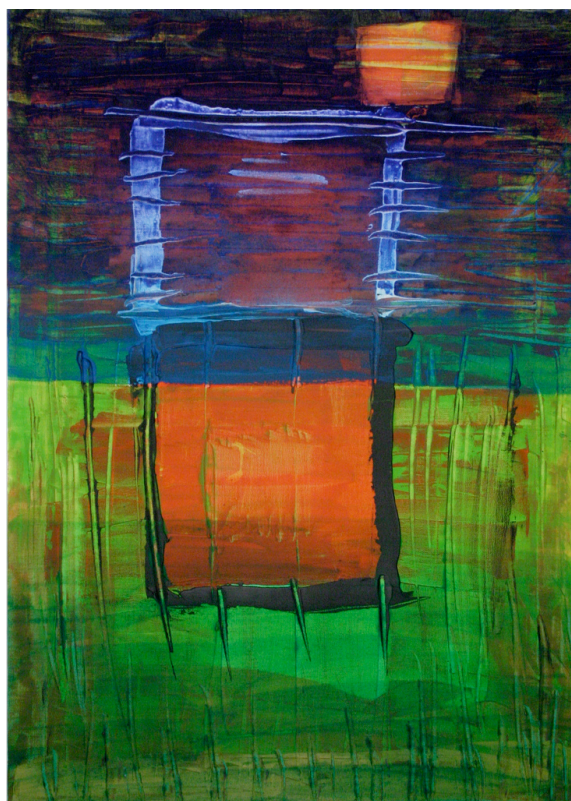


Entrenamiento Metacognitivo para Trastorno Límite de la Personalidad (EMC-TLP)

- Manual -

**Steffen Moritz*, Lisa Schilling*, Natalia Gómez, Antía
Brañas, Lena Jelinek & Ulf Köther (2013)**



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/>

*** los autores han contribuido equitativamente y dividido la primera
autoría.**

Agradecimientos

Queremos agradecer a los codesarrolladores del entrenamiento metacognitivo para pacientes con psicosis (EMC), especialmente a la Sra. Bohn, Dr. Veckenstedt, a la Sra. Randjbar – y a los pacientes con depresión (EMC-D) - Dr. Jelinek y Dr. Hauschildt. Gran parte del contenido de estas dos capacitaciones se incorporó al EMC-TLP e inspiro nuevas ideas.

También quisiéramos agradecer a nuestras colegas Janne Hottenrott, Kenneth Kronenberg, Brooke Viertel, Julia Bierbrodt, Vivien Braun, Birgit Hottenrott, Johanna Schröder, Teresa Thöring, y Vivien Niehaus, quienes nos apoyaron con la implementación del programa de capacitación en la fase inicial y con el manual.

Nuestros pacientes merecen nuestro agradecimiento especial ya que sus numerosas respuestas y comentarios contribuyeron a la mejora continua de los módulos.

Nuestro agradecimiento también a Friedrich Althausen por la fuente “Vollkorn” (Licencia de fuente abierta; “Vollkorn”, http://friedrichalthausen.de/?page_id=411).

Donaciones

Si desea apoyarnos en nuestro esfuerzo por difundir EMC-TLP, estaríamos muy agradecidos por las donaciones. Continuaremos apoyando y ayudando a todos, independiente de su contribución financiera. Garantizamos que todas las donaciones se utilizarán para el desarrollo posterior de EMC (las tareas futuras incluyen la traducción de EMC-TLP a otros idiomas y la creación de nuevos gráficos). Si lo solicita, podemos enviarle un recibo de donación. Las donaciones deben hacerse a nombre de la siguiente cuenta:

Pagar a: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

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

Número de cuenta: 1234363636

Titulo de cuenta (esto es crucial): Borderline-MCT – 0470 / 040

IBAN: DE54200505501234363636

BIC/Swift: HASPDEHHXXX

Introducción

Mientras que las teorías más antiguas sobre el trastorno límite de la personalidad (TLP) consideraban principalmente los “mecanismos de defensa psicóticos” como características centrales, hoy en día, una desregulación emocional generalmente se postula como el síntoma principal (Herpertz, 2011). De acuerdo con este punto de vista, el TLP se caracteriza por estados de intensa excitación emocional que surgen abruptamente y que a menudo son seguidos por conductas autodestructivas o fenómenos disociativos. Junto con el síntoma cardinal de desregulación del afecto, el TLP también se manifiesta en la inestabilidad de la autoestima, problemas de interacción social, trastornos del comportamiento y déficits en el funcionamiento cognitivo, como síntomas disociativos y patrones de procesamiento de la información disfuncionales (American Psychiatric Association, 1994).

Con una prevalencia a lo largo de la vida que oscila entre 3% -6% (Grant et al., 2008; Trull, Jahng, Tomko, Wood & Sher, 2010), el TLP es uno de los trastornos mentales más comunes. Los resultados del “Estudio escolar de Heidelberg” (Brunner et al., 2007), que incluyó a más de 5000 estudiantes, también son alarmantes. Encontró una incidencia creciente de comportamiento autodestructivo temprano: en general, 10.9% de los estudiantes con una edad promedio de 14.9 años informaron formas ocasionales (1-3 veces por año) de autolesión; El 8% incluso informó uno o más intentos de suicidio.

El TLP también se caracteriza por tasas de comorbilidad muy altas, especialmente con trastornos afectivos (Tadic et al., 2009; Zanarini et al., 1998). Además, muchos pacientes con TLP exhiben temporalmente creencias paranoides o síntomas alucinatorios. En una revisión de TLP y psicosis, Barnow et al. (2010) informaron que hasta el 75% de los pacientes con TLP sufren de experiencias disociativas y creencias paranoides. Entre 20 - 50% de los pacientes con TLP muestran síntomas psicóticos (Schröder, Fisher & Schäfer, 2013).

Opciones terapéuticas para TLP

Los esfuerzos terapéuticos y la investigación sobre el TLP se han intensificado significativamente, en especial en los últimos diez años (Jacob, Allemann, Schornstein & Lieb, 2009). Sin embargo, numerosos terapeutas aún se niegan a trabajar con este grupo de pacientes debido a la suposición de que son difíciles de tratar (Jobst, Hörz, Birkhofer, Martius & Rentrop, 2009). Además la terapia está asociada con altos costos: en Alemania, por ejemplo, aproximadamente 4 billones de euros al año se gastan en el tratamiento de pacientes con TLP, aproximadamente 15-20% del costo total del tratamiento psiquiátrico hospitalario (Bohus and Kröger, 2011).

A pesar de las dificultades mencionadas anteriormente, la psicoterapia se considera el método de elección para el TLP (Rommel and Bohus, 2006). En la actualidad, existen varias intervenciones manuales y basadas en la evidencia (para una visión general, ver Barnicot et al., 2012; Zanarini, 2009), incluida la terapia conductual dialéctica (DBT; Linehan, 1993), la terapia basada en la mentalización (MBT; Bateman and Fonagy, 2004), la terapia de esquema (Young, Klosko & Weishaar, 2003), la psicoterapia basada en la transferencia (TFP; Kernberg, 1984), y la capacitación en sistemas para predecir emocionalmente y resolver problemas (STEPPS; Blum, Bartels, St. John & Pfohl, 2002).

Para una descripción completa sobre los factores de impacto psicoterapéuticos para el TLP, consulte el artículo de Barnicot et al. (2012).

La intervención más utilizada es DBT, que también proporciona la mayor evidencia de eficacia. En un metanálisis de Kröger and Kosfelder (2010), que incluyó 10 estudios con un total 295 pacientes, la eficacia de la DBT se calificó con un tamaño del efecto promedio corregido de $d = 0.62$, lo que significa un efecto medio; la tasa de abandono fue de aproximadamente un tercio de los pacientes (Kröger and Kosfelder, 2010).

Las formas disponibles de psicoterapia proporcionan alivio de los síntomas para una gran parte de los pacientes; sin embargo, a menudo no conducen a la remisión. Muchos pacientes con TLP continúan sufriendo una tensión psicológica significativa, mala calidad de vida y deficiencias en el funcionamiento psicosocial (Barnow et al., 2006; Reed, Fitzmaurice & Zanarini, 2012; Zanarini, Frankenburg, Bradford Reich & Fitzmaurice, 2010).

Entrenamiento metacognitivo para pacientes con TLP (EMC-TLP)

A la luz de la respuesta terapéutica subóptima descrita por muchos pacientes, el tamaño del efecto medio de la psicoterapia y las altas tasas de abandono (Sollberger and Walter, 2010; Zanarini, 2009), se ha hecho evidente la necesidad de una buena relación costo-beneficio y medidas de bajo umbral para completar las diversas opciones de tratamiento. Además parece necesario que la terapia se centre en algunos de los estilos disfuncionales de pensamiento específicos de TLP recientemente descubiertos (por ejemplo, exceso de confianza en el reconocimiento de emociones), así como en sesgos cognitivos ya bien examinados (por ejemplo, pensamiento dicotómico).

Nuestro equipo generó este concepto de complemento ecléctico, que es atribuible a la terapia cognitivo-conductual, en EMC-TLP. Con base en nuestros propios estudios preliminares (Moritz et al., 2011; Schilling et al., 2012) y otros hallazgos replicados del campo de la investigación cognitiva básica, las unidades de entrenamiento del EMC para paciente con psicosis (Moritz, Vitzthum et al., 2010b) y el EMC para la depresión se ajustaron a los patrones de pensamiento específicos del trastorno (problemático) de los pacientes con TLP. Se agregaron varios ejemplos nuevos.

Más información sobre los antecedentes teóricos, la estructura y la implementación, así como los contenidos específicos de los módulos de capacitación se presentarán a continuación.

¡Te deseamos mucho éxito en la conducción del entrenamiento!

Marco teórico

Además de la consideración de las funciones neuropsicológicas que se centran en áreas basales como la memoria (para revisiones, véase, por ejemplo, Dell’Osso, Berlin, Serati & Altamura, 2010; LeGris and van Reekum, 2006), la investigación del TLP está cada vez más dedicada específicamente a los sesgos cognitivos que se relacionan con la selección y el procesamiento alterados de la información. La investigación sobre distorsiones de pensamiento específicas de TLP está estrechamente relacionada con el concepto de esquema (ver la siguiente sección). Recientemente, la investigación ha sido influenciada por estudios experimentales de distorsiones del pensamiento relacionadas con la psicosis (Bell, Halligan & Ellis, 2006; Freeman, 2007; Moritz et al., 2011; Moritz, Vitzthum et al., 2010a). Los paradigmas del campo de la teoría de la mente (Domes, Schulze & Herpertz, 2009) y últimamente también el exceso de confianza (Schilling et al., 2012) o la atribución (Moritz et al., 2011) han demostrado ser útiles para nuestra comprensión del TLP. Parte de los estudios previos se resumirán posteriormente.

Para una visión detallada de los procesos cognitivos relacionados con TLP, consulte la reciente revisión de Baer et al. (2012).

Distorsiones de pensamiento basadas en esquema: división y pensamiento dicotómico.

La teoría cognitiva de los trastornos de la personalidad (Beck, Freeman & Davis, 2004) postula que los síntomas principales, como la desregulación del afecto y los problemas interpersonales específicos del TLP, son posiblemente causados y sostenidos por esquemas cognitivos disfuncionales (Domes et al., 2009). Los esquemas se consideran unidades de procesamiento básicas y pueden activarse muy fácilmente (Barnow, Stopsack, Grabe, Meinke & Spitzer, 2009). Una vez que se activan, dominan el procesamiento de la información y pueden conducir a una percepción distorsionada del entorno (Beck et al., 2004). El esquema se manifiesta en los supuestos básicos que influyen en la autoevaluación de un individuo y la evaluación de los demás y el medio ambiente. De acuerdo con el modelo cognitivo de BBP, tres supuestos básicos distorsionados dominan en los pacientes con TLP: 1. “Soy intrínsecamente malo o inaceptable”; 2. “Soy impotente y vulnerable”; 3. “El mundo es (y otros son) peligrosos y hostiles” (Pretzer, 1990). Se cree que estas suposiciones básicas en combinación conducen a experiencias contradictorias en las personas afectadas (Beck et al., 2004; Linehan, 1993; Pretzer, 1990; Renneberg and Seehausen, 2010). Por ejemplo, su sensación de impotencia y vulnerabilidad (suposición básica 3) parece esencial. Al mismo tiempo, no pueden confiar en otras personas. Esta contradicción presumiblemente contribuye, entre otras cosas, al estado de ánimo inestable y a los problemas con las relaciones interpersonales en pacientes con TLP; pueden, por ejemplo, oscilar entre la ansiedad de aferrarse a los demás y alejarlos (Bhar, Brown y Beck, 2008). Además, como resultado de estos supuestos básicos contradictorios, las personas con TLP presumiblemente viven en un estado de vigilancia excesiva, también conocida como hipervigilancia (Sieswerda, Arntz, Mertens & Vertommen, 2007). Esta hipervigilancia para los estímulos sociales, que señalan amenaza o rechazo, se han demostrado empíricamente (Arntz, Appels & Sieswerda, 2000; Sieswerda, Arntz, Mertens et al., 2007). Por ejemplo, una prueba de *stroop emocional* reveló una mayor latencia de respuesta de nombres de color cuando las palabras presentadas tenían una valencia amenazante (Arntz et al., 2000). Adicionalmente, se ha demostrado

que la psicoterapia exitosa también reduce la hipervigilancia en el TLP (Sieswerda, Arntz & Kindt, 2007). Además, varios estudios (ej., Barnow et al., 2009) han demostrado que las personas con TLP atribuyen características más negativas y agresivas a los demás que los controles sanos, lo que pondría contribuir nuevamente a la experiencia amenazante.

Además de estos supuestos básicos, el mecanismo de defensa llamado escisión descrito por Otto Kernberg (1967), se encuentra con mucha frecuencia: las personas con TLP parecen juzgar las experiencias no basadas en un continuo, sino en categorías extremas y mutuamente excluyentes, como “bueno” contra “malo” (Dulz and Schneider, 2004). Esto lleva a interpretaciones extremas de eventos u otras personas y, como resultado, a reacciones emocionales extremas. Además, debido a la división, los aspectos positivos y negativos de una persona no pueden integrarse en un todo, lo que puede resultar en la idealización alterna y la desilusión con otras personas. (Kernberg, 1967).

En las teorías cognitivas, el término “pensamiento dicotómico” (o “pensamiento en blanco y negro”) describe un proceso bastante similar a la división, pero una diferencia significativa del pensamiento dicotómico es la multidimensionalidad (es decir, la bipolaridad). En consecuencia, los paciente con TLP juzgan a otras personas de manera extrema, sin embargo lo hacen con valencias mixtas; es decir, realizan atribuciones (extremas) tanto positivas como negativas (Arntz and Veen, 2001; Napolitano and McKay, 2007).

Además de los supuestos básicos negativos y el pensamiento dicotómico, se pueden encontrar otros patrones de pensamiento adverso en el TLP, que se resumirán a continuación. Formarán la base para los 8 módulos de capacitación.

Debido a que ciertos procesos mentales (p. Ej., Atribuciones) raramente se tienen en cuenta en los conceptos de tratamiento existentes, sus antecedentes teóricos se describirán más extensamente. Por otro lado, la descripción de los contenidos que se discuten ampliamente en la literatura, como la autoestima en el TLP, se mantendrá breve (con referencias a la literatura respectiva).

Atribución distorsionada (módulo 1)

Al experimentar eventos significativos, las personas primero se preguntan que causó el evento y luego atribuyen la causa (Heider, 1977). Los patrones atribucionales se han analizado exhaustivamente tanto para la depresión como para la esquizofrenia. En un artículo anterior, Westen (1991) proporcionó una descripción detallada de un estilo de atribución específico de TLP que se presentará brevemente a continuación.

Westen identifica el egocentrismo como primera característica del estilo atribucional en TLP. Los primeros estudios con prueba de proyección revelaron que las personas con TLP tienden a ser muy egocéntricas en sus atribuciones. El egocentrismo significa, según Piaget (1951), una falta de diferenciación en las perspectivas del yo y del otro, o una especie de “arraigo en el propio punto de vista”(Looft, 1972). Con respecto al estilo atribucional, el “egocentrismo” se manifiesta de tres maneras diferentes (según Westen, 1991): Primero, en el TLP, las atribuciones están más relacionadas con la persona y los pacientes se consideran la causa predominante de los acontecimientos. Además, debido a ciertos mecanismos de defensa, como la proyección, los pacientes con TLP no pueden integrar su auto percepción o percepción de los demás en un todo. Como resultado, a menudo atribuyen sus propios sentimientos (dolorosos), los procesos atribucionales ni siquiera se activan, lo que significa que las personas afectadas no

pueden aceptar ninguna explicación, aunque a veces sea absolutamente plausible. Westen (1991) también cito la tendencia a atribuir malevolencia (“colocar la culpa de la desgracia en fuerzas externas y malévolas”, p.217) como una segunda característica del estilo atribucional de los pacientes con TLP. Esto podría estar conectado a un sesgo negativo con respecto a la empatía y el reconocimiento de emociones (véase la sección sobre la teoría de la mente).

Con base en la observación clínica, la tercera característica de los patrones atribucionales en el TLP representa la inexactitud de las atribuciones realizadas por los pacientes con TLP. Como resultado, las explicaciones causales a menudo son ilógicas e imprecisas (Silk, Lohr, Westen & Goodrich, 1989). La historia del aprendizaje social supuestamente se vuelve importante aquí: si las acciones de sus padres a menudo se perciben como caprichosas y difíciles de explicar, el desarrollo de la persona afectada de la capacidad de hacer atribuciones diferenciadas en la infancia se vería obstaculizado (Westen, Ludolph, Block, Wixom & Wiss, 1990).

Westen citó el centro del afecto como una característica final del estilo atribucional. Los procesos atribuibles parecen estar polarizados en “buenos” y “malos” motivos, hasta las “malas” personas. Además, los eventos relativamente inofensivos se catastrofizan, ya que solo se puede activar una representación univalente (por ejemplo, “Él me va a dejar, porque no valgo nada”). Sin embargo, a diferencia de las personas con depresión, los pacientes con TLP hacen tales atribuciones globales relacionadas con ellos mismos, y con los demás también, para eventos positivos.

En uno de nuestros propios estudios (Moritz et al., 2011; Schilling, Moritz, Köther, Wingenfeld & Spitzer, 2010, Noviembre), utilizando una versión revisada del Cuestionario de Atribuciones Internas, Personales y Situaciones (IPSAQ-R; Kinderman and Bentall, 1996), demostramos un estilo de atribución alterado de las personas con TLP. Los resultados están de acuerdo con los informes de Westen: el estudio mostró que los pacientes con TLP tienen tendencia a asignar una mayor proporción (en %) de la causalidad de eventos positivos y negativos a sí mismos que los controles sanos. Por el contrario, los pacientes atribuyeron una proporción causal significativamente menor de eventos positivos a otros, y difícilmente alguna relación causal a la situación. La excesiva internalización del éxito y el fracaso puede argumentar a favor de una especie de egocentrismo como ya describió Westen (1991, “El yo es visto como el centro causal del universo social.” p. 217). Por lo tanto, nuestro resultado que demuestra que los pacientes con TLP hacen más atribuciones monocausales (Moritz et al., 2011) está de acuerdo con estos supuestos.

Rumiación y catastrofismo (módulo 2)

La rumiación parece ser síntoma central en el TLP, marcando la gravedad y la aparición de patrones de comportamiento disfuncionales. En consecuencia, el Modelo de Cascada Emocional (ECM; Selby and Joiner, 2009) postula que un efecto negativo inicialmente desencadena la rumiación. La rumiación conduce a un aumento adicional de la emoción negativa, que a su vez conduce a un aumento de la rumiación. Finalmente, este círculo vicioso crea un estado emocional extremadamente desagradable que puede terminar en un comportamiento autoagresivo (por ejemplo, autolesión, abuso de sustancias). Esto sirve para desviar la atención del desagradable estado emocional y los pensamientos rumiativos. La validez del ECM se ha demostrado empíricamente. En una gran muestra de estudiantes, Selby et al. (2009) encontraron una relación significativa entre la gravedad de los síntomas de TLP y la rumiación. Además, la rumiación mediaba la relación entre los síntomas y los patrones de

comportamiento disfuncionales (p. Ej., atracones). Otro estudio (Sauer y Baer, 2012) encontró que la rumiación durante unos pocos minutos tuvo un efecto significativo sobre el estado de ánimo y la tolerancia al estrés en pacientes con TLP. Aquí, la rumiación depresiva no se explica suficientemente por los síntomas depresivos comorbidos existentes (Abela, Payne & Moussaly, 2003). Por lo tanto, Baer et al. (2012) diferencia entre la rumiación depresiva y rumiación en asociación con la ira de la emoción. La ira se produce aparentemente en pacientes con TLP, especialmente en relación con la rumiación y se presume que es un predictor más fuerte de síntomas específicos de TLP que la rumiación depresiva (Baer y Sauer, 2011).

En resumen, los estudios previos respaldan el supuesto de que, para los pacientes con TLP, la rumiación puede aumentar la intensidad emocional y los estados emocionales desagradables. La ira y la agresión, en particular, pueden reforzarse; además el comportamiento disfuncional puede ocurrir como consecuencia de la rumiación. A diferencia de la depresión, la rumiación en el TLP parece enfocarse en la ira y las preocupaciones interpersonales.

Según muchos autores, otra distorsión del pensamiento central de los pacientes con TLP es la catastrofización, es decir, se centra en posibles eventos negativos del futuro (Selby and Joiner, 2009). En muchos casos, sin embargo, la catastrofización también puede interpretarse como un epifenómeno de la reflexión o el pensamiento dicotómico: la persona afectada no puede equilibrar diferentes influencias y perspectivas, y luego “profetizar desastres”. La preocupación por los pensamientos negativos afecta de manera secundaria otras funciones como la memoria (Domes et al., 2006). Relacionado con el supuesto abandono, el catastrofismo también puede jugar un papel importante en conductas como acusar a la pareja de ser infiel sin tener suficiente evidencia (Selby and Joiner, 2009). Sobre todo, en una forma extrema, este proceso de pensamiento puede promover creencias paranoicas o delirios.

Teoría de la mente (empatizar) y exceso de confianza en los juicios (módulos 3 y 5)

En primer lugar, la teoría de la mente (ToM) o las funciones socio cognitivas, como la empatía y el reconocimiento del afecto, se han examinado en personas con autismo y esquizofrenia. Desde aproximadamente la década de 1990, los paradigmas emocionales también se consideran cada vez más en la investigación del TLP, ya que los problemas interpersonales pueden atribuirse, entre otros, a procesos socio cognitivos alterados. En los paradigmas de reconocimiento de emociones, los pacientes límites en general se desempeñan tan bien como los controles sanos (para revisión, ver Domes et al., 2009). Sin embargo, los estudios también han encontrado que los pacientes afectados por TLP tienen una mayor tendencia a atribuir emociones negativas como ira o disgusto a las expresiones faciales neutras (Domes et al., 2008; Unoka, Fogd, Fuzy & Csukly, 2011). Esta percepción negativamente distorsionada es consistente con la tercera suposición básica (“El mundo es peligroso y hostil”) del modelo cognitivo de Pretzer (1990) (mencionado anteriormente) y puede contribuir a una mayor experiencia de amenaza u hostilidad en personas con TLP.

Adicionalmente, uno de nuestros propios estudios ha demostrado una confianza anormal en el reconocimiento de la emoción de los pacientes con TLP (Schilling et al., 2012). Aquí, el examen de la ToM se llevó a cabo utilizando una versión revisada del Test de la Mirada (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste & Plumb, 2001). En términos de tasa error, los pacientes con TLP y las personas sanas tuvieron resultados aproximadamente equivalentes. En este estudio, la confianza de los participantes en sus respuestas también se investigó por primera vez: en

comparación con el grupo de personas sanas, los pacientes con TLP a menudo afirmaron estar 100% seguros de sus interpretaciones de las expresiones faciales mostradas. Dada la ambigüedad de los estímulos utilizados, estas respuestas pueden considerarse como imprudentes y potencialmente trascendentales dadas las confusiones y los errores de la vida cotidiana. Una confianza similar excesiva también está bien documentada en pacientes con psicosis (por ejemplo, Moritz, Woodward & Rodriguez-Raecke, 2006). Además, se ha establecido en otros estudios de cognición (Arntz & Veen, 2001; Barnow et al., 2009) que, en comparación con controles sanos, los pacientes con TLP atribuyen con más frecuencia características negativas y agresivas a otras personas (medidos en cortometrajes de películas). Esto, a su vez, puede aumentar la desconfianza y la amenaza percibida. Además, los pacientes con TLP a menudo muestran una fuerte sensibilidad al rechazo, que se ha confirmado empíricamente (Dulz, Herpertz, Kernberg & Sachsse, 2011; Staebler, Helbing, Rosenbach & Renneberg, 2011).

Se han encontrado resultados variables utilizando otros paradigmas experimentales para el examen de teoría de la mente, como la tarea de dibujos animados (Ghiassi et al., 2010), la tarea de *faux pas task* (Harari et al., 2010), y la película para la evaluación de cognición social – MASC (Preißler et al., 2010). En el estudio de Preißler et al. (2010), los pacientes con TLP no se comprometieron en el Test de la mirada; sin embargo, en el MASC más complejo de Dziobek et al., (2006), los pacientes demostraron deficiencias en el reconocimiento de emociones, pensamientos e intenciones en comparación con las personas sanas. Aquí, el trastorno de estrés postraumático comórbido, intrusiones y trauma sexual fueron predictores negativos de habilidades sociales y cognitivas. En el estudio Ghiassi et al. (2010), se hizo evidente una correlación negativa entre calidad del afecto parental (p. Ej., Falta de fiabilidad emocional, rechazo o sobreprotección) y la capacidad de mentalización (para una descripción del concepto de mentalización véase, por ejemplo, Bateman and Fonagy, 2004). Además, Harari et al. (2010) mencionaron empatía afectiva más alta y menor empatía cognitiva en pacientes con TLP, mientras que estos fueron opuestos en sujetos control sanos.

Otros estudios recientes indican un tipo de hipersensibilización o hipersensibilización en personas con TLP (Schulze et al., en prensa; Frick et al., 2012; Franzen et al., 2011; Sharp et al., 2011). Como ya se explicó en la sección de estilo atribucional, los pacientes con TLP pueden tener dificultades para ver las cosas desde la perspectiva de los demás, especialmente cuando se trata de emociones fuertes. Esto puede estar relacionado con el estilo atributivo “egocéntrico” descrito, así como la incrustación en sus propias percepciones.

Para una revisión reciente sobre cognición social en TLP, por favor refiérase también a Roepke et al. (2013).

Descubriendo lo positivo (módulo 4)

Los pacientes con TLP parecen tener una tendencia a centrarse en aspectos negativos de su entorno (p. Ej., Durante el reconocimiento de emociones) y recordar esta información negativa en lugar de aspectos positivos (Baer et al., 2012; Dulz et al., 2011; Jorgensen et al., 2012). Como resultado, el EMC-TLP está diseñado para enseñar a los pacientes a volver su atención a los aspectos positivos del entorno, o más bien, a no perderlos de vista. Además este módulo también se refiere a la búsqueda de significado (véase Frankl, 2006), así como al concepto de “aceptación radical” de la terapia conductual dialéctica (DBT; Linehan, 1993). En consecuencia, no siempre es posible que las personas cambien las situaciones difíciles ellos mismos. Puede

ser útil manejar y procesar situaciones para aceptarlas (para una descripción detallada del concepto de aceptación radical, consulte, por ejemplo, Bohus and Wolf, 2009). Además, las crisis y las situaciones difíciles siempre brindan la oportunidad de un cambio positivo y pueden considerarse desafíos. Además de la percepción alterada, las fortalezas y habilidades de los pacientes deben reconocerse, nombrarse y promoverse de acuerdo con la orientación de recursos en lugar de déficit (véase, por ejemplo Fiedler and Renneberg, 2007).

Como ya se mencionó al principio, los pacientes con TLP a menudo muestran suposiciones y pensamientos básicos contradictorios que contribuyen a un estado emocional desagradable y pueden conducir a intenciones conflictivas (para una descripción detallada, así como herramienta para medir los antagonismos cognitivos, ver Renneberg et al., 2005). Estas inconsistencias en el pensamiento y las posibles consecuencias en términos de acción y emoción se explicarán en el entrenamiento, con referencia a la teoría de la disonancia cognitiva según Festinger (1978).

Autoestima (módulo 6)

En uno de nuestros propios estudios preliminares y en comparación con personas sanas y pacientes con esquizofrenia, las personas con TLP tenían la autoestima más baja en la escala de Rosenberg (RSE; Rosenberg, 1965), una herramienta para la evaluación de la autoestima. Como este tema es muy relevante para el TLP, el DBT proporciona un módulo especialmente diseñado para este fin (ver también Jacob & Potreck-Rose, 2007; Jacob, Richter, Lammers, Bohus & Lieb, 2006). En nuestro entrenamiento también dedicamos una sesión a este tema en la que el enfoque se centra en el procesamiento cognitivo de la información que puede afectar la autoestima. La información con la que posiblemente estén familiarizados los participantes del DBT debería ser retomada y repetida en este punto.

Saltando a conclusiones (módulo 7)

El TLP se caracteriza por su impulsividad (criterio diagnóstico 4, DSM-IV). Los pacientes a menudo tienden a actuar imprudentemente, lo que pueden lamentar después, y los lleva a desarrollar sentimientos de culpa o auto degradación. La impulsividad puede causar conflictos, especialmente en los contactos interpersonales. Una distorsión del pensamiento bien documentada para las personas con esquizofrenia (por ejemplo, Fine, Gardner, Craigie & Gold, 2007; Lincoln, Ziegler, Mehl & Rief, 2010) podría estar relacionada con la impulsividad: el llamado sesgo de saltar a conclusiones (SC). SC se define como la tendencia a emitir juicios basados en una cantidad insuficiente de información. En el estudio ya mencionado por nuestro grupo de trabajo, este sesgo fue investigado en pacientes con TLP por primera vez, utilizando una modificación de la tarea de cuentas por Garety, Hemsley & Wessely (1991). En comparación con las personas sanas, los pacientes con TLP tenían más probabilidades de llegar a conclusiones apresuradas, sin embargo, esto ocurrió con menos frecuencia que en los pacientes esquizofrénicos. Por el contrario, en la autoevaluación (Cuestionario de Sesgos Cognitivos para la psicosis - CBQP; Schwannauer et al., 2010), se pudo encontrar una clara tendencia hacia SC en los pacientes con TLP que fue incluso más marcada que en los pacientes con esquizofrenia.

Afecto (*módulo 8*)

El trastorno límite de la personalidad se caracteriza por altas tasas de comorbilidad con trastornos afectivos. En consecuencia, más de la mitad de los pacientes también sufren depresión (Tadić et al., 2009; Zanarini et al., 1998). Adicionalmente, los pacientes con TLP tienden a plantearse demandas excesivamente altas (Jacob et al., 2006), lo que a su vez puede tener un impacto negativo en su estado de ánimo y su autoestima. El módulo discute las distorsiones del pensamiento que parecen estar de acuerdo con el desarrollo y el mantenimiento de la depresión. Esto incluye simplificaciones de “todo o nada” (por ejemplo, “porque cometí un error en el trabajo, soy un perdedor total”), de acuerdo con el concepto terapéutico del comportamiento cognitivo de Aaron Beck (1979), así como también “generalizaciones exageradas” (P. Ej., “Si fallo una vez, siempre voy a fallar”) de situaciones (para evidencia empírica de generalización exagerada, véase, por ejemplo, Carver, 1998). Los patrones de pensamiento adversos deben ser tomados en cuenta y reemplazados por cogniciones más positivas / realistas.

Para una descripción más detallada de las distorsiones del pensamiento específicas de la depresión, consulte también el manual del EMC-D (Jelinek et al., 2011).

Hallazgos actuales sobre la eficacia

Resultados del estudio sobre el EMC-TLP

La viabilidad básica del EMC-TLP y su aceptación por parte de sus usuarios se probaron en un estudio preliminar a fines de 2010. Un total de 57 pacientes con TLP fueron reclutados del pabellón para trastornos de la personalidad en el departamento de psiquiatría y psicoterapia de la Universidad. Centro Médico Hamburg-Eppendorf. Las sesiones de entrenamiento se realizaron una vez a la semana (en grupos de hasta ocho participantes, cada sesión de 60 minutos de duración). Para obtener retroalimentación inicial con respecto a la eficacia de la capacitación, administramos la versión corta de lista de síntomas límite (BSL-23; Bohus et al., 2009), que registra la gravedad de los síntomas, antes y después de la participación. Además, registramos variables sociodemográficas y medicación.

La evaluación mostró claramente un gran efecto del tratamiento sobre los síntomas detectados por el BSL-23 ($F = 4.73$; $p = .039$, $\eta^2_{parcial} = .154$). Los pacientes también tuvieron la oportunidad de enviar sugerencias para mejorar el contenido. Investigamos la posible superposición con otras intervenciones (por ejemplo, DBT) con la ayuda de cuestionarios. Se hizo evidente que en gran medida el grado de superposición con otras intervenciones, incluida DBT, era muy bajo. Sin embargo, no pudimos establecer un diseño de grupo de control debido a la falta de recursos. Debido a deficiencias metodológicas, los resultados deben considerarse preliminares y deben estar respaldados por estudios en curso. El material de entrenamiento ha sido extensamente revisado y extendido en base a nuestra experiencia con el estudio preliminar.

Actualmente (hasta Agosto de 2013), se están llevado a cabo dos estudios aleatorizados controlados (en el Centro Médico Universitario Hamburg-Eppendorf y en el Centro Médico Asklepios Nord-Wandsbek) con el EMC-TLP modificado para pruebas de eficacia (en

comparación con un grupo deportivo y grupo de relajación). Otro objetivo de los estudios es conocer más sobre la forma de pensar de los pacientes con TLP.

Los hallazgos actualizados del estudio se publican y se actualizan con frecuencia en nuestro sitio web Up-to-date (**www.uke.de/borderline**).

Para una presentación resumida de las encuestas de eficacia anteriores de la MCT para pacientes con psicosis, consulte Moritz, Vitzthum et al. (2010a).

Estructura y contenido

Antes de presentar los módulos en detalle, nos gustaría abordar algunos aspectos de la organización. El EMC-TLP es un programa de entrenamiento grupal terapéutico de comportamiento cognitivo. Debido a que el material para entrenamiento metacognitivo se explica por sí mismo en gran medida, y para permitir que el programa se modifique para pacientes individualmente, buscamos mantener el manual relativamente corto. Sin embargo, estudiar las siguientes secciones de ninguna manera reemplaza una evaluación exhaustiva de los conceptos teóricos.

El programa de entrenamiento metacognitivo para pacientes con TLP incluye los siguientes materiales (ver **www.uke.de/borderline**):

- Ocho presentaciones de PowerPoint®
- Manual
- Ocho folletos de seguimiento
- Tarjetas rojas y amarillas
- Reglas del grupo

Cantidad de módulos y frecuencia de sesiones

El programa consiste en un total de ocho módulos. La asignación de dos módulos por semana resultó efectiva.

Duración de las sesiones

Cada sesión dura entre 45 y 60 minutos.

Número de participantes

El tamaño del grupo debe oscilar entre 3 y 10 pacientes.

Inicio de cada sesión

Como el grupo está abierto y los nuevos participantes pueden unirse en cualquier momento, es aconsejable organizar una breve ronda introductoria al comienzo de cada sesión. Los participantes ya experimentados luego explican el objetivo y los detalles de la capacitación a los recién llegados (consulte “Introducción del programa a los nuevos pacientes”). Adicionalmente, al principio es apropiado preguntar si alguien tiene preguntas sobre la última sesión; o el entrenador puede preguntar qué contenidos ya implementaron los participantes.

Fin de cada sesión

Incluso si no se han completado todos los ejercicios al final de la sesión, el capacitador debe pasar a las diapositivas finales, que resumen los objetivos de aprendizaje. Pregunte a los participantes qué estrategias les gustaría probar. Finalmente, se entregan folletos que contienen un breve resumen de los contenidos tratados. Adicionalmente, cada nuevo participante recibe una tarjeta amarilla y una roja (aproximadamente del tamaño de una tarjeta de negocios) al final de su primera sesión, junto con instrucciones sobre como usarlas.

La tarjeta amarilla plantea tres preguntas fundamentales, serán usadas por los participantes cuando crean necesario hacer aclaraciones, por ejemplo, en momentos que se sientan ofendidos o insultados:

- 1) *¿Cuál es la evidencia?*
- 2) *¿Hay puntos de vista alternativos?*
- 3) *Incluso si estoy en lo cierto, ¿estoy reaccionando de forma exagerada?*

Estas preguntas están diseñadas para incitar a los participantes a reconsiderar la evidencia disponible antes de sacar conclusiones apresuradas, falsas y quizás consecuentes. La tarjeta roja es una tarjeta de emergencia. Se alienta a los pacientes a que anoten los números de teléfono de las personas y las instituciones a las que puede contactar cuando se necesita ayuda. Los pacientes siempre deben llevar consigo ambas tarjetas (por ejemplo, en su billetera).

Organización de la sala

Se requiere una habitación silenciosa con suficientes sillas y equipo para proyectar las diapositivas sobre una pared o pantalla blanca.

Equipo necesario

Se requiere un proyector y una computadora portátil o PC equipada con Adobe Acrobat Reader® (descarga gratuita). Las diapositivas se deben mostrar en el modo pantalla completa Adobe Acrobat.

Instructores profesionales experimentados

Los entrenadores son preferiblemente psicólogos o psiquiatras que tienen experiencia con pacientes con TLP. Los enfermeros especializados en salud mental y los terapeutas ocupacionales también pueden ser elegibles si están bien instruidos. Idealmente, los entrenadores debería tener experiencia previa moderando sesiones grupales. Además, deben estar familiarizados con la disociación que puede ocurrir con los pacientes con TLP.

Recomendaciones generales y manejo de situaciones difíciles durante las sesiones

A pesar de los comentarios muy positivos que recibe la capacitación de los pacientes en nuestra clínica, pueden surgir situaciones difíciles. A continuación, ofrecemos recomendaciones sobre cómo tratar constructivamente estas situaciones.

Es contraproducente reaccionar de forma exagerada ante el escepticismo de algunos pacientes (especialmente durante la primera sesión). Sin embargo, el comportamiento disruptivo debe evitarse. El entrenador puede referirse a las reglas del grupo en este punto (ver p. 17).

Como los ejemplos en cada módulo están destinados a servir principalmente como estímulos, es importante seguir incorporando los ejemplos de los participantes en la capacitación. Esto ilustra la relevancia del programa para la vida cotidiana (al mostrar la diapositiva “¿Por qué hacemos esto?”, Pregunte cómo los participantes pueden relacionarse con las descripciones). Esto hace que sea más fácil para la mayoría de los pacientes dibujar un vínculo para ellos mismos y sus vidas diarias. Además, puede ser útil tomar ejemplos de sesiones anteriores. En algunos casos, también puede ser útil referirse a las siguientes sesiones de capacitación que

tratarán ciertos temas más a fondo. Involucre activamente a los pacientes, especialmente para las diapositivas con preguntas (“???”) y permita que el grupo discuta el tema o el ejercicio. Si los pacientes critican los consejos prácticos por ser demasiado difíciles de implementar, dígalos que se trata de un programa de “capacitación”. Por ejemplo, use la siguiente metáfora: nuestro cerebro es comparable a un músculo. Como músculo, primero debe ser entrenado, y desafortunadamente, esto requiere tiempo. Otra metáfora útil: buenos caminos vs. senderos desconocidos. El buen camino representa patrones cognitivos y de comportamiento familiares (adversos). Esta ruta se ha usado de manera constante en el pasado, ya que representa una ruta fácil que puede manejar cómodamente. Los senderos desconocidos representan nuevos pensamientos y comportamientos que deben usarse un par de veces antes de que sean tan accesibles como el buen camino. Esto requiere tiempo, paciencia y cierta voluntad de hacer un esfuerzo. Pero eventualmente, estos nuevos senderos desconocidos (habilidades) pueden convertirse en hábitos. En general, se debe alentar a los pacientes a probar algo nuevo y probar cómo puede cambiar su estado emocional o sus relaciones. Además, para aumentar la motivación, los participantes deben recordar constantemente sus logros. Adicionalmente el programa de entrenamiento representa solo una modalidad terapéutica; por lo tanto, los contenidos individualmente relevantes deben tratarse en terapia individual. La participación concurrente en el DBT o en un grupo de habilidades es esencial.

Lidiar con la sensibilidad al rechazo

Los pacientes con TLP a menudo exhiben temores significativos sobre el rechazo social presunto o experimentado en realidad. En primer lugar, su atención se centra especialmente en las señales que indican el rechazo social o la exclusión social. Al mismo tiempo, también parecen reaccionar más vehementemente a tales señales que las personas sanas. Adicionalmente, los pacientes con TLP experimentan rechazo emocional por parte de otros en experimentos que muestran interacción social (por ejemplo Staebler, Helbing, Rosenbach & Renneberg, 2011), aunque objetivamente no se han excluido en absoluto. Por lo tanto, cuando se realiza el EMC-TLP, es de especial importancia observar si la forma en que el entrenador transmite el contenido de los módulos a través del lenguaje, los gestos y el comportamiento potencialmente patologiza a los participantes. Esto no significa que el entrenador deba “tomar cada palabra con un grano de sal”; sin embargo, debido a la mayor reactividad de los pacientes, es razonable reflexionar regularmente sobre si el tono que inspira, es decir, la “normalización”, no se ha perdido en la rutina. Por lo tanto, también puede ser útil introducir algunos ejemplos o mecanismos cotidianos para el grupo. Conceptos como “Es humano quedar atrapado en las trampas del pensamiento, pero a menudo puede llevar a consecuencias negativas” se puede usar cuando se discuten ciertas distorsiones del pensamiento. Evitar el uso de palabras irritantes como “trastorno” o “enfermedad”, no se requieren, puede ayudar a evitar que se desaten los sentimientos de rechazo de los participantes. Esto ayuda a garantizar que haya menos resistencia para los entrenadores al introducir contenido creado explícitamente para establecer la conexión entre las distorsiones del pensamiento discutidas y el trastorno límite (por ejemplo, las diapositivas: “Por que hacemos esto?”).

Presentando el programa a nuevos participantes

La formación Metacognitiva es un programa abierto. Los pacientes pueden ingresar en cualquier punto del ciclo. Se debe informar a los nuevos participantes de qué se trata el

programa, preferiblemente por participantes experimentados, con la ayuda del capacitador. Los participantes deben conocer el término metacognición: meta es griego y la cognición se refiere a procesos mentales superiores como la atención, la memoria y la resolución de problemas. Por lo tanto, la metacognición significa pensar sobre la manera en que pensamos, o pensar acerca de nuestro propio pensamiento. Para respaldar estas explicaciones para los nuevos participantes, use los ejemplos en las primeras diapositivas introductorias generales (tituladas “Un evento: muchas emociones posibles”) que preceden a cada módulo. Solo presente las diapositivas introductorias generales si hay nuevos participantes. Los ejemplos ilustran la forma en que los pensamientos pueden tener un impacto en los sentimientos y el comportamiento, y son diferentes en cada uno de los ocho módulos. Para estas diapositivas, es importante destacar que el EMC-TLP es una unidad terapéutica que se dirige a los pensamientos. En el corazón del programa están los estilos de pensamiento que, de acuerdo con el conocimiento actual, están involucrados en el desarrollo y mantenimiento del TLP, y se debe enfatizar que no todos los pacientes mostrarán todos estos sesgos de pensamiento al mismo tiempo. A los participantes se les debe decir que los contenidos de algunas sesiones de capacitación pueden ser más relevantes individualmente que otros. También se les debe aclarar que los patrones de pensamiento adversos se encuentran ocasionalmente en todos, no solo en los pacientes con TLP, pero generalmente no con la misma intensidad. Al presentar cada una de las unidades de capacitación, deje en claro cómo los patrones de pensamiento extremadamente disfuncionales pueden ocasionar problemas en la vida cotidiana. La relación entre los objetivos de aprendizaje y los trastornos en la vida diaria debe ser señalada regularmente. Para este propósito, cada módulo incluye varias diapositivas que enfatizan su relevancia práctica (diapositivas: “¿Por qué hacemos esto?” e “Influencia en el comportamiento”). El objetivo principal del programa de capacitación es la transferencia de los objetivos de aprendizaje a la vida diaria.

Dado que los pacientes a menudo sufren una gran tensión emocional, las habilidades de tolerancia a la angustia de Linehan’s DBT (1993) también pueden discutirse al principio. Esto se aplica en particular cuando los participantes concurrentemente reciben DBT o asisten a un grupo de habilidades y están familiarizados con el concepto. Debe quedar claro que estar bajo una gran angustia emocional hace que sea muy difícil influir en nuestros propios pensamientos. Por lo tanto, los pacientes deben practicar en las sesiones durante un nivel de dificultad emocional bajo a medio (prevención).

Criterios de inclusión y exclusión

El entrenamiento fue diseñado para pacientes con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad / trastorno de la personalidad emocionalmente inestable (también de tipo impulsivo). La participación también es recomendable para los pacientes que solo cumplen parcialmente los criterios. EMC para pacientes con psicosis es la opción recomendada para pacientes que actualmente o en el pasado han mostrado síntomas psicóticos, especialmente delirios (<http://www.uke.de/mct>).

Atmósfera

- 1) Aunque el programa de capacitación está altamente estructurado, los pacientes siempre deben tener tiempo suficiente para intercambiar sus puntos de vista, ya que

obtener autoconciencia y autorreferencia son esenciales para la capacidad de transferir las habilidades a la vida cotidiana. No es necesario completar todos los ejercicios en una sesión.

- 2) No se debe forzar a la participación, y el capacitador debe actuar de una manera no condescendiente / de apoyo.
- 3) Cuando se observan patrones de comunicación problemáticos, el capacitador debe señalar las reglas del grupo (ver la siguiente sección), que entre otras incluyen reglas básicas de la interacción interpersonal (por ejemplo, escuchar a otras personas, mostrar respeto por las diferentes opiniones). Se debe desalentar la crítica a los miembros del grupo.
- 4) Crea una atmosfera amigable y preferiblemente humorística. Los ejercicios deben ser entretenidos e interactivos.

Reglas del grupo

El material incluye una diapositiva en la que se muestran las diez reglas de grupo del programa de entrenamiento. Puede imprimirse en formato póster y colgarse en la habitación para que todos lo vean. Cada vez que se presentan nuevos miembros al grupo, deben ser informados de las reglas.

A continuación, describimos los dominios de destino y las tareas básicas para cada módulo. A esto le sigue el objetivo del módulo, así como recomendaciones generales y específicas para la administración.

Módulo 1: Atribución

Tema central

Distorsiones del estilo atribucional, especialmente atribuciones unilaterales en las que la causa de muchos sucesos se atribuye a uno mismo.

Contenido del módulo

Solo presente las diapositivas introductorias generales (diapositiva 1-13) que preceden a cada módulo si hay nuevos participantes. De lo contrario, puede comenzar en la diapositiva 14.

Al principio (diapositivas 15-27), el concepto de "atribución" se explica a los participantes con la ayuda de ejemplos. En la diapositiva 19, se les pide a los participantes que nombren diferentes causas de la situación descrita ("Un amigo te hace esperar"). Esto continúa con una división en tres grupos básicos de causas: uno mismo, otros y las circunstancias. Usando estos mismos grupos (uno mismo, otros, circunstancias), se pueden encontrar diferentes causas para la situación descrita en la diapositiva 23 ("Le dan el alta del hospital sin que se sienta mejor"). En la diapositiva 26, se anima a los participantes a encontrar respuestas equilibradas que preferiblemente incluyan los tres grupos de causas básicas.

Las siguientes diapositivas (28-41) familiarizan a los participantes con distorsiones atribucionales extremas y sus posibles consecuencias (por ejemplo, el hecho de culpar a otras personas a menudo conduce a problemas interpersonales). Se le pide al grupo que discuta atribuciones equilibradas para una situación positiva y negativa.

Posteriormente (diapositivas 44-60), el terapeuta y los participantes resumen los efectos, tanto a corto como a largo plazo, de relacionar siempre el comportamiento de otras personas con uno mismo. Se enseñan estrategias que ayudan a disminuir esas atribuciones muy personales (por ejemplo, la toma de perspectiva). Un gráfico circular (diapositivas 60-61) ilustra que puede valer la pena abrirse a explicaciones alternativas, y no asignar siempre "la mayor parte del pastel" a uno mismo. Visualizar atribuciones desfavorables con la ayuda del gráfico puede ayudarnos a ver esto más claramente.

La siguiente descripción del error de atribución fundamental (diapositivas 62-68) también muestra que la contribución de la situación (circunstancias / probabilidad) a menudo se pasa por alto o se subestima.

Como se explicó anteriormente, a los participantes se les pide debatir posibles factores situacionales primero cuando se trata de eventos negativos. El objetivo de esta unidad nunca es encontrar respuestas definitivas; más bien, su objetivo es considerar varias posibilidades causales. Incluso cuando se trata de eventos que parecen permitir solo una explicación plausible (por ejemplo, "Alguien te dice que pareces cansado", posible explicación: "Ella no es una verdadera amiga y quiere ofenderme"), se deben tomar otras explicaciones en cuenta (p. ej., "La persona quiere expresar empatía" o "Realmente me siento mal").

Después de las diapositivas "objetivos de aprendizaje" (74-77), este módulo explica cómo los sentimientos también pueden ser falsamente atribuidos (diapositivas 78-87, estudio de Dutton y Aron, 1974).

Material

Los ejercicios provienen del EMC para pacientes con psicosis y son análogos a los ítems del *Internal, Personal, Situational Attribution Questionnaire* (IPSAQ, Kinderman and Bentall, 1997). Al final de la presentación agradecemos las contribuciones de artistas y fotógrafos cuyas ilustraciones y fotografías hemos utilizado.

Objetivo del módulo

En los ejercicios, se les pide a los participantes que generen explicaciones considerando tres tipos de causas posibles: uno mismo, otras personas y factores situacionales. Deben contemplarse diferentes posibilidades, lo que ayuda a debilitar los patrones de atribución disfuncionales (por ejemplo, "Siempre es mi culpa" vs. "Siempre es culpa del otro"). El enfoque principal de este módulo es señalar que múltiples factores pueden conducir a un incidente o situación. Como se señaló, esto es cierto incluso para situaciones en las que al principio solo parece posible una explicación.

Recomendaciones generales

Las respuestas dadas sirven como ejemplos y no como soluciones definitivas. La opinión de los miembros del grupo puede ser diferente. El terapeuta puede usar las diapositivas 27-33 (recibiendo elogios) para referirse al módulo "Descubriendo lo positivo", en el cual este tema se trata de manera más exhaustiva. En la parte de ejercicio del módulo (de la diapositiva 69 en adelante), el terapeuta puede crear más ejemplos o pedirles a los participantes que lo hagan. Sin embargo, el terapeuta debe asegurarse de que las discusiones no se vuelvan demasiado específicas de una persona concreta. Hay muchos ejercicios y, por lo tanto, es importante evitar aburrir a los participantes con largas reflexiones sobre una sola tarea. Una vez que se han propuesto varias alternativas, el grupo puede seleccionar la causa más plausible junto con el terapeuta. Las posibles consecuencias de las interpretaciones deben ser valoradas. Al explicar el "error de atribución fundamental", se debe aclarar a los participantes que describe una disposición humana general y que no es específico del TLP.

Recomendaciones específicas (ejemplos)

Cuando discuta situaciones negativas, pida a los participantes que comiencen con explicaciones relacionadas con 'circunstancias'. Cuando discuta los positivos, pídale comenzar por las que tienen que ver con "uno mismo". Hable de la verosimilitud de cada explicación con los participantes.

Escenario	Atribución		
	Yo	Otros	circunstancias/coincidencia
1. Tener mal aspecto	Me encuentro mal. Estoy enfermo.	Se lo dice a mucha gente, es solo un frase hecha. Quiere insultarme. Quiere expresar que se preocupa por mi.	Casi todos mis compañeros de trabajo se fueron de vacaciones, menos yo. A lo mejor en comparación con ellos no tengo tan buen aspecto.
2. Cena	Le hice un favor (ej. le ayudé con un trabajo).	Es muy generoso. Quiere disculparse por algo.	Le tocó la lotería (poco probable). Es mi cumpleaños.

3. Bebé llorando	No estoy acostumbrado a tratar con bebés y lo cogí mal.	El bebé no ha comido a su hora.	Los bebés algunas veces lloran sin motivo. Al bebé le ha picado una avispa (poco probable).
4. Su compañero no le ayuda	Yo no le ayudé cuando me lo pidió.	Generalmente no ayuda con este tipo de tareas. Cree que puedo hacerlo yo solo.	Está muy ocupado en este momento.

Módulo 2: Rumiación y catstrofismo

Tema central

Rumiación; pensamiento catastrófico

Contenido del módulo

Solo presente las diapositivas introductorias generales (diapositiva 1-13) que preceden a cada módulo si hay nuevos participantes. De lo contrario, puede comenzar en la diapositiva 14. Comience hablando sobre el significado y la definición del término "rumiación" con los participantes (diapositiva 14). Además, comenten los temas sobre los que los pensamientos de reflexión generalmente giran, principalmente en situaciones interpersonales, así como los sentimientos negativos que los acompañan (diapositivas 16-22). A partir de la diapositiva 23, se aclararán las características específicas de la rumiación, a diferencia de la reflexión y la resolución de problemas. Las meta-creencias disfuncionales sobre el pensamiento rumiativo (por ejemplo, "Rumiarse me ayuda a resolver problemas") deben ser cuestionadas y modificadas. Además, transmita que estos pensamientos rumiativos son a menudo muy generales y vagos; la gente suele preguntarse "por qué" en lugar de "cómo" o "qué" (por ejemplo, "¿Por qué me pasó esto a mí de entre todas las personas?", en lugar de "¿Qué sucedió exactamente? ¿Cómo puedo cambiar la situación?").

Desde la diapositiva 37, presentamos ejercicios para contrarrestar los pensamientos rumiativos. Es importante destacar que se deben probar diferentes estrategias, ya que los ejercicios no funcionan igual de bien para todos. Además, antes de presentar los ejercicios contra la rumiación, pregunte a los participantes si ya han encontrado estrategias que funcionen para ellos. El ejercicio corporal en la diapositiva 40 se debe realizar activamente con los participantes para demostrar que no es posible rumiar al mismo tiempo. Es importante extender el ejercicio sucesivamente. Si el terapeuta sabe de otros ejercicios contra la rumia, pueden, por supuesto, agregarse (por ejemplo, puede ser útil anotar pensamientos de reflexión para revisarlos en una fecha posterior o introducir ejercicios de respiración profunda).

La segunda parte del módulo (diapositiva 45) trata del "pensamiento catastrófico". En su mayoría, los pacientes están muy familiarizados con este patrón de pensamiento. A menudo, los pacientes se refieren al abandono imaginado por su pareja. El objetivo es transmitir a los participantes que, en lugar de cada "predicción negativa", es posible una predicción alternativa, menos catastrófica, y que pueden escapar del pensamiento catastrófico. Además, muestre a los participantes una estimación de probabilidad falsa (claramente exagerada) basada en la catastrofización (diapositivas 49-51). Después (diapositivas 52-62), reúna y analice los posibles efectos de la "adivinación" con los participantes (por ejemplo, profecías autocumplidas).

Una parte del ejercicio se presenta al final del módulo (diapositiva 63) para ejemplificar el llamado "sesgo de confirmación". Se presentan tres imágenes diferentes (inundación, tormenta, fuego). Se les pide a los pacientes que proporcionen el término genérico correspondiente (naturaleza) al proponer eventos adicionales que encajarían en la categoría presunta (por ejemplo, erupción volcánica). El terapeuta responde con sí o no, dependiendo de si los objetos coinciden con el término genérico o no. Debido a que las imágenes mostradas sugieren el (falso) término "desastre natural", la mayoría de la gente solo propone cosas que

coinciden con esta categoría. Casi nadie presenta hipótesis alternativas o propone objetos que no coinciden con el término presumiblemente correcto, para verificar la presunción. Este ejercicio demuestra que a menudo ignoramos las fuentes de información que no están de acuerdo con nuestra opinión o expectativa establecida (por ejemplo, periódicos, ciertos programas de televisión, libros). Al realizar el ejercicio con un grupo más grande, alguien ya puede saber el ejercicio o adivinar la respuesta correcta. No confirme esta respuesta de inmediato, pero reúna otras propuestas.

Material

El contenido se generó utilizando el EMC para depresión de Jelinek et al. (2011).

Objetivo del módulo

El objetivo es aclarar que rumiar no ayuda a resolver problemas. Las creencias positivas sobre los pensamientos rumiativos deben ser cuestionadas, si es posible, ya que pueden promover el proceso de rumia (véase Wells, 2009). Las tareas discutidas están destinadas a ayudar a los participantes a escapar del ciclo de los pensamientos rumiativos y catastrofistas.

Recomendaciones generales

El círculo vicioso de los pensamientos rumiativos, las emociones negativas y el comportamiento disfuncional (véase la teoría, página 8) debe explicarse a los participantes, utilizando la diapositiva 22, por ejemplo (emociones que van de la mano con los pensamientos rumiativos). Por supuesto, se pueden agregar otros ejercicios para contrarrestar los pensamientos rumiativos cuando sea apropiado.

Recomendaciones específicas (ejemplos)

En este módulo, es especialmente importante crear un intercambio entre los participantes. Un método útil es primero preguntarles qué técnicas los ayudan personalmente y cuál fue su experiencia previa con los ejercicios. Además, es aconsejable referirse a ejemplos de antiguos participantes y mencionarlos como consejos adicionales contra los pensamientos rumiativos (por ejemplo, "Un paciente comentó que en esos momentos le resulta útil resolver un rompecabezas de Sudoku. ¿Se imagina probarlo?").

Módulo 3: Empatizar I

Tema central

Teoría de la mente, mayor certeza de juicio y una mayor percepción de emociones negativas en otras personas (sesgo negativo); hipermentalización

Contenido del módulo

Solo presente las diapositivas introductorias generales (diapositiva 1-13) que preceden a cada módulo si hay nuevos participantes. De lo contrario, puede comenzar en la diapositiva 14.

Para recordar el hecho de que los rostros son pistas relevantes para deducir los motivos internos de una persona, pero que no proporcionan pruebas definitivas, se presentan cuatro imágenes al comienzo de la sesión que muestran a un atleta, un psicólogo, un actor y un violento criminal (diapositiva 15). En este ejercicio, la mayoría de las personas adivinan incorrectamente. La solución no se revela hasta el final del módulo. En el transcurso del módulo, se les pide a los participantes que describan cómo empatizan con otras personas, qué fuentes de información utilizan y cómo de fiables son esas fuentes (diapositivas 16-23). Posteriormente, proporcionamos evidencia empírica con respecto al TLP ("¿Por qué hacemos esto?", Diapositiva 25-27) y un ejemplo del efecto de las interpretaciones erróneas sobre el comportamiento (diapositivas 28-35). Además, el efecto de nuestro propio estado emocional sobre la percepción / juicio de otros se discute en las diapositivas 37-42. Esto es seguido por dos diapositivas ilustrativas (43-44) en las que la emoción sorpresa se representa de tres maneras diferentes. Explore las formas en que se puede interpretar una emoción negativa (disgusto, rechazo), según el estado de ánimo propio (especialmente la imagen superior izquierda). Después de la primera conclusión (diapositiva 45), proporcionamos un ejercicio sobre la toma de perspectiva de las diapositivas 46-51. Las diapositivas 52-58 luego nombran emociones básicas y las atribuyen a personas y rostros. Además, brindamos ejemplos que demuestran que las expresiones y los gestos se pueden interpretar de manera diferente, según el trasfondo cultural y la edad (diapositivas 59-62: "A donde fueres, haz lo que vieres").

En el siguiente bloque de ejercicios (diapositivas 63-88), proporcionamos imágenes que muestran diferentes expresiones faciales. Se les pide a los participantes que juzguen cómo se sentiría la persona en la imagen y que analicen la verosimilitud de las cuatro interpretaciones alternativas. Luego, se resalta la respuesta correcta (la mayoría de ellas acompañadas de la imagen completa). Además, se pueden discutir las consecuencias de interpretaciones erróneas en la vida cotidiana, especialmente cuando las caras se interpretan negativamente (por ejemplo, percibir una expresión centrada o neutral como hostil).

Material

El material proviene principalmente del EMC para pacientes con psicosis. Al final de la presentación agradecemos las contribuciones de los artistas y fotógrafos cuyas ilustraciones y fotos utilizamos.

Objetivo del módulo

La primera parte de este módulo muestra la importancia de las expresiones faciales y las características externas para comprender el estado mental y los sentimientos internos de una

persona. Al mismo tiempo, muestra que las expresiones emocionales y el comportamiento de los demás también pueden malinterpretarse o sobre interpretarse fácilmente. Por lo tanto, los participantes deben aprender a darle más importancia al contexto de las situaciones. Para interpretar adecuadamente una expresión facial, es importante considerar otras fuentes de información (por ejemplo, factores situacionales, antecedentes personales). Sobre todo, se debe animar a los pacientes a tener siempre en cuenta la posibilidad de que estén equivocados en su evaluación.

Recomendaciones generales

Los pacientes deben tener en cuenta el contexto al buscar la interpretación más plausible. Haga hincapié en la poca fiabilidad de las primeras impresiones y enfatice la necesidad de mantener la mente abierta. Use ejemplos para subrayar la relevancia para la vida diaria. Debe discutirse la tendencia a interpretar en exceso las expresiones faciales como negativas y las consecuencias de hacerlo (por ejemplo, percibir la amenaza o la hostilidad).

Recomendaciones específicas

El terapeuta puede saltarse alguno de los ejercicios.

Pistas para encontrar la interpretación correcta

No hay indicaciones particulares para los ejercicios 1 y 2. El objetivo central de aprendizaje es mostrar que las expresiones faciales pueden ser engañosas (sobre todo para la interpretación de expresiones negativas u hostiles), y que se debe recopilar más información antes de llegar a una conclusión firme. Las soluciones se pueden deducir del contexto más que de los gestos (por ejemplo, felicidad = mujer con velo nupcial en su boda, enojo = puño cerrado) en las diapositivas "Diferentes emociones / sentimientos" de la primera parte del módulo.

Módulo 4: Descubriendo lo positivo

Tema central

Manejando el halago y la crítica; sobre-atención a la información negativa del entorno; disonancia cognitiva

Contenido del módulo

Solo presente las diapositivas introductorias generales (diapositiva 1-13) que preceden a cada módulo si hay nuevos participantes. De lo contrario, puede comenzar en la diapositiva 14.

Pídales a los participantes que describan qué podría significar el título de esta sección "Rechazar lo positivo" (diapositiva 15). Las diapositivas 17-20 discuten cómo manejar los elogios (y el rechazo constante a los comentarios positivos).

En este punto, enfatice que aceptar el elogio puede ser difícil, ya que a menudo contradice una percepción muy negativa de uno mismo. Esta autopercepción se adquirió en la mayoría de los casos en la primera infancia (por ejemplo, debido a un entorno invalidante). Al comienzo del módulo, mencione que el rechazo continuo de la retroalimentación positiva y la aceptación al mismo tiempo de la retroalimentación negativa dificultará que los pacientes mejoren su condición. Las diapositivas 21-25 abordan cómo aprender a aceptar los elogios. El objetivo principal aquí es alentar a los pacientes a prestar especial atención a los comentarios positivos en los próximos días. Al hacerlo, deberían tratar de "soportar el cumplido" en lugar de rechazarlo de inmediato. La diapositiva "¿Cuándo felicitas a los demás?" Pretende señalar que hay una intención positiva detrás (casi) de cada cumplido (es decir, para demostrar aprecio, motivar, animar, ...). Además, se debe preguntar a los participantes que quieren decir realmente cuando alaban a los demás. Si realmente tienen una intención positiva. Como esto generalmente se responde de manera afirmativa, el terapeuta puede preguntar por qué lo mismo no debería aplicarse a otras personas.

La diapositiva 26 está destinada a mostrar un clip de película ("validación" de Kurt Kuenne, consulte <http://www.youtube.com/user/AGNeuropsychologie>. Castellano: <https://www.youtube.com/watch?v=BP0oYnUwD4E>). Es un clip corto que demuestra lo que los elogios pueden desencadenar en otras personas y cómo esto también puede tener un impacto positivo en el propio estado de ánimo. Además, los pacientes deberían intentar buscar sus propias fortalezas en las diapositivas 40-44.

Desde la diapositiva 45 en adelante, continúa con el segundo bloque temático del módulo sobre el tema de la disonancia cognitiva (según Festinger, 1978). Discuta y cuestione los efectos de los pensamientos en conflicto y las creencias generales sobre el comportamiento y los sentimientos usando ejemplos. En el transcurso del ejercicio, los pacientes deben además ser animados a prestar atención a los aspectos positivos de la vida cotidiana. Además, deberían tratar de encontrar algo positivo incluso en eventos que parecen muy difíciles ("¿Qué puedo aprender aquí para el futuro?"). Esto ayudará a los pacientes a descubrir aspectos positivos de situaciones aparentemente sin esperanza o negativas a lo largo del tiempo. Debe quedar claro que el pasado puede cambiar para mejor. Se debe proporcionar espacio para los ejemplos de los pacientes.

Al final del módulo (diapositivas 76-77), analice el cambio en los diagnósticos a lo largo del tiempo (p. ej., el diagnóstico de un trastorno de la personalidad debe verificarse después de dos años, especialmente en relación con el esquema de diagnóstico categorial actual más que dimensional (cf. versiones revisadas del DSM-V)). Transmita a los pacientes que algunos síntomas pueden desaparecer con el tiempo. En este punto, también podría ser aconsejable explicar qué criterios son relevantes para el TLP (psicoeducación).

Material

Las primeras diapositivas sobre manejo de elogios y críticas fueron adaptadas del EMC para depresión (Jelinek et al., 2011). Las diapositivas sobre la conciencia de las fortalezas provienen del EMC para pacientes con psicosis. Al final de la presentación agradeceremos las contribuciones de los artistas y fotógrafos cuyas ilustraciones y fotos utilizamos.

Objetivo del módulo

El objetivo de la sesión es, entre otros, mejorar el manejo de los halagos y las críticas. Dirija la atención a los aspectos positivos de los pacientes (toma de conciencia de las fortalezas), también a los aspectos positivos de las situaciones de la vida diaria. Además trate de educar a los pacientes sobre TLP (p.ej. curso del trastorno).

Recomendaciones generales

Incluya los ejemplos de los pacientes y responda las preguntas que puedan tener. Resalte la alteración de los estilos de pensamiento, incluso los negativos hacia uno mismo, siempre que los pacientes asistan a las sesiones de manera constante.

Recomendaciones específicas (ejemplos)

El tema del elogio puede ser muy difícil ya que puede estar contaminado con emociones negativas para algunos pacientes. Trate estos contenidos con empatía y precaución, y anticipe la posible aparición de síntomas disociativos. Si, por ejemplo, los participantes en su mayoría experimentaron críticas o degradación en su infancia, indíquenles que no tienen que aceptar todas las críticas al pie de la letra. Además, se debe construir un límite interno contra los insultos. Señale que las "devaluaciones" de uno mismo también pueden revelar algo acerca de la otra persona, y en ese caso nunca debe tomarse como una crítica constructiva (sino como un insulto).

Módulo 5: Empatizar II

Tema central

“Teoría de la mente” compleja y cognición social; ponerse en el lugar de otro (otras perspectivas).

Contenido del módulo

Solo presente las diapositivas introductorias generales (diapositiva 1-13) que preceden a cada módulo si hay nuevos participantes. De lo contrario, puede comenzar en la diapositiva 14.

Al comienzo de este módulo (diapositivas 15-18), solicite a los participantes que hablen sobre pistas que puedan ayudarlos a emitir un juicio sobre una persona (por ejemplo, lenguaje, gestos). Analice detalladamente las debilidades y ventajas de cada una con el grupo (diapositivas 19-31).

En la diapositiva 28 debe hablar con los participantes acerca de los clichés o prejuicios a los que se hayan enfrentado (por ejemplo, en relación con su diagnóstico o ingreso en un hospital psiquiátrico) y cómo lo han solucionado. Como se demostró en el estudio de las diapositivas 32-40, el efecto de las palabras debe quedar en claro. La importancia de tomar la perspectiva de otra persona (ponerse en el lugar de otro) para su propio comportamiento está ilustrada en las diapositivas 51-53.

Presentamos secuencias de cómic de la diapositiva 54 en adelante, para lo cual los participantes deben tomar la perspectiva de uno de los protagonistas y deducir lo que el personaje puede pensar sobre otra persona o sobre determinado evento. La mayoría de las diapositivas se presentan en orden secuencial inverso, con la última viñeta primero. Cronológicamente hablando, la última viñeta se presenta primero, mientras que la primera viñeta (o viñetas) de la secuencia permanece oculta. Con cada viñeta nueva, se proporciona más contexto sobre la historia. Se recomienda que se pregunte a los participantes después de la primera viñeta(s) presentada (es decir, la última viñeta cronológicamente) si necesitan ver más viñetas aún o si la solución ya es obvia. De hecho, la verdadera secuencia de eventos a menudo se ve completamente diferente con las viñetas posteriores. Sin embargo, para la mayoría de las historias, varias interpretaciones siguen siendo posibles hasta el final. En este caso, los participantes deben proponer qué información adicional se requiere para poder tener estar seguros. Además, discuta dentro del grupo qué interpretaciones son mejor respaldadas por la evidencia disponible. En la siguiente tabla se proporcionan consejos específicos sobre la interpretación de las secuencias de cómic.

Material

En su mayor parte, el material proviene del EMC para pacientes con psicosis. Las historietas fueron dibujadas según nuestras instrucciones por Britta Block, Christin Hoche y Mariana Ruiz-Villarreal. Al final de la presentación agradecemos las contribuciones de otros artistas y fotógrafos cuyas ilustraciones y fotos utilizamos.

Objetivo del módulo

A los participantes se les enseña la diferencia entre su nivel de información como "espectador omnisciente" y los hechos disponibles para los protagonistas. En muchas escenas, como en la

vida real, no se pueden proporcionar explicaciones precisas. Por lo tanto, los participantes deberían proponer qué información adicional se necesita para finalmente verificar una de las hipótesis. Antes de hacer juicios finales (apresurados) sobre situaciones (u otras personas), se deben considerar otros puntos de vista.

Recomendaciones generales

Es aconsejable dejar que los participantes se turnen para describir cada viñeta de una secuencia. Intervenga si las descripciones van más allá de lo que se muestra en la imagen o incluyen suposiciones sin fundamento. Los participantes deben tomar las diferentes perspectivas / puntos de vista de las personas / grupos mostrados.

Los terapeutas del grupo deben omitir los numerosos ejercicios de práctica según sea necesario para dejar tiempo para resumir los puntos de aprendizaje al final del módulo.

Pistas para llegar a la interpretación correcta de las imágenes

Ejercicio	
1 (hombre grande)	Es esencial entender que las personas en el café no vieron al niño con la sierra. Por lo tanto, la gente probablemente asuma que la silla se rompió debido al peso del hombre. Sin embargo, la silla probablemente se habría roto incluso con una persona más ligera.
2 (coche)	Uno realmente no puede decir si la mujer tomará las palabras del hombre como mera información, consejo o comportamiento condescendiente.
3 (accidente)	Con la información de la primera diapositiva presentada (última viñeta cronológica), es difícil deducir lo que piensa el oficial de policía. Podemos deducir que el conductor está desorientado, pero no sabemos si esto solo se debe al accidente automovilístico. En este punto, sin embargo, esta explicación parece plausible. A medida que se presentan más diapositivas, el participante se da cuenta de que los ciervos estaban cruzando la calle antes del accidente. Con la información final del primer panel cronológico, está claro que el hombre había estado bebiendo alcohol. Es importante recordar que el grupo tiene más información que el oficial de policía; sin embargo, es posible que el oficial de policía pueda oler el alcohol, lo que le lleva a pensar que la intoxicación causó el accidente, aunque la verdadera situación es más compleja.
4 (malas noticias)	Con la primera imagen (por lo tanto, la última viñeta cronológica) es difícil decidir si el jefe es frío o no. La segunda diapositiva que está disponible muestra a la mujer llorando, lo que indica que puede tener una razón legítima para llegar tarde. Las diapositivas finales indican que la mujer tiene problemas de salud. No está claro si su jefe sabía que tenía una cita con el médico antes del trabajo o problemas de salud, por lo que no podemos saber si su comportamiento es insensible. Por el contrario, si la mujer llega tarde al trabajo, la frustración del jefe sería comprensible. Por otro lado, en la última viñeta, el jefe puede ver que la mujer ha estado llorando, y en este caso su reacción podría considerarse demasiado dura.
5 (fútbol)	En la primera diapositiva presentada (última diapositiva cronológicamente), el guardaparque probablemente piense que los jugadores de fútbol ignoran descaradamente las reglas del parque jugando en el césped. Al revelar el resto de las diapositivas, se hace evidente para los participantes que los jugadores de fútbol son

	extranjeros con un nivel bajo de idioma. Sin embargo, esta información no está disponible para el guardaparque, es decir, el grupo posee más información que él.
6 (salchichas)	Como aparentemente el niño tiene mucha hambre, la madre puede acusarlo falsamente de haber comido todas las salchichas
7 (librería)	Viendo la segunda diapositiva de la secuencia de dibujos animados, se podría inferir que el hombre no se da cuenta de que la mujer está hablando por teléfono, ya que él le acaba de hacer una pregunta directa y no trató de llamar su atención primero. Es posible que el hombre piense que la mujer le responde a él. Por otro lado, él podría pensar que ella debería estar trabajando en lugar de hablar por teléfono. Esta secuencia de dibujos animados permite diferentes interpretaciones. Es importante enfatizar que el grupo tiene más información que el hombre.
8 (enfermedad)	En la primera diapositiva presentada (última diapositiva cronológicamente), parece que la madre está confundida por el estado de su hijo y tal vez preocupada. La tercera diapositiva cronológica muestra al niño metiendo el termómetro en una taza caliente, tratando de que parezca que tiene fiebre. Esta información pone la historia bajo una luz diferente. Posiblemente, es obvio para la madre que su hijo simula estar enfermo si su temperatura es extremadamente alta. En este caso, la madre probablemente estaría enojada. Las dos primeras diapositivas de la caricatura muestran el curso de eventos anterior pero no brindan información adicional.

Módulo 6: Autoestima

Tema central

Baja autoestima; autodegradación hasta el odio a sí mismo

Contenido del módulo

Solo presente las diapositivas introductorias generales (diapositiva 1-13) que preceden a cada módulo si hay nuevos participantes. De lo contrario, puede comenzar en la diapositiva 14.

Primero, elabore con el grupo qué es la "autoestima" y reúna las características de las personas con un nivel de autoestima "saludable" (diapositivas 15-21). Al principio, el terapeuta puede hacer propuestas provocativas, como "¿Puede la autoestima medirse por los ingresos (referencia a la imagen) o por el número de amigos en Facebook?" Debe quedar claro que la autoestima de una persona no puede determinarse sobre la base de características particulares como la apariencia, es un juicio subjetivo de uno mismo. La diapositiva "Características no visibles" enfatiza que una autoestima equilibrada incluye una actitud reflexiva y de aceptación hacia uno mismo. Discuta las diferencias entre una autoestima excesiva y una autoestima "saludable". Se hace hincapié en un objetivo realista: un tratamiento más equilibrado y justo de las propias fortalezas y debilidades.

La "imagen de estantería" (Potreck-Rose y Jacob, 2008) en las diapositivas 37-42 invita a ver el yo multifacético como una estantería con varios estantes (cada uno para un área, por ejemplo, trabajo, familia, ocio, etc.) En la actualidad, esos estantes probablemente estén llenos de manera desigual. Además, no es posible tener el 100% de éxito en todas y cada una de estas categorías (por ejemplo, el éxito relacionado con el trabajo puede ser a expensas de menos tiempo para una relación feliz o tiempo libre). La autoestima sufre cuando una persona solo piensa en los estantes vacíos (sus debilidades). Puede conducir a una sensación de inutilidad. En cambio, se debe alentar a los participantes a mirar también los estantes bien llenos. Los ejemplos en la diapositiva "No omitas cosas" están diseñados para ayudar a los participantes a identificar "estanterías" personalmente relevantes. La siguiente diapositiva ("¿Qué estantería no miras hace un tiempo?") Tiene como objetivo llevar la atención a los estantes descuidados (por ejemplo, aficiones) para redescubrir los contenidos "polvorientos". En este punto, es aconsejable dejar que cada participante nombre una de sus fortalezas. El terapeuta también debe animar a los participantes a que nombren algunos aparentemente "pequeños o triviales". Si uno de los participantes no puede pensar en nada, esto debería normalizarse (por ejemplo, "Puede ser muy difícil nombrar directamente características positivas de uno mismo si alguien no está acostumbrado a hablar sobre las propias fortalezas").

Luego (diapositiva 43) se introduce el "crítico interno" (como el generador de "declaraciones de todo o nada"). Ponga ejemplos para que los participantes puedan descubrir la relevancia de las distorsiones del pensamiento. Déjelos idear sus propias frases típicas generadas por su crítico interno. La disfuncionalidad del pensamiento de todo o nada se demuestra con la ayuda del "juego de 100 centavos" (diapositivas 50-53). Las siguientes diapositivas (54-56) presentan tres estrategias para tratar con el crítico interno. Los participantes son instruidos para identificar el pensamiento de todo o nada (coherente con la autocrítica abrumadora o la autodegradación), cuestionar este pensamiento ("¿Realmente coincide con los hechos?", "¿Qué piensan las

personas que están cerca?"), Y para contrarrestar al crítico interno ("No me importa lo que pienses. Pienso de manera diferente"). Además, este módulo transmite que una mayor atención a los pensamientos negativos o los intentos de suprimirlos realmente aumenta su impacto y presencia (de la diapositiva 57 en adelante). Un breve experimento conductual durante el cual se les pide a los participantes que intenten suprimir activamente los pensamientos demuestra que la supresión del pensamiento es una estrategia contraproducente. Los participantes aprenden que tales pensamientos pueden ser molestos pero relativamente benignos, y que la supresión del pensamiento lleva a un aumento paradójico de los síntomas (véase la diapositiva "Supresión de pensamientos negativos, ¿funcionó? ¡No!"). Los participantes son instruidos a observar sus propios pensamientos desde una perspectiva más alejada sin interferir, como mirar una tormenta afuera o un tigre en un zoológico. Finalmente, se presentan algunas técnicas que les ayudan a ganar distancia interna. En este punto, pregunte si los participantes están familiarizados con el concepto de atención plena; se puede recomendar literatura específica (como Aguirre & Galen, 2013) a los participantes interesados. A muchos pacientes les resulta útil dejar de ver los pensamientos como hechos, sino como "eventos de la mente" y percibirlos sin juzgar. Esta percepción no crítica, tal como se define en el concepto de atención plena (véase también TDC) puede ayudarlos a ganar distancia en sus propios pensamientos. Algunas imágenes internas útiles pueden introducirse aquí (por ejemplo, con respecto a pensamientos como trenes que pasan o nubes que se mueven por encima). Esto puede facilitar que los pacientes usen la estrategia.

Material

Los contenidos provienen en parte del EMC para depresión de Jelinek et al. (2011) y se adaptaron en consecuencia. Los "estantes" de autoestima en el gabinete provienen de Potreck-Rose (2008). Otros contenidos (por ejemplo, sobre la supresión del pensamiento) se basan en Wells (2009) y Moritz & Hauschildt (2012).

Objetivo del módulo

Este módulo aborda el concepto de autoestima. Primero, discuta la autoestima como una construcción puramente subjetiva y alterable. Los participantes aprenden a desarrollar un sentido realista de su propia mente (es decir, tener una visión justa, TDC, por ejemplo, Bohus y Wolf, 2009). Además, demuestre cómo los estilos de pensamiento disfuncionales contribuyen al desarrollo de una baja autoestima. Explique el pensamiento de todo o nada y transmita estrategias para enfrentar este patrón de pensamiento contraproducente. Los participantes son instruidos para identificar sus propios pensamientos de todo o nada como las intrusiones de un crítico interno, para cuestionar estas intrusiones y para silenciar al crítico interno.

Recomendaciones generales

Muchos participantes están ya familiarizados con los contenidos del tema de autoestima o atención plena de la terapia dialéctico conductual. Utilice estos conocimientos para repetir y ampliar estos contenidos.

Recomendaciones específicas (ejemplos)

La autoestima es un tema difícil para muchos participantes que se debe abordar con cuidado. Es importante aclarar que a menudo se adquirió una autopercepción negativa en la primera

infancia y que, por lo tanto, es bastante comprensible que surjan pensamientos negativos relacionados con uno mismo. El objetivo debe ser dar pequeños pasos hacia la auto aceptación. Si los participantes no pueden descubrir ninguna característica positiva en sí mismos (áreas de autoestima), el terapeuta puede usar ejemplos de sesiones anteriores (p. ej., "¿Mencionó la última vez que era un buen tejedor?"). Además, puede ser útil llenar las estanterías de un amigo como ejemplo primero, y luego verificar si algunas de las cualidades se aplican también a uno mismo. También se puede animar a los participantes a escribir sus propias fortalezas o elogios que han recibido en un cuaderno (ver "diario positivo").

Module 7: Saltando a conclusiones

Tema central

Sacando conclusiones precipitadas (sesgo de salto a conclusiones) y comportamiento impulsivo

Contenido del módulo

Solo presente las diapositivas introductorias generales (diapositiva 1-13) que preceden a cada módulo si hay nuevos participantes. De lo contrario, puede comenzar en la diapositiva 14.

Con la ayuda de una breve historia de viñetas (diapositivas 15-19), se demuestra la relevancia cotidiana de sacar conclusiones precipitadas ("normalización"). Luego, se ilustran las posibles consecuencias de una toma de decisiones apresurada (saltando a conclusiones) usando varios ejemplos de la vida cotidiana. En la diapositiva 21, es posible mostrar videoclips cortos en los cuales se muestran las conclusiones (ver <http://www.youtube.com/user/AGNeuropsychologie>). Los ejercicios en el primer conjunto de tareas (desde la diapositiva 51) muestran objetos comunes (por ejemplo, una rana), que se muestran en grados decrecientes de incompletitud: se agregan nuevas características en ocho etapas sucesivas hasta que se muestra todo el objeto. Se les pide a los participantes que califiquen la verosimilitud de las interpretaciones propias o pre especificadas en las diapositivas. Los participantes deben esperar para dar su decisión final hasta que se haya presentado evidencia suficiente. Por ejemplo, la primera etapa del ejercicio "rana" se asemeja mucho a un limón, ya que el contorno de la rana solo se muestra desde un ángulo particular. Una decisión precipitada daría lugar a un error. El segundo conjunto de tareas (a partir de la diapositiva 80) muestra rompecabezas de imágenes, que, según la perspectiva del observador, contienen dos objetos o escenas diferentes. Para cada imagen, se les pide a los participantes que den su primera impresión de la imagen y luego cambien su perspectiva para encontrar la figura alternativa. En el tercer conjunto de tareas (desde la diapositiva 103 en adelante), se muestran a los participantes una serie de pinturas clásicas. Su tarea es deducir el título correcto de cada imagen a partir de cuatro opciones. Discuta los pros y los contras de cada sugerencia de título con respecto a los detalles de la imagen que podrían descartar ciertas alternativas. Además, se les pide a los participantes que expresen cómo de seguros están en su evaluación.

Material

El material de los ejercicios proviene del EMC para pacientes con psicosis. Los objetos del primer conjunto de tareas son dibujos en blanco y negro simples editados de un libro de cuentos de hadas. La contribución de otros fotógrafos / artistas se reconoce al final de la presentación. Las pinturas clásicas y modernas (tercer ejercicio) provienen de diferentes artistas, dos de las imágenes son tomadas de la Prueba de apercepción temática (TAT). Además, hay numerosos videoclips entretenidos sobre saltar a conclusiones, algunos de los cuales se pueden descargar desde nuestra página web (www.uke.de/mct) y discutirse con los participantes. Se pueden encontrar otros videos en <http://www.youtube.com/user/AGNeuropsychologie>.

Objetivo del módulo

En este módulo, los participantes son entrenados para evitar sucumbir a las primeras impresiones, que algunas veces pueden ser erróneas (primer y tercer conjunto de tareas) o solo revelar medias verdades (segundo conjunto de tareas). Las cosas o las situaciones pueden cambiar con el tiempo, y el aumento de información a menudo arroja una luz diferente sobre las cosas. Los participantes aprenden a no descartar puntos de vista y actitudes alternativas prematuramente, y a no actuar o juzgar impulsivamente. El material es excelente para demostrar las desventajas de un comportamiento apresurado de resolución de problemas. Además, transmite a los participantes que es aconsejable tomarse un tiempo para resolver problemas complejos. Las evidencias claras que permitirían una conclusión fuerte a menudo se pasan por alto (cuando se mira superficialmente).

Recomendaciones generales

Los pros y los contras de un estilo de respuesta apresurado frente a uno más lento deben ser detallados con la ayuda de las diapositivas. Si hay mucho en juego, se debe considerar toda la evidencia disponible antes de tomar una decisión final. Si los participantes mencionan la rumiación (o sobreanálisis) como un contraejemplo para sacar conclusiones, consulte el Módulo 2. Las posibles consecuencias de un sesgo de "saltar a conclusiones" se ilustran en varios ejemplos (por ejemplo, medicina: diagnósticos falsos). En esta sección, es esencial dar a los participantes la oportunidad de contar sus propias experiencias. En los rompecabezas de imágenes en el segundo conjunto de tareas, el terapeuta debe asegurarse de que todos los participantes descubran ambos objetos. Si esto no sucede, otro participante puede ayudar señalando pistas específicas.

Si bien la solución es bastante obvia para algunas pinturas en el tercer conjunto de tareas, para otras solo se vuelve clara al contemplarla a fondo. Para algunas pinturas, el título correcto puede ser incluso ambiguo. La atención de los participantes debe dirigirse hacia información aún no reconocida (ver más detalles a continuación). Si ciertos miembros del grupo favorecen títulos diferentes, el terapeuta puede alentar y moderar una discusión abierta.

Recomendaciones generales (ejemplos)

Para la segunda imagen en los primeros ejercicios ("rana"), muchos participantes tienden a elegir el limón prematuramente. Cuando esto sucede, el terapeuta puede enfatizar que le siguen siete fragmentos más: un limón probablemente se completará en la próxima estimación y, por lo tanto, representa una solución bastante improbable. No dedique demasiado tiempo al primer conjunto de tareas para que quede suficiente para los otros dos. Tampoco es necesario completar todos los ejercicios. Si los participantes expresan su interés en realizar más ejercicios, consulte www.uk.de/mct (Módulos 2A y 2B, así como 7A y 7B del EMC para pacientes con psicosis).

Imagen #	Título	Pistas para detectar la interpretación correcta
Imagen 1	“¿Por qué me casé con él?”	La pareja aparentemente está en un barco (ojo de buey en el fondo), y probablemente estén en su viaje de luna de miel (argumenta a favor de B). El hombre está acostado en la cama con su ropa puesta; tal vez tiene resaca. Hay una botella en la mesa a su lado (también a favor de B). La mujer es muy joven para ser la madre del hombre (va en contra de la

		D). No hay pistas de un asesinato (ej. Pistola) o suicidio (descarta respuestas A y C). En el pasado, una cinta roja, como la que lleva la mujer, indicaba que era recién casada (otra pista a favor de B).
Imagen 2	“El químico de la lectura”	El mortero y la mano de mortero, así como la botella cerrada, indican que un químico podría estar estudiando una nueva fórmula (habla a favor de C). El hecho de que esté absorto en la lectura, de que la botella esté cerrada y de que no haya ningún vaso sobre la mesa es contrario a B. El estilo de la vestimenta no indica un monje (habla en contra de A).
Imagen 3	“Mensaje triste”	La mujer está llorando; el soldado le ha traído un sombrero y un abrigo (presumiblemente pertenecientes a su marido fallecido); hay una carta en su regazo (a favor de D). El bebé no parece enfermo; el niño pequeño está mirando al soldado y no al bebé (hace la respuesta B poco probable).
Imagen 4	“La visita”	La atención del hombre está centrada en el pájaro de la ventana, hacia el que levanta la mirada (opción A). El hombre no está mirando al libro por lo que la opción B es poco probable.
Imagen 5	“Noviazgo”	Hablan a favor de B: la expresión facial de la mujer es más coqueta y sensual; el hombre le ha traído un regalo (flor); la postura de devoción del hombre.
Imagen 6	“Accidente de caza”	La nariz roja del hombre hace la opción B posible. La cara de miedo del hombre también hace posible la opción A; sin embargo, la ropa, la escopeta, y el hombre cayendo apoyan la opción D.
Imagen 7	“La pedicura”	Se ve como el hombre presta atención a los pies/uñas de la mujer. No se ve maletín o objetos de médico (escalpelo) (por eso las opciones B y C son poco probables).

Módulo 8: Estado de ánimo

Tema central

Síntomas depresivos comórbidos; esquemas cognitivos negativos; baja autoestima

Contenido del módulo

Solo presente las diapositivas introductorias generales (diapositiva 1-13) que preceden a cada módulo si hay nuevos participantes. De lo contrario, puede comenzar en la diapositiva 14.

Primero, el grupo enumera posibles síntomas de depresión (diapositivas 15-16). Luego, el terapeuta señala que la depresión no es irreversible y que los patrones cognitivos depresivos se pueden cambiar a través del entrenamiento. Las posibilidades terapéuticas para la depresión se mencionan brevemente (diapositivas 21-23) y, si corresponde, se recopilan las propias experiencias del paciente al tratar los síntomas depresivos. Los ejercicios que comienzan en la diapositiva 25 abordan esquemas cognitivos depresivos típicos como "generalización exagerada" y "percepción selectiva". Al interactuar con el grupo, el terapeuta explica cómo los patrones de pensamiento distorsionados pueden ser reemplazados por estrategias de afrontamiento más realistas y útiles. Por ejemplo, se enseña a los participantes a no generalizar de una situación al pasado y / o al futuro (por ejemplo, "Alguna vez un perdedor, siempre un perdedor"), sino a hacer declaraciones concretas, específicas de la situación ("Hoy fallé en una cosa concreta"). Las palabras como "nunca" o "siempre" deben evitarse.

En las diapositivas 40-52, se les pide a los participantes que hagan una evaluación sobre "leer pensamientos negativos" (por ejemplo, "¡Están diciendo cosas malas sobre mí!" Cuando dos compañeros susurran entre sí mientras usted presenta sus ideas en una conferencia del equipo). Los efectos (en el estado de ánimo, la autoestima, el comportamiento) de esta evaluación se elaboran bajo la guía del terapeuta, y la distorsión del pensamiento se somete a pruebas de realidad. Luego se les pide a los participantes que piensen en una evaluación alternativa más útil y que vuelvan a nombrar los efectos (en el estado de ánimo, la autoestima, el comportamiento). En un siguiente paso, también se pueden desarrollar evaluaciones más útiles para los ejemplos personales de cada participante.

La diapositiva 53 "Comparación con otras personas" marca el comienzo de la próxima unidad del módulo que aborda las comparaciones injustas y los riesgos del perfeccionismo. Las comparaciones con otras personas pueden ser humanas o incluso útiles a veces, pero debe quedar claro que en el contexto de la depresión a menudo son injustas y unilaterales. Uno solo puede "perder" cuando uno se involucra en comparaciones injustas (por ejemplo, cuando observa un solo aspecto aparentemente perfecto en otra persona, mientras descuida todos los demás (por ejemplo, "Él es profesionalmente exitoso, ¿pero a qué precio?"). También puede presentar el video clip "comparación desleal" - paloma (ver <http://www.youtube.com/user/AGNeuropsychologie>). Las diapositivas tituladas "Vida perfecta" (60-62) demuestran que la perfección es inalcanzable y su lucha puede hacernos sentir ansiosos e infelices. Una estrategia alternativa puede consistir en animar a los participantes a ser "conscientemente imperfectos" (por ejemplo, cometer un pequeño error deliberadamente). Al comparar los resultados esperados y los reales, a menudo resulta que las reacciones negativas esperadas nunca ocurren. Aclare que puede haber grandes diferencias

entre las áreas en las que los participantes luchan por la perfección (por ejemplo, para verse siempre perfectos, o para ser la madre o el padre perfectos). Al cambiar la perspectiva (de la diapositiva 71 en adelante), podemos identificar nuestros propios estándares excesivos ("¿También esperarías que un buen amigo actúe 'perfectamente' todo el tiempo?"). Al final del módulo, discuta los consejos que, si se usan regularmente, ayudan a mejorar el estado de ánimo de los pacientes. En este punto, los participantes primero deben hablar entre ellos sobre sus propias estrategias. Finalmente, resume los principales contenidos del módulo como objetivos de aprendizaje y aclare cualquier pregunta abierta.

Material

Muchos contenidos están basados en el EMC para pacientes con psicosis (Moritz et al., 2010) y el EMC para depresión (Jelinek et al., 2011). Además, algunos ejemplos se inspiraron en las experiencias personales de los participantes o libros de texto de terapia cognitiva (por ejemplo, Beck, 1976). Al final de la presentación reconocemos las contribuciones de los artistas y fotógrafos cuyas ilustraciones y fotos hemos utilizado.

Objetivo del módulo

Presente a los participantes los estilos de pensamiento disfuncionales que pueden contribuir a la formación y el mantenimiento de la depresión. Anímelos a reducir las demandas excesivas que se imponen a sí mismos y a juzgar sus propias capacidades de una manera más apropiada y justa. Destaque la alteración de los estilos de pensamiento depresivo. Sobre todo, introduzca estrategias para mejorar el estado de ánimo y la autoestima (por ejemplo, diario positivo, actividades positivas).

Recomendaciones generales

Este módulo difiere de otras partes del EMC para TLP en que no se proporcionan ejercicios convencionales con opciones de respuesta correctas versus respuestas incorrectas. Es crucial que el terapeuta esté familiarizado con el modelo cognitivo-conductual de depresión que subyace a este módulo.

Recomendaciones específicas

Algunas de las diapositivas contienen preguntas que les piden a los participantes que presenten interpretaciones más útiles y equilibradas antes de que se revelen las posibles opciones de respuesta (estas solo sirven como inspiración). Al discutir consejos para mejorar el estado de ánimo, los participantes también deben intercambiar experiencias positivas y recomendaciones para obtener consejos. También es importante que los pacientes sepan que el cambio puede ser difícil y requiere práctica. Esto se aplica a los cambios de estilos de pensamiento en particular. Un primer paso importante es reconocer las distorsiones del pensamiento en la vida cotidiana y cambiarlas sucesivamente. También se puede animar a los participantes a prestar más atención a los patrones de pensamiento adversos durante su terapia individual.

Bibliografía

- 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., Diederens, K. M., Hoek, H. W. & Sommer, I. E. C. (2012). Auditory verbal hallucinations in patients with borderline personality disorder are similar to those in schizophrenia. *Psychological Medicine, 42*, 1873-1878.
- Sollberger, D. & Walter, M. (2010). Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Gemeinsamkeiten und Differenzen evidenzbasierter störungsspezifischer Behandlungen. *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie, 78*, 698-708.
- Staebler, K., Helbing, E., Rosenbach, C. & Renneberg, B. (2011). Rejection sensitivity and borderline personality disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 18*, 275-283.
- Tadić, A., Wagner, S., Hoch, J., Baškaya, 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.