Przedyskutuj z pacjentami wiarygodność każdego wyjaśnienia.

Scenariusz	Atrybucje		
	Ja	Inni	Okoliczności/przypadek
1. Wyglądam źle	Źle się czuję. Jestem chory.	Ta osoba mówi to wielu ludziom, to tylko takie wyrażenie. Ta osoba chce mnie obrazić. Ta osoba stara się wyrazić zaniepokojenie.	Prawie wszyscy z mojej pracy, oprócz mnie, byli na wakacjach. Może w porównaniu do nich nie wyglądam na tak wypoczętego.
2. Obiad	Wyświadczyłam mu przysługę (np. pomogłam mu w pracy).	On jest bardzo hojny. Chce za coś przeprosić.	Wygrał na loterii (mało prawdopodobne). Dziś są moje urodziny.
3. Dziecko płacze	Nie umiem trzymać dzieci we właściwy sposób i robię to źle.	Dziecko nie zostało nakarmione o czasie.	Czasem dzieci płaczą bez powodu. Dziecko zostało ugryzione przez osę (mało prawdopodobne).
4. Odmowa pomocy	Nie pomogłam jej, kiedy mnie o to prosiła.	Ona zazwyczaj nie pomaga w tego typu zadaniach. Uważa, że sobie poradzę sama.	Jest teraz bardzo zajęta.

## **Moduł 2: Ruminacje i katastrofizowanie**

### *Domena docelowa*

Ruminacje; myślenie katastroficzne

### *Zawartość modułu*

Przedstaw ogólne slajdy wprowadzające (slajd 1-12) poprzedzające każdy moduł, tylko jeśli są nowi uczestnicy. W przeciwnym razie możesz zacząć od slajdu 13.

Zacznij od omówienia z uczestnikami znaczenia i definicji terminu „ruminacje” (slajd 14). Ponadto zwróć uwagę, że myśli ruminacyjne przeważnie obracają się głównie wokół tematów interpersonalnych, a także związanych z nimi negatywnych uczuć (slajdy 16–22). Od slajdu 23 zostaną wyjaśnione specyficzne cechy ruminacji odróżniające je od refleksji i rozwiązywania problemów. Dysfunkcyjne meta-przekonania dotyczące ruminacji (np. „Myślenie o tym cały czas pomaga mi rozwiązywać problemy”) należy podważać i modyfikować. Ponadto przekaż, że podczas ruminacji myśli są często bardzo ogólne i niejasne; pacjenci raczej pytają „dlaczego” zamiast „jak” lub „co” (np. „dlaczego tak się stało ze wszystkimi ludźmi?” zamiast „Co się dokładnie stało? Jak mogę zmienić sytuację?”).

Począwszy od slajdu 37 wprowadzamy ćwiczenia przeciwdziałające ruminacjom. Należy podkreślić, że trzeba wypróbować różne strategie, ponieważ ćwiczenia nie działają jednakowo dobrze w przypadku każdej osoby. Ponadto przed przeprowadzeniem ćwiczeń przeciw ruminacjom zapytaj uczestników, czy znaleźli już strategie, które działają w ich przypadku. Ćwiczenie ciała na slajdzie 40 powinno być wykonywane aktywnie z uczestnikami, aby wykazać, że nie można go wykonać i ruminować w tym samym czasie. Ważne jest, aby sukcesywnie rozszerzać ćwiczenie.

Jeśli trener zna inne ćwiczenia przeciwko ruminacjom, można je oczywiście dodać (np. pomocne może być zanotowanie myśli ruminacyjnych, aby przejrzeć je w późniejszym terminie lub wprowadzić ćwiczenia oddychania przeponowego).

Druga część modułu (slajd 45) dotyczy „myślenia katastroficznego”. Przeważnie pacjenci dobrze znają ten schemat myślenia. Często pacjenci odnoszą się do wyobrazonego porzucenia przez partnera. Celem jest przekazanie uczestnikom, że zamiast każdej „negatywnej prognozy” możliwa jest alternatywna, mniej katastrofalna prognoza, i że mogą uniknąć katastroficznego

myślenia. Ponadto pokaż uczestnikom fałszywe (wyraźnie przesadzone) oszacowanie prawdopodobieństwa oparte na katastrofizowaniu (slajdy 49–51). Następnie (slajdy 52–62) zbieraj i omawiaj z uczestnikami możliwe skutki „wróżenia” (np. samospełniające się proroctwa).

Część ćwiczenia została zawarta na końcu modułu (slajd 63), aby zilustrować tak zwany „błąd potwierdzenia”. Przedstawiono trzy różne obrazy (powódź, burza, ogień). Pacjenci proszeni są o podanie odpowiedniego terminu ogólnego (natura), proponując dalsze wydarzenia, które pasowałyby do zaproponowanej kategorii (np. erupcja wulkanu). Terapeuta odpowiada twierdząco lub nie, w zależności od tego, czy przedmioty pasują do ogólnego terminu, czy nie. Ponieważ pokazane zdjęcia sugerują (fałszywy) termin „klęska żywiołowa”, większość ludzi proponuje tylko rzeczy pasujące do tej kategorii. Mało kto wysuwa alternatywne hipotezy lub proponuje przedmioty, które nie pasują do przypuszczalnie poprawnego terminu. To ćwiczenie pokazuje, że często ignorujemy źródła informacji, które nie są zgodne z wygenerowanymi przez nas opiniami lub oczekiwaniami (np. gazety, niektóre programy telewizyjne, książki). Przeprowadzając ćwiczenie z większą grupą, ktoś może już znać ćwiczenie lub odgadnąć prawidłową odpowiedź. Nie potwierdzaj tej odpowiedzi od razu, zbieraj inne propozycje.

### *Materiał*

Zawartość została opracowana przy użyciu D-MCT według Jelinek i in. (2011).

### *Cel modułu*

Celem jest wyjaśnienie, że rumiancje nie pomagają w rozwiązywaniu problemów. W razie potrzeby należy zakwestionować pozytywne przekonania na temat ruminacji, ponieważ mogą one promować ten proces (por. Wells, 2009). Omawiane zadania mają pomóc uczestnikom uciec od cyklu ruminowania i katastrofizowania.

### *Ogólne zalecenia*

Błędne koło ruminacji, negatywnych emocji i dysfunkcyjnych zachowań (patrz teoria, s. 8) należy wyjaśnić uczestnikom, używając na przykład slajdu 22 (emocje towarzyszące

ruminacjom). W razie potrzeby można oczywiście dodać inne ćwiczenia przeciwdziałające ruminacjom.

#### *Szczegółowe zalecenia (przykłady)*

W tym module szczególnie ważne jest umożliwienie i doprowadzenie do wymiany zdań między uczestnikami. Jedną ze sprawdzonych metod jest najpierw zapytanie, jakie techniki pomagają każdemu z uczestników i jakie były ich wcześniejsze doświadczenia z ćwiczeniami. Co więcej, wskazane jest odwoływanie się do przykładów przedstawianych wcześniej przez uczestników i wymienianie ich jako dalsze wskazówki przeciwko ruminacjom (np. „jeden z pacjentów stwierdził, że w takich momentach uważa za pomocne rozwiązanie łamigłówki Sudoku. Czy możesz sobie wyobrazić wypróbowanie tego?”).

## Moduł 3: Empatyzowanie I

### *Domena docelowa*

Teoria umysłu; większa pewność osądu i większe postrzeganie negatywnych emocji u innych ludzi (negatywne nastawienie); hipermentalizacja

### *Zawartość modułu*

Przedstaw ogólne slajdy wprowadzające (slajd 1-13) poprzedzające każdy moduł, tylko jeśli są nowi uczestnicy. W przeciwnym razie możesz zacząć od slajdu 14.

Aby uświadomić sobie, że twarze są istotnymi wskazówkami pozwalającymi wydedukować motywy wewnętrzne danej osoby, ale nie stanowią ostatecznego dowodu, na samym początku sesji prezentowane są cztery zdjęcia przedstawiające sportowca, psychologa, aktora i brutalnego przestępcę (slajd 15). W tym ćwiczeniu odpowiedzi większości ludzi są niepoprawne. Rozwiązanie nie powinno zostać ujawnione do końca modułu. W trakcie modułu uczestnicy proszeni są o opisanie, w jaki sposób empatyzują z innymi ludźmi, jakie źródła informacji wykorzystują i jak wiarygodne są te źródła (slajdy 16-23). Następnie przedstawiamy dowody empiryczne dotyczące BPD („Dlaczego to robimy?”; Slajd 25-27) oraz przykład wpływu błędnej interpretacji na zachowanie (slajdy 28-35). Wpływ naszego własnego stanu emocjonalnego na percepcję/osąd innych jest omawiany na slajdach 35-41. Następnie znajdują się dwa przykładowe slajdy (42-43), w których emocja *zaskoczenia* jest przedstawiona na trzy różne sposoby. Odkryj z uczestnikami w jaki sposób można interpretować negatywne emocje (obrzydzenie, odrzucenie) w zależności od własnego nastroju (zwłaszcza lewy górny obraz). Po pierwszej konkluzji (slajd 45) przedstawiamy ćwiczenie dotyczące przyjmowania perspektywy na slajdach 46-51. Następnie, slajdy 52-58 przedstawiają podstawowe emocje i przypisują je osobom i twarzom. Ponadto podajemy przykłady pokazujące, że ekspresja i gesty mogą być interpretowane w różny sposób, w zależności od pochodzenia kulturowego i wieku (slajdy 59-62: „Będąc w Rzymie, rób to, co Rzymianie”).

W bloku ćwiczeniowym (slajdy 63-88) przedstawiamy zdjęcia z różnymi wyrazami twarzy. Uczestnicy proszeni są o ocenę, jak czuje się osoba na zdjęciu i omówienie wiarygodności

czterech alternatywnych interpretacji. Następnie przedstawiana jest poprawna odpowiedź (większości z nich towarzyszy pokazanie pełnego obrazu).

Ponadto można omawiać konsekwencje błędnych interpretacji w życiu codziennym, zwłaszcza gdy wyrazy mimiczne twarzy są interpretowane negatywnie (np. postrzeganie skoncentrowanego lub neutralnego wyrazu twarzy jako wrogiego).

### *Materiał*

Materiał pochodzi głównie z MCT dla pacjentów z psychozą. Pod koniec prezentacji dziękujemy za wkład artystów i fotografów, których ilustracje i zdjęcia zostały wykorzystane.

### *Cel modułu*

Pierwsza część tego modułu szkoleniowego pokazuje znaczenie mimiki i cech zewnętrznych dla zrozumienia stanu psychicznego i uczuć danej osoby. Jednocześnie pokazuje, że ekspresja emocji i zachowania innych mogą być łatwo źle lub nadmiernie interpretowane. Dlatego uczestnicy powinni nauczyć się koncentrować na kontekście wydarzeń. Aby odpowiednio zinterpretować wyraz twarzy, należy wziąć pod uwagę inne źródła informacji (np. czynniki sytuacyjne, wiedzę o danej osobie). Przede wszystkim należy zachęcać pacjentów, aby zawsze brali pod uwagę możliwość popełnienia błędu w ocenie.

### *Ogólne zalecenia*

Przy ustalaniu najbardziej prawdopodobnej interpretacji pacjenci powinni wziąć pod uwagę kontekst. Podkreśl omylność pierwszych wrażeń i potrzebę bycia otwartym na różne możliwości. Skorzystaj z przykładów, aby podkreślić znaczenie omawianych zagadnień w codziennym życiu. Należy omówić tendencję do nadmiernej interpretacji mimiki twarzy jako negatywnej oraz konsekwencje takiego postępowania (np. postrzeganie zagrożenia lub wrogości).

### *Szczegółowe zalecenia*

Trener może pominąć niektóre ćwiczenia.

### *Wskazówki w znajdowaniu prawidłowej odpowiedzi*

Nie ma żadnych konkretnych wskazówek dla ćwiczeń 1 i 2. Głównym celem uczenia się jest wykazanie, że mimika może być myląca (szczególnie istotne przy interpretacji wyrazów negatywnych lub wrogich) oraz że należy zebrać dodatkowe informacje, zanim dojdzie się do jednoznacznego wniosku. Rozwiązania można wydedukować raczej z kontekstu niż z gestów (np. szczęście = kobieta z woalem ślubnym na weselu; gniew = mężczyzna zaciskający pięść) na slajdach „Różne emocje / uczucia” w pierwszej części modułu.



## **Moduł 4: Odkrywanie pozytywów**

### *Domena docelowa*

Radzenie sobie z pochwałami oraz krytyką; nadmierne skupianie uwagi na negatywnych informacjach ze środowiska; dysonans poznawczy

### *Zawartość modułu*

Jeśli są nowi uczestnicy, przedstaw ogólne slajdy wprowadzające (slajd 1-13) poprzedzające każdy moduł. W przeciwnym razie możesz zacząć od slajdu 14.

Poproś uczestników, aby spróbowali odgadnąć, co może oznaczać tytuł tej sekcji “Odkrywanie pozytywów” (slajd 15). Slajdy 17-20 omawiają w jaki sposób radzić sobie z pochwałami (i ciągłym odrzucaniem pozytywnych informacji zwrotnych). W tym miejscu podkreśl, że przyjmowanie pochwały może być trudne, ponieważ często jest niezgodne z bardzo negatywną samooceną. Taka samoocena najczęściej wynika z doświadczeń z wczesnego dzieciństwa (np. z powodu unieważniającego środowiska). Na początku modułu wspomnij, że ciągłe zaprzeczanie pozytywnym informacjom zwrotnym i równoczesne akceptowanie negatywnych informacji zwrotnych utrudnia pacjentom dążenie do poprawy ich stanu. Slajdy 21-25 omawiają, jak stać się lepszym w przyjmowaniu pochwał. Głównym celem jest zachęcenie pacjentów do zwrócenia szczególnej uwagi na pozytywne informacje zwrotne w ciągu najbliższych kilku dni. Podczas tych prób, powinni próbować “znosić komplement” zamiast natychmiast go odrzucać.

Slajd “Kiedy prawisz komplementy innym?” ma na celu wskazanie, że za prawie każdym komplementem kryje się pozytywna intencja (np. Okazanie uznania, motywowanie, rozweselenie...). Ponadto należy zapytać uczestników, czy rzeczywiście mają to na myśli, gdy chwalą innych. Ponieważ na ogół odpowiedź brzmi twierdząco, trener może słusznie zapytać, dlaczego to samo nie miałyby odnosić się do innych osób.

Slajd 26 ma na celu pokazanie filmu (“validation” from Kurt Kuenne, zobacz: <http://www.youtube.com/user/AGNeuropsychologie>). Jest to krótki klip, który demonstruje w jaki sposób pochwała może wpłynąć na innych ludzi oraz jaki może mieć pozytywny wpływ również na własny nastrój. Ponadto pacjenci powinni spróbować zebrać swoje własne mocne strony na slajdach 40-44.

Od slajdu 45 rozpoczyna się drugi blok tematyczny modułu, na temat dysonansu poznawczego (według Festingera, 1987). Przedyskutuj i zakwestionuj wpływ sprzecznych myśli i ogólnych przekonań na zachowanie i uczucia, używając przykładów. Podczas tego ćwiczenia, pacjenci powinni również być zachęceni do zwracania uwagi na pozytywne aspekty życia codziennego. Co więcej, powinni próbować znaleźć coś pozytywnego lub znaczącego również w wydarzeniach, które wydają się być bardzo trudne („czego mogę nauczyć się z tego na przyszłość?”). Z czasem pomoże to pacjentom odkryć pozytywne aspekty pozornie beznadziejnych lub negatywnych sytuacji. Trzeba wyjaśnić, że przeszłość może się zmienić na lepsze. Należy zapewnić czas na własne przykłady pacjentów.

Na końcu tego modułu (slajdy 76-77), przedyskutuj zmiany w diagnozach w czasie (np. diagnoza zaburzeń osobowości powinna być powtórnie zweryfikowana po dwóch latach, szczególnie w odniesieniu do częstego obecnie kategoryjnego zamiast dymensionalnego schematu diagnostycznego (porównaj zrewidowane wersje DSM V).

Przełącz pacjentom, że niektóre objawy mogą z czasem zniknąć. W tym momencie może być również wskazane wyjaśnienie, jakie kryteria są istotne dla BPD (psychoedukacja).

### *Materiały*

Pierwsze slajdy na temat radzenia sobie z pochwałami i krytyką zostały zaadaptowane z D-MCT (Jelinek i in., 2011). Slajdy na temat świadomości swoich mocnych stron pochodzą z MCT dla pacjentów z psychozą. Pod koniec prezentacji doceniamy wkład artystów i fotografów, których ilustracje i zdjęcia wykorzystaliśmy.

### *Cel Modułu*

Celem tej sesji jest, między innymi, poprawa w zakresie radzenia sobie z pochwałami i krytyką. Bezpośrednie skupienie uwagi na pozytywnych cechach pacjentów (świadomość mocnych stron), a także pozytywnych aspektach codziennych sytuacji życiowych. Ponadto jest nim edukowanie pacjentów na temat BPD (np. przebiegu zaburzenia).

### *Ogólne zalecenia*

Uwzględniaj przykłady pacjentów i odpowiadaj na wszelkie pytania, które mogą się pojawić. Podkreślaj możliwość zmiany stylów myślenia, także samo-poniżających postaw, pod warunkiem, że pacjenci regularnie będą uczestniczyć w treningu.

### *Szczegółowe zalecenia (przykłady)*

Temat pochwał może być bardzo trudny, ponieważ dla niektórych pacjentów może wiązać się z negatywnymi emocjami. Traktuj te treści współczująco i ostrożnie oraz przewiduj możliwe pojawienie się objawów dysocjacyjnych. Jeśli, na przykład, uczestnicy przeżyli w dzieciństwie krytykę lub poniżenie, to zaznacz, że nie muszą przyjmować każdej krytyki. Ponadto należy stworzyć wewnętrzną granicę przeciw zniewagom. Wskaż, że „dewaluowanie” samego siebie, może także mówić coś o innej osobie i w takim przypadku nigdy nie powinno być traktowane jako konstruktywna krytyka (ale jako zniewaga).

## **Moduł 5: Empatyzowanie II**

### *Domena docelowa*

Teoria umysłu i poznanie społeczne; przyjmowanie perspektywy

### *Zawartość modułu*

Jeśli są nowi uczestnicy, przedstaw ogólne slajdy wprowadzające (slajd 1-13) poprzedzające każdy moduł. W przeciwnym razie możesz zacząć od slajdu 14.

Na początku tego modułu (slajdy 15-18), poproś uczestników, aby opowiedzieli o wskazówkach, które mogą pomóc im w ocenie jakiejś osoby (np. język, gesty). Dokładnie przedyskutuj z grupą wady i zalety każdego z kryteriów (slajdy 19-31).

Przy slajdzie 28 należy omówić z uczestnikami z jakimi stereotypami lub uprzedzeniami się zetknęli (np. w związku z ich diagnozami lub pobytem w szpitalu psychiatrycznym) i jak sobie z tym poradzili. Jak pokazuje badanie przedstawione na slajdach 32-40, należy wyraźnie wyjaśnić oddziaływanie słów. Znaczenie przyjmowania perspektywy innej osoby wobec własnego zachowania przedstawiono na ilustracjach na slajdach 51-53.

Od slajdu 54 prezentowane są sekwencje komiksów na które uczestnicy muszą spojrzeć z perspektywy jednego z bohaterów i wydedukować, co ten bohater może pomyśleć o innej osobie lub określonym wydarzeniu. Większość slajdów jest wyświetlana w odwrotnej kolejności, z ostatnim panelem wyświetlanym jako pierwszym. Chronologicznie, ostatni panel jest prezentowany jako pierwszy, podczas gdy pierwszy panel/panele komiksu pozostają zakryte. Z każdym kolejnym panelem rozszerza się kontekst danej historii. Zaleca się, aby po pierwszym zaprezentowanym panelu (tj. ostatnim panelu chronologicznie) zapytać uczestników, czy prezentacja kolejnych paneli jest nadal konieczna lub czy rozwiązanie jest już oczywiste. W rzeczywistości prawdziwy łańcuch wydarzeń jest często przedstawiany w zupełnie innym świetle przez kolejne panele. Jednak w przypadku większości pozycji możliwe są różne interpretacje aż do końca. W takim przypadku uczestnicy powinni zaproponować, jakie dodatkowe informacje są niezbędne do rzetelnej oceny. Dodatkowo, przedyskutuj z grupą które z interpretacji są najlepiej poparte istniejącymi dowodami. Szczegółowe porady dotyczące interpretacji sekwencji komiksu zaprezentowano w tabeli poniżej.

### *Materiał*

W przeważającej części materiał pochodzi z MCT dla pacjentów z psychozą. Komiksy zostały narysowane według naszych instrukcji przez Britta Block, Christin Hoche i Marianę Ruiz-Villarreal. Pod koniec prezentacji doceniamy wkład innych artystów i fotografów, których ilustracje i zdjęcia wykorzystaliśmy.

### *Cel Modułu*

Uczestnicy uczą się różnicy między ich poziomem informacji jako „wszechwiedzący widz” a faktami dostępnymi dla bohaterów. W wielu scenach - jak w prawdziwym życiu - nie można podać jednoznacznych wyjaśnień. Dlatego uczestnicy powinni zaproponować, jakie dodatkowe informacje są potrzebne, aby ostatecznie zweryfikować każdą z hipotez. Przed podjęciem ostatecznych (pochopnych) ocen sytuacji (lub innych osób) należy rozważyć inne punkty widzenia.

### *Ogólne zalecenia*

Wskazane jest, aby uczestnicy na zmianę opisywali każdy panel sekwencji. Interweniuj, jeśli opisy wykraczają poza to, co wyświetla się w panelu lub zawierają nieuzasadnione założenia. Uczestnicy powinni przyjąć różne perspektywy/punkty widzenia osób/grup. Warto podkreślić, że prowadzący grupę powinni pominąć ćwiczenia praktyczne, jeśli jest to konieczne, aby zdążyć przedstawić podsumowanie znajdujące się na końcu modułu.

### Wskazówki dotyczące prawidłowej interpretacji zdjęć

Ćwiczenie	
1 (duży mężczyzna)	Ważne jest, aby zrozumieć, że ludzie w kawiarni nie widzieli chłopca z piłą. Dlatego ludzie najprawdopodobniej założą, że krzesło pękło z powodu wagi mężczyzny. Jednak krzesło prawdopodobnie pękłoby nawet w przypadku lżejszej osoby.
2 (samochód)	Naprawdę nie wiadomo, czy kobieta weźmie słowa mężczyzny za zwykłe informacje, porady lub protekcyjne zachowania.
3 (wypadek)	Biorąc pod uwagę informacje z pierwszego prezentowanego slajdu (ostatni panel chronologiczny), trudno jest wydedukować, co myśli policjant. Możemy wywnioskować, że kierowca jest zdezorientowany, ale nie wiemy, czy to tylko z powodu wypadku samochodowego. W tym momencie jednak to wyjaśnienie wydaje się prawdopodobne. W miarę prezentacji kolejnych slajdów uczestnik dowiadyuje się, że przed wypadkiem jelen

	przekraczał jezdnię. Z informacji końcowych pierwszego panelu chronologicznego wynika, że mężczyzna pił alkohol. Należy pamiętać, że grupa ma więcej informacji niż funkcjonariusz policji; możliwe jest jednak, że policjant poczuje zapach alkoholu, co doprowadzi go do wniosku, że zatrucie alkoholem było przyczyną wypadku, chociaż prawdziwa sytuacja jest bardziej skomplikowana.
4 (złe wiadomości)	Na podstawie pierwszego obrazka (a więc ostatniego panelu chronologicznego) trudno jest zdecydować, czy szef jest człowiekiem „bez serca”, czy nie. Drugi dostępny slajd pokazuje płaczącą kobietę, co wskazuje na to, że może mieć uzasadniony powód spóźnienia. Ostatnie slajdy wskazują, że kobieta ma problemy zdrowotne. Nie jest jasne czy jej szef wiedział, że umówiła się na wizytę u lekarza przed pracą lub że ma problemy zdrowotne, więc nie można być pewnym, czy jest on „bez serca”. I odwrotnie, jeśli kobieta często spóźnia się do pracy, frustracja szefa byłaby zrozumiała. Z drugiej strony w ostatnim panelu chronologicznym szef może zobaczyć, że kobieta płacze, a w tym przypadku jego reakcję można uznać za zbyt surową.
5 (piłka nożna)	Na pierwszym przedstawionym slajdzie (ostatni slajd chronologicznie) strażnik parku prawdopodobnie myśli, że piłkarze rażąco ignorują zasady parku, grając na trawie. Ujawniając resztę slajdów, uczestnicy stają się świadomi, że piłkarze to cudzoziemcy o słabej znajomości języka. Dowiadujemy się, że program nauczania jest bardzo prosty (zobacz gramatyka na tablicy). Niemniej jednak informacja ta nie jest dostępna dla strażnika, czyli grupa posiada więcej informacji niż on.
6 (kiełbaski)	Ponieważ chłopiec jest najwyraźniej bardzo głodny, matka może fałszywie oskarżyć go o zjedzenie wszystkich kiełbasek.
7 (biblioteka)	Na podstawie drugiego slajdu sekwencji kreskówek można wywnioskować, że mężczyzna nie zdaje sobie sprawy, że kobieta rozmawia przez telefon, ponieważ właśnie zadał jej bezpośrednie pytanie i nie próbował najpierw zwrócić jej uwagi. Możliwe, że mężczyzna myśli, że kobieta mu odpowiada. Z drugiej strony mógłby pomyśleć, że powinna pracować zamiast rozmawiać przez telefon. Ta sekwencja kreskówek umożliwia różne interpretacje. Należy podkreślić, że uczestnicy mają więcej informacji niż mężczyzna.
8 (choroba)	Na pierwszym zaprezentowanym slajdzie (ostatni slajd chronologicznie) wygląda na to, że matka jest zdezorientowana stanem syna i być może zaniepokojona. Trzeci slajd (chronologicznie) pokazuje, jak chłopiec wkłada termometr do gorącej filiżanki, próbując sprawić wrażenie, jakby miał gorączkę. Ta informacja stawia historię w innym świetle. Być może dla matki oczywiste jest, że jej syn udaje, że choruje, jeśli jego temperatura jest ekstremalnie wysoka. W takim przypadku matka prawdopodobnie byłaby zła. Pierwsze dwa slajdy z kreskówką pokazują wcześniejszy przebieg wydarzeń, ale nie zawierają dodatkowych informacji.

## **Moduł 6: Samoocena**

### *Domena docelowa*

Niska samoocena; od samoponizania do nienawiści do samego siebie

### *Zawartość modułu*

Jeśli są nowi uczestnicy, przedstaw ogólne slajdy wprowadzające (slajd 1-13) poprzedzające każdy moduł. W przeciwnym razie możesz zacząć od slajdu 14.

Najpierw ustal z grupą, czym jest „samoocena” i zbierz cechy osób o „zdrowym” poziomie samooceny (slajdy 15-21). Na początku trener może przedstawiać prowokujące propozycje, takie jak: „Czy poczucie własnej wartości można mierzyć dochodami (odniesienie do zdjęcia) lub liczbą znajomych na Facebooku?”. Powinno stać się jasne, że nie można określić poczucia własnej wartości człowieka na podstawie konkretnych cech, takich jak wygląd, jest to subiektywna ocena samego siebie. Slajd „Niewidoczne cechy” podkreśla, że zrównoważona samoocena obejmuje refleksyjne i akceptujące podejście do samego siebie. Omów różnice między nadmierną a „zdrową” samooceną. Nacisk kładziony jest na realistyczny cel: bardziej wyważone i uczciwe traktowanie własnych mocnych i słabych stron.

„Obraz półki” (według Potrecka-Rose i Jacoba, 2008) na slajdach 37-42 zachęca do oglądania wieloaspektowego Ja jako szafki z różnymi półkami (każda dla jednego obszaru, np. Praca, rodzina, hobby itp.). Obecnie te półki są prawdopodobnie nierównomiernie wypełnione. Poza tym nie jest możliwe osiągnięcie 100% sukcesu w każdej z tych kategorii (np. sukces związany z pracą może nastąpić kosztem mniejszej ilości czasu poświęcanej dla szczęśliwego związku lub hobby). Poczucie własnej wartości cierpi, gdy dana osoba myśli tylko o pustych półkach (własnych słabościach). Może to prowadzić do poczucia bezwartościowości. Zamiast tego należy zachęcić uczestników do spojrzenia na dobrze wypełnione półki. Przykłady na slajdzie „Nie pomijaj rzeczy” mają na celu pomóc uczestnikom w identyfikacji „ważnych półek”. Kolejny slajd („Jakiej półki nie oglądałeś od dłuższego czasu?”) ma na celu zwrócenie uwagi uczestników na zaniedbane półki (np. hobby), aby ponownie odkryć „zakurzone” treści. W tym momencie zaleca się, aby każdy uczestnik wymienił jedną ze swoich mocnych stron. Trener powinien zachęcać uczestników do wymieniania również pozornie „małych lub trywialnych” zalet. Jeśli

jeden z uczestników nie może nic wymyślić, należy to znormalizować (np. „określenie pozytywnych cech może być bardzo trudne, jeśli ktoś nie jest przyzwyczajony do mówienia o swoich mocnych stronach”).

Następnie (slajd 43) przedstaw „wewnętrznego krytyka” (jako generator stwierdzeń „wszystko albo nic”). Przedstaw przykłady, aby uczestnicy mogli zrozumieć znaczenie zniekształconych myśli. Niech wymyślą typowe frazy generowane przez ich wewnętrznych krytyków. Dysfunkcjonalność myślenia „wszystko albo nic” jest zademonstrowana za pomocą „gry za 100 centów” (slajdy 50–53). Następne slajdy (54–56) przedstawiają trzy strategie postępowania z wewnętrznym krytykiem. Uczestnicy są instruowani, aby identyfikować myślenie „wszystko albo nic” (zgodne z przytłaczającą samokrytyką lub samoponiżaniem), aby móc zakwestionować taki sposób myślenia („Czy to pasuje do faktów?”, „Co myślą zaufane osoby?”), oraz aby przeciwstawić się wewnętrznemu krytykowi („Nie dbam o to, co myślisz. Myślę inaczej”). Co więcej, ten moduł ma za zadanie przekazać, że większa uwaga skupiona na negatywnych myślach lub próbach ich stłumienia, w rzeczywistości zwiększa ich wpływ i występowanie (od slajdu 57). Krótki eksperyment behawioralny, podczas którego uczestnicy proszeni są o próbę aktywnego tłumienia myśli, pokazuje, że tłumienie myśli jest strategią, która przynosi efekty przeciwne do zamierzonych. Uczestnicy dowiadują się, że takie myśli mogą być uciążliwe, ale względnie łagodne i że tłumienie myśli prowadzi do paradoksalnego wzrostu objawów (por. slajd „Tłumienie negatywnych myśli - czy to działa? Nie!"). Uczestnicy są instruowani, aby obserwować własne myśli z dystansu, bez ingerencji, tak jakby oglądali burzę lub tygrysa w zoo. Na koniec przedstawiono niektóre techniki, które pomagają uzyskać taki wewnętrzny dystans. W tym momencie zapytaj, czy uczestnicy znają koncepcję uważności; konkretna literatura (taka jak Aguirre i Galen, 2013) może być polecana zainteresowanym uczestnikom. Wielu pacjentów uważa za pomocne zaprzestanie postrzegania myśli jako faktów, ale jako „zdarzeń zachodzących w umyśle” i spostrzeganie ich bez oceniania. Taka nieoceniająca percepcja pochodząca z koncepcji mindfulness (patrz także DBT) może pomóc im zdobyć dystans wobec własnych myśli. Można tu wprowadzić również pomocne obrazy wewnętrzne (np. dotyczące myśli jako przejeżdżających pociągów lub chmur poruszających się na niebie). Mogą one ułatwić pacjentom korzystanie z tych strategii.



## *Materiał*

Treści częściowo pochodzą z D-MCT autorstwa Jelinek i in. (2011) które zostały odpowiednio dostosowane. „Półki” poczucia własnej wartości w szafce pochodzą z Potreck-Rose (2008). Dalsze treści (np. dotyczące tłumienia myśli) oparte są na Wells (2009) i Moritz & Hauschildt (2012).

## *Cel modułu*

Moduł dotyczy koncepcji samooceny. Po pierwsze, omawia samoocenę jako konstrukcję czysto subiektywną i zmienną. Uczestnicy uczą się rozwijać realistyczne poczucie własnego umysłu (por. mieć uczciwy pogląd; DBT, np. Bohus i Wolf, 2009). Ponadto pokazuje, w jaki sposób dysfunkcyjne style myślenia przyczyniają się do rozwoju niskiej samooceny. Wyjaśnia myślenie „wszystko albo nic” i przekazuje strategię radzenia sobie z tym bezproduktywnym schematem myślowym. Uczestnicy są instruowani, aby identyfikować własne myśli „wszystko albo nic” jako działanie wewnętrznego krytyka, kwestionować je i uciszać wewnętrznego krytyka.

## *Ogólne zalecenia*

Wielu uczestników zna już zagadnienie samooceny lub uważności wg DBT. Wykorzystaj tę wiedzę, aby powtórzyć i wzmocnić te treści.

## *Specyficzne zalecenia (przykłady)*

Samoocena jest trudnym problemem dla wielu uczestników, do którego należy podchodzić ostrożnie. Ważne jest, aby wyjaśnić, że negatywna percepcja samego siebie często zostaje nabyta we wczesnym dzieciństwie, dlatego też zrozumiałe jest, że pozytywne myśli dotyczące samego siebie mogą pojawić się dopiero z czasem. Celem powinno być zrobienie małych kroków w kierunku akceptacji siebie. Jeśli uczestnicy nie mogą odkryć w sobie żadnych pozytywnych cech (obszarów własnej wartości), trener może skorzystać z przykładów z poprzednich sesji (np. „wspominałeś ostatnim razem, że byłeś dobrym szewcem”). Ponadto pomocne może być wypełnienie na początek półek dla przyjaciela jako przykładu, a następnie sprawdzenie, czy niektóre cechy dotyczą również uczestnika. Uczestników można również zachęcić do spisania

swoich mocnych stron lub komplementów, które zapisali w zeszycie (por. „dziennik pozytywów”).

## **Moduł 7: Wyciąganie wniosków**

### *Domena docelowa*

Wyciąganie pochopnych wniosków (przeskok do konkluzji) i impulsywne zachowania

### *Zawartość modułu*

Jeśli są nowi uczestnicy, przedstaw ogólne slajdy wprowadzające (slajd 1-13) poprzedzające każdy moduł. W przeciwnym razie możesz zacząć od slajdu 14.

Za pomocą krótkiej historii obrazkowej (slajdy 15-19) wykaż znaczenie wyciągania pochopnych wniosków w codziennym życiu („normalizacja”). Następnie na kilku przykładach z życia codziennego zilustruj możliwe konsekwencje pochopnego podejmowania decyzji (wyciągania wniosków). Na slajdzie 21 można wyświetlić krótkie klipy wideo, w których pokazane jest pochopne wyciąganie wniosków (patrz <http://www.youtube.com/user/AGNeuropsychologie>).

Ćwiczenia w pierwszym zestawie zadań (od slajdu 51) pokazują popularne obiekty (np. żabę), które są wyświetlane w malejącym stopniu niekompletności: nowe cechy są dodawane w ośmiu kolejnych etapach, aż do wyświetlenia całego obrazu. Uczestnicy proszeni są o ocenę wiarygodności samodzielnie wygenerowanych lub wcześniej określonych interpretacji. Uczestnicy powinni wstrzymać się od ostatecznej decyzji, dopóki nie zostaną przedstawione wystarczające dowody. Na przykład pierwszy etap ćwiczenia „żaby” bardzo przypomina cytrynę, ponieważ wyświetlany jest tylko zarys żaby pod określonym kątem. Pospieszna decyzja spowoduje błąd. Drugi zestaw zadań (od slajdu 80) to układanki obrazkowe, które w zależności od perspektywy obserwatora zawierają dwa różne obiekty lub sceny. Przy każdym zdjęciu uczestnicy proszeni są o przedstawienie ich pierwszego wrażenia co do zdjęcia, a następnie zmianę perspektywy w celu znalezienia alternatywnego obiektu lub sceny. W trzecim zestawie zadań (od slajdu 103) uczestnikom pokazuje się szereg klasycznych obrazów. Ich zadaniem jest wybranie poprawnego tytułu każdego zdjęcia z czterech dostępnych opcji. Omów zalety i wady każdej propozycji tytułu w odniesieniu do szczegółów zdjęcia, które mogłyby wykluczyć niektóre alternatywy. Ponadto uczestnicy proszeni są o określenie, jak bardzo są pewni swojej oceny.

### *Materiał*

Materiał do ćwiczeń pochodzi z MCT dla pacjentów z psychozą. Obiekty w pierwszym zestawie zadań to post-edytowane proste czarno-białe rysunki z bajkowej książki. Wkład innych fotografów/artystów został uwzględniony na końcu prezentacji. Klasyczne i współczesne obrazy (trzecie ćwiczenie) pochodzą od różnych artystów, dwa zdjęcia pochodzą z Testu Apercepcji Tematycznej (TAT). Ponadto istnieje wiele zabawnych klipów wideo na temat wyciągania wniosków, niektóre z nich można pobrać z naszej strony głównej ([www.uke.de/mct](http://www.uke.de/mct)) i omówić z uczestnikami. Inne klipy wideo można znaleźć na stronie <http://www.youtube.com/user/AGNeuropsychologie>.

### *Cel modułu*

W tym module uczestnicy są uczeni, aby unikać ulegania pierwszym wrażeniom, które mogą ostatecznie okazać się błędne (pierwszy i trzeci zestaw zadań) lub ujawniać tylko półprawdy (drugi zestaw zadań). Rzeczy lub sytuacje mogą się zmieniać z czasem, a coraz większa liczba dowodów często rzuca na nie inne światło. Uczestnicy uczą się nie odrzucać przedwcześnie alternatywnych poglądów i postaw oraz nie działać ani nie oceniać impulsywnie. Materiał doskonale nadaje się do wykazania wad pośpiesznego rozwiązywania problemów. Ponadto przekazuje uczestnikom, że wskazane jest poświęcenie czasu na rozwiązywanie złożonych problemów. Jasne dowody, które pozwoliłyby na jednoznaczne wnioski, są często pomijane (gdy patrzy się na nie powierzchownie).

### *Ogólne zalecenia*

Należy za pomocą slajdów omówić szczegółowo zalety i wady pochopnego i powolnego stylu reagowania. Jeśli stawka jest wysoka, przed podjęciem ostatecznej decyzji należy rozważyć wszystkie dostępne dowody. Jeśli uczestnicy wymieniają ruminowanie (lub zbytne analizowanie) jako kontrprzykład do wyciągania pochopnych wniosków, odnieś się do modułu 2. Możliwe konsekwencje błędów wynikających z wyciągania pochopnych wniosków są zilustrowane w kilku przykładach (np. medycyna: fałszywe diagnozy). W tej sekcji bardzo ważne jest, aby dać uczestnikom możliwość przedstawienia własnych doświadczeń. Na łamigłówkach obrazkowych w drugim zestawie zadań trener powinien upewnić się, że wszyscy

uczestnicy odkryją oba obiekty. Jeśli tak się nie stanie, inny uczestnik może pomóc, dając konkretne wskazówki. Podczas gdy rozwiązanie jest dość oczywiste w przypadku niektórych obrazów w trzecim zestawie zadań, w przypadku innych staje się jasne dopiero po gruntownym przemyśleniu. W przypadku niektórych obrazów nawet poprawny tytuł może być dwuznaczny. Uwaga uczestników musi być skierowana na nierozpoznane jeszcze informacje (patrz dalsze szczegóły poniżej). Jeśli niektórzy członkowie grupy preferują różne tytuły, trener może zachęcać i moderować otwartą dyskusję.

### *Specyficzne zalecenia (przykłady)*

W przypadku drugiego zdjęcia w pierwszym ćwiczeniu („żaba”) wielu uczestników wybiera przedwcześnie cytrynę. Kiedy tak się dzieje, trener może podkreślić, że pozostało jeszcze siedem kolejnych fragmentów - cytryna prawdopodobnie zostałaby uzupełniona przy następnym fragmencie, a zatem stanowi raczej mało prawdopodobne rozwiązanie. Nie poświęcaj zbyt dużo czasu na pierwszy zestaw zadań, aby pozostało wystarczająco czasu na dwa pozostałe. Nie jest konieczne ukończenie wszystkich ćwiczeń. Jeśli uczestnicy wyrażają zainteresowanie dalszymi ćwiczeniami, zapoznaj się z [www.uke.de/mct](http://www.uke.de/mct) (moduły 2A i 2B, a także 7A i 7B MCT dla pacjentów z psychozą).

Zdjęcie #	Tytuł	Wskazówki ułatwiające poprawną interpretację
Zdjęcie 1	“Dlaczego go poślubiłam?”	Para najwyraźniej jest na statku (okno w tle) i prawdopodobnie są w podróży poślubnej (argument za odpowiedzią B). Mężczyzna leży na łóżku w ubraniu; może ma kaca. Butelka leży na stole obok niego (również argument za B). Kobieta jest za młoda, by być matką mężczyzny (argument przeciwko alternatywnej wersji D). Nie ma dowodów na morderstwo (np. pistolet) lub samobójstwo (przemawia przeciwko wariantom A i C). W przeszłości czerwona wstążka noszona przez kobietę wskazywała, że wyszła (właśnie) za mąż (kolejna wskazówka dla alternatywy B).
Zdjęcie 2	“Czytający chemik”	Moździerz i tłuczek, a także zamknięta butelka wskazują na chemika, który może studiować nową formułę (przemawia za odpowiedzią C). Fakt, że jest zaabsorbowany czytaniem, że butelka jest zamknięta i że na stole nie ma szkła, przemawia przeciwko B. Styl ubierania się nie wskazuje na mnicha (przemawia przeciwko A).
Zdjęcie 3	“Smutna wiadomość”	Kobieta płacze; żołnierz przyniósł jej kapelusz i płaszcz (prawdopodobnie należący do jej zmarłego męża); na jej kolanach jest list (co przemawia za odpowiedzią D). Dziecko nie wygląda na chore; mały chłopiec patrzy na umundurowanego mężczyznę, a nie na dziecko (co czyni alternatywę B niewiarygodną).
Zdjęcie 4	“Wizyta”	Uwaga mężczyzny skupia się na ptaszku w oknie, na które podnosi wzrok (opcja A). Ponieważ mężczyzna nie patrzy na książkę, opcja B jest nieprawdopodobna.

Zdjęcie 5	“Zaloty”	Za odpowiedzią B przemawia: Wyraz twarzy kobiety jest raczej zalotny i zmysłowy; mężczyzna przyniósł jej prezent (kwiat); postawa oddania mężczyzny.
Zdjęcie 6	“Wypadek na polowaniu”	Czerwony nos mężczyzny sprawia, że opcja B jest wiarygodna. Przestraszona twarz mężczyzny sprawia, że również opcja A jest wiarygodna; jednak odzież, strzelba i upadający mężczyzna wspierają opcję D.
Zdjęcie 7	“Pedicure”	Mężczyzna widocznie dba o paznokcie u stóp/stopy kobiety. Żadna torba lekarska ani instrumenty (skalpel) nie są widoczne (dlatego opcje B i C są niewiarygodne).

## **Moduł 8: Nastrój**

### *Domena docelowa*

Współistniejące objawy depresyjne; negatywne schematy poznawcze; niska samoocena

### *Zawartość modułu*

Jeśli są nowi uczestnicy, przedstaw ogólne slajdy wprowadzające (slajd 1-13) poprzedzające każdy moduł. W przeciwnym razie możesz zacząć od slajdu 14.

Po pierwsze, grupa wymienia możliwe objawy depresji (slajdy 15-16). Trener wskazuje następnie, że depresja nie jest nieodwracalna i że depresyjne wzorce poznawcze można zmieniać poprzez trening. Krótko opisano możliwości terapeutyczne w leczeniu depresji (slajdy 21-23) i w stosownych przypadkach, zbierane są doświadczenia pacjentów z radzeniem sobie z objawami depresji. Ćwiczenia zaczynające się od slajdu 25 dotyczą typowych depresyjnych schematów poznawczych, takich jak „nadmierna generalizacja” i „wybiórcza percepcja”. Poprzez interakcję z grupą trener wyjaśnia, w jaki sposób zniekształcone wzorce myślowe można zastąpić bardziej realistycznymi i pomocnymi strategiami radzenia sobie. Na przykład uczestnicy są instruowani, aby nie uogólniali od jednej sytuacji do przeszłości i/lub przyszłości (np. „raz przegrany, zawsze przegrany”), ale zamiast tego powinni przedstawiać konkretne, specyficzne dla sytuacji stwierdzenia („Dzisiaj mi się nie udało w jednej konkretnej rzeczy”). Należy unikać słów takich jak „nigdy” lub „zawsze”.

Na slajdach 40-52 uczestnicy proszeni są o dokonanie oceny dotyczącej „czytania w myślach” (np. „Mówią o mnie złe rzeczy!”), Gdy dwaj koledzy szepczą do siebie podczas gdy prezentujesz swoje pomysły na konferencji zespołowej). Wpływ (na nastrój, samoocenę, zachowanie) tej oceny jest następnie opracowywany pod kierunkiem trenera, a zniekształcenie myśli jest poddawane testom rzeczywistości. Następnie uczestnicy są proszeni o wymyślenie bardziej pomocnej oceny alternatywnej i ponowne określenie efektów (nastroju, samooceny, zachowania). W kolejnym kroku można opracować bardziej pomocne oceny dla osobistych przykładów każdego uczestnika.

Slajd 53 „Porównania z innymi ludźmi” oznacza początek następnej jednostki modułu, która dotyczy nieuczciwych porównań i ryzyka perfekcjonizmu. Porównania z innymi ludźmi są czymś ludzkim, a czasem nawet pomocnym, ale należy wyjaśnić, że w kontekście depresji są często niesprawiedliwe i jednostronne. Można tylko „przegrać”, gdy dochodzi do niesprawiedliwych porównań (np. gdy patrzysz tylko na jeden, pozornie doskonały aspekt w drugiej osobie, zaniehbując wszystkie pozostałe (np. „odnosi sukces zawodowy, ale za jaką cenę?”) Możesz także zaprezentować klip wideo „niesprawiedliwe porównanie” - gołąb (patrz <http://www.youtube.com/user/AGNeuropsychologie>). Slajdy zatytułowane „Idealne życie” (60-62) pokazują, że doskonałość jest nieosiągalna i że dążenie do tego może nas wprawić w lęk i uczynić nieszczęśliwymi. Alternatywna strategia może polegać na zachęcaniu uczestników do „świadomej niedoskonałości” (np. celowego popełnienia małego błędu). Porównując oczekiwane i rzeczywiste wyniki, często okazuje się, że oczekiwane negatywne reakcje nigdy się nie zdarzają. Wyjaśnij, że mogą istnieć duże różnice między obszarami, w których uczestnicy dążą do doskonałości (np. aby zawsze wyglądać idealnie lub być idealną matką lub ojcem). Zmieniając perspektywę (od slajdu 71), staramy się zidentyfikować nasze własne nadmierne standardy („Czy spodziewałbyś się również, że dobry przyjaciel cały czas będzie działał doskonale?”). Na końcu modułu omów wskazówki, które przy regularnym stosowaniu pomagają poprawić nastrój pacjentów. W tym momencie uczestnicy powinni najpierw porozmawiać ze sobą na temat własnych strategii. Na koniec podsumuj główną zawartość modułu jako cele uczenia się i wyjaśnij wszelkie otwarte pytania.

### *Materiał*

Wiele treści zostało wygenerowanych na podstawie MCT dla pacjentów z psychozą (Moritz i in., 2010) oraz D-MCT (Jelinek i in., 2011). Ponadto niektóre przykłady zostały zainspirowane osobistymi doświadczeniami uczestników lub podręcznikami poznawczo-behawioralnymi (np. Beck, 1976). Pod koniec prezentacji doceniamy wkład artystów i fotografów, których ilustracje i zdjęcia wykorzystaliśmy.



### *Cel modułu*

Zapoznanie uczestników z dysfunkcyjnymi stylami myślenia, które mogą przyczyniać się do powstawania i utrzymywania depresji. Zachęcanie ich do zmniejszania nadmiernych wymagań, jakie na siebie nakładają oraz do oceniania własnych możliwości w bardziej adekwatny i sprawiedliwy sposób. Podkreślenie modyfikowalności stylów myślenia depresyjnego. A przede wszystkim wprowadzenie strategii poprawy nastroju i poczucia własnej wartości (np. pozytywny pamiętnik, pozytywne działania).

### *Ogólne zalecenia*

Ten moduł różni się od innych części B-MCT tym, że nie są dostępne żadne konwencjonalne ćwiczenia z opcją poprawnej kontra błędnej odpowiedzi. Kluczowe jest, aby trener zapoznał się z poznawczo-behawioralnym modelem depresji leżącym u podstaw tego modułu

### *Specyficzne zalecenia*

Niektóre slajdy zawierają pytania, które wymagają od uczestników przedstawienia bardziej pomocnych i zrównoważonych interpretacji przed ujawnieniem możliwych opcji odpowiedzi (służą one jedynie jako inspiracje). Omawiając wskazówki dotyczące poprawy nastroju, uczestnicy powinni również wymienić pozytywne doświadczenia i zalecenia dotyczące wskazówek. Ważne jest również, aby pacjenci wiedzieli, że zmiana może być trudna i wymaga praktyki. Dotyczy to w szczególności zmiany stylów myślenia. Ważnym pierwszym krokiem jest rozpoznanie zniekształceń myśli w życiu codziennym i sukcesywna ich zmiana. Uczestnicy mogą być również zachęceni do zwracania większej uwagi na niekorzystne wzorce myślenia podczas indywidualnej terapii.

## Bibliografia

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

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

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

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

- Schulze, L., Domes, G., Köppen, D., Herpertz, S. C. (in press). Enhanced detection of emotional facial expressions in borderline personality disorder. [Psychopathology](#).
- Schwannauer, M., Peters, E. R., Moritz, S., Wiseman, Z., Greenwood, K., Kuipers, E., et al. (2010). The cognitive biases questionnaire for psychosis (CBQP). *Schizophrenia Research*, 117, 413-414.
- Selby, E. A., Anestis, M. D., Bender, T. W. & Joiner, T. E. (2009). An exploration of the emotional cascade model in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 375-387.
- Selby, E. A. & Joiner, T. E. (2009). Cascades of emotion: The emergence of borderline personality disorder from emotional and behavioral dysregulation. *Review of General Psychology*, 13, 219-229.
- Sharp, C., Pane, H., Ha, C., Venta, A., Patel, A. B., Sturek, J., et al. (2011). Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50, 563-573.
- Sieswerda, S., Arntz, A. & Kindt, M. (2007). Successful psychotherapy reduces hypervigilance in Borderline Personality Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 387-402.
- Sieswerda, S., Arntz, A., Mertens, I. & Vertommen, S. (2007). Hypervigilance in patients with borderline personality disorder: specificity, automaticity, and predictors. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1011-1024.
- Slotema, C. W., Daalman, K., Blom, J. D., Dieren, 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.
- Tadi, 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.

