

Training metacognitivo per la Depressione (MCT–D): Un Breve Manuale della Versione Originale adattabile agli anziani (MCT–Silver)

Versione: 10.06.20

Lena Jelinek, Brooke C. Schneider, Marit Hauschildt, & Steffen Moritz

Traduttori: Daniela Chieppa & Vittorio Di Michele



TeroVesalainen. Senza titolo <https://pixabay.com/de/photos/gedanken-idee-innovation-phantasie-2123971/>. Immagine utilizzata con licenza Pixabay Creative Commons license.

Ringraziamenti

Innanzitutto, vorremmo ringraziare i nostri pazienti per il loro supporto ed ispirazione per averci aiutato a sviluppare il D-MCT e il MCT-Silver. Il loro feedback è stato essenziale per migliorare e perfezionare questi corsi di formazione per essere più utili per coloro che potrebbero averne maggiormente bisogno.

Vorremmo anche ringraziare i nostri colleghi dell'Unità di Neuropsicologia Clinica e della clinica di Psichiatria e Psicoterapia presso il Centro medico universitario di Amburgo – Eppendorf e tutti gli altri colleghi nazionali ed internazionali che hanno fornito supporto per l'attuazione dei programmi di formazione e la loro costante revisione e perfezionamento. A causa del numero di persone coinvolte, a questo punto ci asterremo dal nominarle. Speriamo che ciò non riduca in alcun modo la nostra espressione di gratitudine per il loro supporto, feedback e assistenza.

Donazioni

Alla luce della difficile situazione finanziaria di molti ospedali psichiatrici, il nostro obiettivo è quello di fornire gratuitamente le diapositive internazionali per il Training Metacognitivo per la Depressione (es. MCT-D, le diapositive tedesche per la MCT-D pubblicate da BELTZ) e tutte le diapositive per la depressione in seguito (es. MCT-Silver). La vostra donazione è essenziale per il nostro lavoro e contribuirà a migliorare la vita di molte persone che soffrono di depressione. Vi saremmo molto grati se sosteneste la MCT-D e la MCT-Silver donando al nostro corso.

Chiediamo cortesemente ai professionisti e alle istituzioni un piccolo contributo prima di utilizzare i materiali forniti sul nostro sito Web (per i professionisti: 30€ /\$30; per le istituzioni 100€/ \$100) in vista della quantità di lavoro e dei costi associati per le ulteriori realizzazioni del nostro corso. I contributi possono essere effettuati online (è possibile consultare il sito Web; <https://clinical-neuropsychology.de/donate/>; si prega di precisare Neuropsicologia clinica alla voce "I dono per").

Tutte le donazioni saranno impiegate per un ulteriore sviluppo della MCT-D e MCT-Silver (attività future: traduzione di moduli in altre lingue, creazione di una nuova grafica, assunzione di studenti per condurre gruppi MCT-D e MCT-Silver in cliniche. Su richiesta, ti invieremo una ricevuta per la tua donazione (ti preghiamo di inviare una mail a Steffen Moritz (moritz@uke.de) ed includere il tuo indirizzo di posta). Le donazioni possono essere effettuata al seguente conto:

Intestazione: UKE AG Neuropsychologie

Coordinate bancarie: Hamburger Sparkasse HASPA

Causale pagamento: (questo è fondamentale per fare in modo che la tua donazione ci raggiunga): 0470/001 – MCT per la depressione.

IBAN: DE54200505501234363636

BIC/Swift: HASPDEHHXXX

Training metacognitivo per la Depressione (MCT-D)¹: Un Breve Manuale per la sua Versione Originale ed adattabile agli anziani (MCT-Silver)

Lena Jelinek, Brooke C. Schneider, Marit Hauschildt, & Steffen Moritz

Sommario

Un messaggio per i nostri colleghi	6
1 Introduzione MCT-D e MCT-Silver.....	7
da Lena Jelinek, Marit Hauschildt, Brooke C. Schneider, & Steffen Moritz	
1.1 Introduzione	7
1.2 Obiettivo del Training Metacognitivo (MCT).....	7
1.3. Indicazioni per il MCT-D e MCT-Silver	8
1.4. Indicazioni pratiche per lo svolgimento del MCT-D e MCT-Silver.....	9
1.4.1 Informazioni generali	9
1.4.1.1 Frequenza, durata e numero di partecipanti	9
1.4.1.2 Format (struttura aperta del gruppo).....	10
1.4.1.3. Materiale e attrezzatura tecnica	10
1.4.1.4 Terapisti/trainers.....	10
1.4.2 Linee guida per attuare i trainings	10
1.4.3 Elementi strutturali ricorrenti del MCT-D e MCT-Silver	11
1.4.3.1 MCT-D	11
1.4.3.2 MCT-Silver.....	12
1.5 Riepilogo del manuale	13
2 Training metacognitivo per la Depressione (MCT-D)	15
da Lena Jelinek, Marit Hauschildt & Steffen Moritz	
2.1 Modulo 1: Filtro mentale e ipergeneralizzazione.....	15

¹ Il presente manuale rappresenta la versione tradotta, rivista e ampliata del seguente capitolo del libro scritto in tedesco sul Training Metacognitivo (MCT-D): Jelinek, L., Hauschildt, M., & Moritz, S. (2016). Training Metacognitivo della Depressione (MCT-D). A Stavemann, H. Entwicklungen in der Integrativen KTV. Weinheim: Beltz, 175-200.

2.1.1 Base teorica	15
2.1.2 Contenuto	15
2.2 Modulo 2 Distorsioni della memoria e falsi ricordi	16
2.2.1 Contenuto teorico	16
2.2.2 Contenuto	16
2.2.3 Esempio di diapositiva ed esercizio.....	17
2.3 Modulo 3: “Doverizzazioni”, svalutare il pensiero positivo, pensare in bianco e nero ..	18
2.3.1 Base teorica	18
2.3.2 Contenuto	18
2.4 Modulo 4: Autostima e perfezionismo.....	19
2.4.1 Base teorica	19
2.4.2 Contenuto	19
2.4.3 Modello ed esercitazione	19
2.5 Modulo 5: ingigantire o minimizzare e stile di attribuzione depressivo	20
2.5.1 Base teorica	20
2.5.2 Contenuto	20
2.5.3 Esempio di diapositiva ed esercizio.....	21
2.6 Strategie comportamentali disfunzionali.....	21
2.6.1 Base teorica	21
2.6.2 Contenuto	22
2.7 Modulo 7: Saltare alle conclusioni, lettura della mente e pensiero catastrofico	22
2.7.1 Base teorica	22
2.7.2 Contenuto	22
2.7.3 Esempio di diapositiva ed esercizio.....	23
2.8 Modulo 8: Percezione dei sentimenti e ragionamento emotivo	24
2.8.1 Base teorica	24
2.8.2 Contenuto	24
2.8.3 Esempio di diapositiva ed esercizio.....	24
3 Training Metacognitivo per la Depressione per anziani (MCT-Silver)	25
da Brooke C. Schneider, Steffen Moritz, Lara Bücken, Lena Jelinek	
3.1 Distorsioni della memoria e falsa memoria	25
3.1.1 Base teorica	25
3.1.2 Contenuto	26
3.2 Modulo 3: “Doverizzazioni”, affermazioni e accettazione	27
3.2.1 Base teorica	27
3.2.2 Contenuto	27

3.2.3 Esempio di diapositiva ed esercizio.....	28
3.3 Modulo 4: Valori	28
3.3.1 Base teorica	28
3.3.2 Contenuto	29
3.3.3 Esempio di diapositiva ed esercizio.....	30
3.4 Modulo 8: Autostima	30
3.4.1 Base teorica	30
3.4.2 Contenuto	31
3.4.3 Esempio di diapositiva ed esercizio.....	32
4 Stato della ricerca	34
da Lena Jelinek, Marit Hauschildt, Brooke C. Schneider, & Steffen Moritz	
4.1 MCT-D	34
4.2 MCT Silver	34
5 Bibliografia.....	36

Un messaggio per i nostri colleghi

Cari colleghi,

vi ringraziamo per il vostro interesse nel MCT-D e MCT-Silver. Questo manuale è stato scritto per professionisti (es. psicologi, psicoterapeuti, psichiatri, infermieri, assistenti sociali, terapisti occupazionali, ecc) che conducono il MCT-D e/o MCT-Silver in entrambi i gruppi o in contesti con individui “adulti” e “anziani” con depressione. È possibile scaricare gratuitamente tutti i materiali internazionali per il MCT-D (10 lingue) e MCT-Silver (attualmente disponibile solo in tedesco) dal nostro sito Web. www.clinical-neuropsychology.de . Le diapositive tedesche per il MCT-D e il manuale tedesco sono pubblicati da Beltz (Jelinek, Hauschildt e Moritz, 2015). I materiali scaricabili dal nostro sito Web includono diapositive in Power Point e fogli di compiti da svolgere a casa per tutti gli otto moduli di ogni *training*, dispense informative generali e regole di gruppo. In questo manuale vengono fornite informazioni concrete sulla conduzione dei *trainings*, tra cui brevi descrizioni sul contesto teorico per tutti i moduli, una breve descrizione del contenuto del modulo e utili suggerimenti. Noi conduciamo il MCT-D dal 2009 e Mct- Silver dal 2016. Nel corso di questi anni, abbiamo avuto modo di fare esperienza e raccogliere feedback conducendo gruppi sia in ambito ambulatoriale sia in ambito ospedaliero e fino ad oggi abbiamo condotto diversi studi randomizzati e controllati sul MCT-D. dopo uno studio pilota di successo, è attualmente in corso il primo studio clinico sul MCT-Silver e i risultati iniziali sono previsti per il 2020.

Nel capitolo 1, forniamo una panoramica della definizione di metacognizione, nonché alcune informazioni generali sulla realizzazione del MCT-D e MCT-Silver. Nel capitolo 2, Jelinek, Hauschildt e Moritz forniscono una breve descrizione degli otto moduli sul MCT-D e nel capitolo 3 Schneider, Moritz, Bücken e Jelinek descrivono i moduli specifici per il MCT-Silver. Nel capitolo 4, forniamo una panoramica delle prove empiriche per i *trainings* condotti fino ad oggi.

Nonostante la nostra esperienza e gli sforzi per realizzare questi materiali, ci è chiaro che il MCT-D e il MCT-Silver sono preziosi solo nella misura in cui sono realizzati dai voi, i nostri colleghi. Pertanto, apprezzeremmo molto il tuo feedback in merito ai materiali e saremo lieti di ricevere commenti critici, costruttivi e feedback positivi! Non esitate a contattarci direttamente per porci domande. Ci farebbe molto piacere conoscere la tua esperienza con il materiale. Non esitate a contattarci al seguente indirizzo:

Indirizzo E-mail:

Lena Jelinek (ljelinek@uke.de)

Brooke C. Schneider (b.schneider@uke.de)

Marit Hauschildt (mhauschildt@uke.de)

Steffen Moritz (moritz@uke.de)

Ti auguriamo ogni successo nel condurre il *Training*!

1 Introduzione MCT-D e MCT-Silver

da Lena Jelinek, Marit Hauschildt, Brooke C. Schneider, & Steffen Moritz

1.1 Introduzione

Negli ultimi anni, il termine "metacognizione" ha attirato una crescente attenzione sia per la ricerca di base che per lo sviluppo di metodi psicoterapici (Moritz, Lysaker, Hofmann e Hautzinger, 2018; Moritz & Lysaker, 2018) concetto di "meta-memoria" ad altri ambiti e ha usato la "meta-cognizione" per descrivere ampiamente la conoscenza della regolazione dei propri processi cognitivi (Flavell, 1976).

Comunemente, il termine è definito come "pensare al pensiero" (greco: meta = "oltre" e latino: cogitare = "pensare", vedi anche Moritz, 2008, 2013). La metacognizione è un costrutto complesso che comprende più aree e livelli di elaborazione delle informazioni che Flavell ha distinto in quattro componenti: (1) conoscenza metacognitiva, (2) esperienza metacognitiva, (3) obiettivi metacognitivi e (4) azioni metacognitive. Oltre al lavoro di Flavell, ci sono diverse definizioni e applicazioni eterogenee di questo termine (Semmari et al., 2012).

La nostra comprensione per la metacognizione segue Flavell e i successivi ricercatori come Adher Koriat, che considerano la certezza del giudizio e il ruolo del dubbio come aspetti metacognitivi essenziali (Koriat & Goldsmith, 1998). Pertanto, un'ampia definizione di metacognizione include aspetti di base della percezione e dell'elaborazione delle informazioni, nonché funzioni cognitive più elevate e si riferisce sia al contenuto sia ai processi cognitivi. Il focus del concetto è quello di sensibilizzare i pazienti agli errori cognitivi che distorcono l'elaborazione delle informazioni ad esempio la tendenza dei pazienti depressi a sottovalutare il loro funzionamento neurocognitivo. Inoltre, altre distorsioni nella metacognizione sembrano essere una caratteristica stabile della depressione (Faissner, Kriston, Moritz e Jelinek, 2018; Ladegaard, Lysaker, Larsen e Videbeck, 2014; Ladegaard, Videbeck, Lysaker e Larsen, 2016); sottolineando il vantaggio di rivolgere l'attenzione alla metacognizione nella depressione.

1.2 Obiettivo del Training Metacognitivo (MCT)

La concettualizzazione del nostro approccio metacognitivo è iniziata nel 2003 con il "training metacognitivo per la psicosi" (MCT; Moritz, Krieger, Bohn e Veckenstedt, 2017; Moritz et al., 2013) la quale si è dimostrata efficace nelle recenti meta-analisi (Eichner & Berna, 2016; Liu, Tang, Hung, Tsai, & Lin, 2018). Da allora, il MCT è stato ripetutamente valutato e sono state sviluppate versioni per altri disturbi psichiatrici (Moritz, 2013), ad esempio per la depressione (MCT-D, vedere il capitolo 2 e Jelinek, Hauschildt e Moritz, 2015 del Manuale tedesco), per il disturbo borderline di personalità (Schilling, Moritz, Kriston, Krieger, & Nagel, 2018), per il disturbo ossessivo compulsivo (Jelinek, Zielke, et al., 2018), e il disturbo bipolare (Haffner et al., 2018). Più recentemente una modifica del MCT-D, chiamato MCT-Silver, è stato sviluppato per gli anziani con depressione (vedi capitolo 3; Schneider et al., 2018). Sulla base della nostra conoscenza sulla metacognizione, precedentemente descritta, l'obiettivo generale di tutte le versioni del training metacognitivo sviluppate dal nostro gruppo è rendere i pazienti consapevoli degli errori di ragionamento specifici supportati empiricamente e modificarli. Ciò include distorsioni nella percezione e nell'elaborazione delle informazioni e credenze disfunzionali specifiche, nonché ipotesi su pensieri e strategie per affrontare meglio tali pensieri. Per quel che concerne le componenti della metacognizione di Flavell miriamo a migliorare la conoscenza metacognitiva dei pazienti, principalmente creando esperienze metacognitive con l'aiuto di esercizi divertenti (Moritz & Lysaker, 2018).

Adottando un approccio integrativo, il training metacognitivo include elementi compatibili con altri approcci terapeutici (Moritz et al., 2018), pur mantenendo la struttura e i contenuti unici della MCT. Nella depressione possono verificarsi due tipi di distorsioni cognitive, che sono simili tra loro e non sempre facilmente distinguibili. Un tipo, che è principalmente affrontato nella CBT classica, sono gli errori cognitivi "tipici" come l'eccessiva generalizzazione. Si riferiscono ad errori di ragionamento nell'elaborazione delle informazioni soggettivamente rilevanti. L'altro tipo si verifica nell'elaborazione generale delle informazioni che riguarda lo

stile cognitivo. La ricerca neuropsicologica di base ha mostrato ulteriori errori di ragionamento nella depressione, ad esempio il ricordo selettivo delle informazioni negative durante la depressione (memoria congruente all'umore), nonché l'identificazione distorta delle emozioni (per i commenti, vedi Dalili, Penton-Voak, Harmer e Munafò, 2015; Gaddy & Ingram, 2014). Entrambi i tipi di errori di ragionamento favoriscono l'elaborazione di informazioni depressive e sono quindi centrali per lo sviluppo e il mantenimento della depressione. Alcune credenze metacognitive, come "i pensieri negativi sono pericolosi", e le strategie di coping, come la ruminazione e la soppressione del pensiero, sono considerate sempre più importanti nella patogenesi della depressione (per i dati empirici e le somiglianze con la terapia metacognitiva [Wells, 2011] vedi sotto). Di conseguenza, il "pensare al pensiero" nel MCT-D e MCT-Silver si rivolge sia al contenuto dei pensieri sia ai processi di percezione e del pensiero stesso. Dato che ci si concentra anche ad affrontare il contenuto del pensiero, il training metacognitivo per la depressione e il training metacognitivo di Silver sono generalmente più vicini agli approcci CBT classici nel trattamento della depressione che alla terapia metacognitiva di Wells (Moritz & Lysaker, 2018). Nel loro insieme, attraverso una meta-prospettiva, il MCT-D e il MCT-Silver mirano a migliorare la consapevolezza degli errori di ragionamento e la soggettività del pensiero al fine di creare una distanza dai pensieri (negativi) e aumentare la flessibilità cognitiva.

1.3. Indicazioni per il MCT-D e MCT-Silver

Sulla base delle nostre considerazioni teoriche dello sviluppo del MCT-D, della nostra esperienza di lunga data nell'applicazione in vari contesti di trattamento (clinica ambulatoriale psichiatrica, programma di riabilitazione psichiatrica, clinica ospedaliera psichiatrica) e sulla base dei risultati degli studi clinici (Jelinek et al., 2016; Jelinek, Hauschildt, Otte, & Moritz, 2009; Jelinek, Faissner, Moritz, & Kriston, 2018; Jelinek, Moritz, & Hauschildt, 2017), vorremmo offrire alcuni suggerimenti per l'utilizzo e sottolineare i limiti del programma. Dal nostro punto di vista, il MCT-D e MCT-Silver sono conformi alle linee guida basate sull'evidenza per il trattamento della depressione, ad esempio, come formulato dalle linee guida NICE e dalla Società tedesca di psichiatria, psicoterapia e neurologia (DGPPN).

Il MCT-D e MCT-Silver hanno una serie di caratteristiche uniche, sia in termini di contenuto che di struttura, che sono decisive per l'applicazione specifica e la varietà di indicazioni per il *training*. In particolare, entrambi sono a bassa soglia (cioè sono flessibili in modo che la profondità del contenuto possa essere adattata alle caratteristiche specifiche del gruppo), includono elementi ludici, hanno una struttura chiara e sono stati progettati secondo un concetto di gruppo aperto e modulare. Il *training* può anche essere facilmente combinato con altri elementi terapeutici (CBT/ terza ondata) e tali elementi sono stati incorporati in modo specifico in due moduli del MCT-Silver.

Specifiche indicazioni per l'uso del MCT-D e MCT-Silver

Diagnosi: Il MCT-D e MCT-Silver sono stati sviluppati principalmente per i pazienti con una diagnosi primaria di depressione (depressione maggiore, disturbo depressivo persistente). È anche indicato l'uso con disturbi depressivi in comorbidità (ad esempio, in cui la diagnosi primaria è un disturbo d'ansia). Dato che non abbiamo somministrato gli interventi con pazienti con schizofrenia o disturbo bipolare o con disturbi cognitivi, come la demenza, questi disturbi non sono inclusi nell'elenco delle indicazioni (per MCT per disturbo bipolare vedi Sondergeld e al., 2016). Sulla base della nostra esperienza clinica, anche i pazienti con compromissione cognitiva lieve e deficit cognitivi di altre origini (ad es. lieve lesione cerebrale) beneficiano del gruppo; tuttavia non sono stati condotti studi per dimostrare empiricamente l'efficacia tra questi pazienti.

Tempo del trattamento: grazie all'elevata flessibilità dell'applicazione del *training*, ci sono molte opzioni per quanto riguarda quando può essere utilizzato nel corso del trattamento. A nostro avviso, il MCT-D e MCT-Silver sono particolarmente adatti per i pazienti con primo episodio di depressione, per quelli che hanno poca o nessuna precedente esperienza psicoterapeutica o per quelli che non hanno avuto svolto terapia. Grazie ai suoi elementi divertenti e ludici, gli interventi sono appropriati anche per i pazienti con una motivazione psicoterapeutica limitata all'inizio del trattamento. Il sollievo dei sintomi attraverso la partecipazione al MCT-D e MCT-Silver può quindi servire ad aumentare la motivazione per ulteriori trattamenti. Gli interventi sono adatti anche in contesti ospedalieri acuti grazie alla loro struttura e progettazione chiara. In particolare, l'utilizzo di esercizi divertenti e unici, che allo stesso tempo comunicano informazioni sulla depressione, consentono ai

pazienti di sperimentare piccoli successi (vedi esempi di esercizi in seguito). Altri ambiti chiave di potenziale applicazione sono l'assistenza in follow-up e la prevenzione delle ricadute.

Impostazioni del trattamento: il *training* può essere applicato in regime ambulatoriale, diurno o in degenza. In particolare, la struttura aperta del gruppo può anche servire a migliorare il trattamento tempestivo dei pazienti in regime ambulatoriale (ad esempio, per ridurre i tempi di attesa). In contesti psichiatrici diurni, il MCT-D e MCT-Silver rappresentano training di gruppo specifici per la depressione per integrare e approfondire il programma di trattamento psichiatrico specificatamente rafforzando le competenze metacognitive e riducendo gli errori di ragionamento. Dato il suo approccio modulare e strutturato, ma flessibile, i contenuti possono essere presentati da infermieri o personale psichiatrico oltre che da psichiatri o psicologi, l'utilizzo del MCT-Silver è particolarmente adatto in molti contesti in cui vengono trattati gli anziani (ad es., cure primarie, case di cura, strutture di assistenza a lungo termine). Tuttavia è molto importante sottolineare che non sono stati ancora condotti studi sul MCT-Silver specificatamente in contesti non psichiatrici. Tuttavia il MCT-D e il MCT-Silver presentano i seguenti limiti:

- Per i pazienti che manifestano episodi depressivi da moderati a gravi, il MCT-D e il MCT-Silver non devono essere l'unica strategia di intervento e non dovrebbero sostituire interventi individualizzati basati sull'evidenza. L'impostazione del gruppo e il contenuto possono comportare richieste eccessive nei pazienti con episodi depressivi acuti e gravi (in particolare quelli con sintomi psicotici).
- I pazienti ambulatoriali con alto rischio suicidario non devono partecipare ai gruppi. Sugeriamo di condurre una breve proiezione con potenziali partecipanti con pensieri suicidi. Anche se i pensieri suicidi passivi non sono rari tra gli individui con depressione. Gli individui che hanno piani attivi suicidari e soprattutto quelli che non possono accettare di sostenere la realizzazione di questi piani dovrebbero essere indirizzati verso un trattamento più intensivo.
- A causa del ruolo centrale delle informazioni scritte, dovrebbe essere essenziale una conoscenza sufficiente dell'inglese scritto e parlato (o della lingua in cui viene impartita la formazione) per ottenere un buon esito del training di gruppo (attualmente altre lingue sono disponibili solo per il MCT-D).
- Dato che le informazioni sono presentate su diapositive, i pazienti con disabilità visiva significativa possono avere difficoltà a partecipare al gruppo. Coloro che hanno problemi di udito possono avere difficoltà a sentire ciò che dicono i formatori o altri partecipanti. I formatori potrebbero valutare se possono integrare i contenuti del gruppo per questi pazienti (ad esempio, offrendo una versione stampata delle diapositive ai pazienti con problemi di vista o consentendo ai pazienti con difficoltà uditive di sedersi vicino ai formatori).
- Il MCT-Silver: Sebbene non sia una controindicazione, di per sé, i pazienti che soffrono di dolore acuto (ad esempio, immediatamente dopo la perdita del coniuge) possono trovare il contenuto del gruppo troppo generalizzato o non essere psicologicamente pronti a prendere in considerazione alcune delle tecniche discusse. Nella nostra esperienza, tali individui tendono a percepire le informazioni in particolare nel modulo 3 MCT-Silver (cioè, accettazione) in modo piuttosto criticista. Pertanto, suggeriamo ai formatori di parlare con tali pazienti o con i loro terapeuti prima di iniziare con il gruppo e valutare attentamente se la partecipazione è adatta. Tuttavia la perdita è una parte normale della vita, a cui le persone rispondono in modo univoco. Pertanto, i *trainers* non dovrebbero escludere automaticamente o in generale le persone che hanno subito recentemente perdite.

1.4. Indicazioni pratiche per lo svolgimento del MCT-D e MCT-Silver

1.4.1 Informazioni generali

1.4.1.1 Frequenza, durata e numero di partecipanti

Il MCT-D e MCT-Silver sono organizzati in otto moduli da 60 minuti ognuno (Jelinek e al., 2015). In alcune strutture ambulatoriali, le sessioni sono state allungate a 90 minuti per consentire un tempo sufficiente all'inizio e alla fine della sessione (ad es. per consentire ai pazienti di conoscersi). In alternativa, per gli anziani con limitazioni cognitive o con astenia, può essere più appropriata una sessione di 30 minuti, in cui i moduli sono presentati in due sessioni. A seconda dell'indicazione e delle impostazioni del trattamento, devono essere

somministrati da uno a due moduli a settimana. Se si offrono due moduli alla settimana, le sessioni dovrebbero essere programmate con un tempo sufficiente tra i due per garantire ai partecipanti l'opportunità sufficiente di esercitarsi e seguire i contenuti appresi. Un gruppo da tre a dieci pazienti si è dimostrato ottimale.

1.4.1.2 Format (struttura aperta del gruppo)

La presentazione delle diapositive sul contenuto e sulla struttura sono progettati per un gruppo aperto (ovvero, i nuovi partecipanti possono partecipare a qualsiasi sessione). I moduli sono quindi indipendenti l'uno dall'altro e le informazioni importanti vengono ripetute in ciascun modulo (ad es. spiegazione del termine metacognizione). Tuttavia a seconda dell'esatta impostazione del trattamento, i conduttori possono decidere di utilizzare il materiale per impostare un gruppo chiuso e il materiale può essere utilizzato anche per le singole sessioni.

1.4.1.3. Materiale e attrezzatura tecnica

Tutti i materiali necessari sono forniti come file PDF. I *trainers* del gruppo presentano le diapositive e le copie dei compiti da svolgere a casa vengono consegnate ai pazienti alla fine di ogni sessione (o come un opuscolo che include tutti i compiti). I *trainers* avranno bisogno di un computer e di un proiettore per presentare le diapositive ai pazienti, i quali si disporranno seduti formando un semicerchio attorno allo schermo su cui sono proiettate le diapositive.

1.4.1.4 Terapisti/trainers

Se sono disponibili risorse sufficienti, si raccomanda la presenza di due *trainers* per il training di gruppo (ad es. psicoterapeuti). Grazie alla chiara strutturazione, i terapeuti in formazione o il personale infermieristico che hanno familiarità con la depressione possono condurre gruppi MCT-D o MCT-Silver.

È preferibile che i *trainers* del *training* abbiano una certa conoscenza delle tecniche di comunicazione terapeutica ed esperienza nella moderazione dei gruppi terapeutici.

1.4.2 Linee guida per attuare i trainings

Rinforzo positivo. Un'atmosfera aperta, amichevole e riconoscente è l'elemento essenziale della formazione. I formatori dovrebbero promuovere questa atmosfera, agire e comunicare secondo questo atteggiamento fondamentale. L'umorismo è un altro elemento chiave che il terapeuta deve utilizzare in situazioni appropriate. Un approccio divertente, interattivo e giocoso durante il *training* offre ai pazienti l'opportunità di avere esperienze positive e incoraggia il divertimento. Cogliere ogni opportunità per fornire un feedback positivo ai singoli pazienti e al gruppo.

Collaborazione. Abbiamo scelto con cura il termine "*trainers*" per evidenziare la natura collaborativa del Training metacognitivo. Mentre i *trainers* devono presentare le informazioni ai membri del gruppo, i membri sono in definitiva "loro stessi esperti" e attingono da una ricchezza di conoscenze basate sulle loro esperienze di vita. In particolare gli anziani apprezzano spesso il riconoscimento delle loro conoscenze e delle loro esperienze e i *trainers* dovrebbero fare riferimento a questo durante le sessioni, tenendo presente che le strategie nel training metacognitivo rappresentano solo uno (dei molti modi) per migliorare i sintomi depressivi.

Personalizzare. Nonostante la struttura chiara del *training* attraverso il suo formato multimediale, le diapositive non dovrebbero in alcun modo essere presentate in modo affrettato. Sia il ritmo che l'estensione della profondità della discussione dei singoli elementi dovrebbero essere sempre adattati alle capacità dei rispettivi partecipanti (con depressione, e quindi spesso più lenti) e alle loro preoccupazioni individuali. Se necessario è possibile saltare singoli esercizi o esempi. Il focus del *training* è sulla comunicazione di informazioni e sulla realizzazione di esercizi pratici, ma dovrebbe sempre esserci tempo sufficiente per consentire ai pazienti di condividere le loro opinioni ed esempi personali.

Verifica la comprensione. Le persone con depressione, possono elaborare le informazioni più lentamente, possono avere difficoltà di attenzione e le persone più anziane, in particolare possono sperimentare altri

disturbi sensoriali, quindi, i *trainers* del gruppo dovrebbero essere sicuri che tutti i membri del gruppo ascoltino e comprendano le informazioni presentate. Ciò potrebbe richiedere più tempo per spiegare un particolare esercizio e verificare la comprensione. Se i conduttori non sono sicuri, è spesso utile chiedere esplicitamente ai membri del gruppo prima di procedere.

Motivare. Lo scopo del MCT-D e MCT-Silver non è quello di fornire ai partecipanti tutte le informazioni esistenti sulla depressione o sulla metacognizione, ma piuttosto creare nuove esperienze. Mettersi alla prova e commettere errori sono alcuni dei modi più efficaci per imparare. Pertanto, il dubbio porta ad intuizioni. In molti moduli, un atteggiamento positivo nei confronti degli errori è essenziale per il processo di apprendimento. Gli “errori” sono provocati deliberatamente per dimostrare i processi generali di cognizione ed elaborazione delle informazioni. A tal fine, è necessario che i conduttori evitino comportamenti direttivi e simili a quelli di un insegnante. Piuttosto, i *trainers* dovrebbero funzionare come “modelli imperfetti”.

Limite. Individuare i contenuti rimane un elemento centrale per attuare il *training*, ma limitare i contenuti eccessivi e prolissi dei partecipanti è anche un compito essenziale del *trainer*. Ciò vale in particolare per i reclami o i commenti piuttosto generali o non specifici per i contenuti del gruppo. Tali contributi non sono orientati verso gli obiettivi e tendono ad essere ugualmente gravi per tutti i partecipanti e possono persino confondere alcuni membri del gruppo. Pertanto, dovrebbero essere riconosciuti, ma chiaramente limitati verso una ri-focalizzazione sul contenuto pertinente.

1.4.3 Elementi strutturali ricorrenti del MCT-D e MCT-Silver

1.4.3.1 MCT-D

Apertura della sessione e introduzione. La scheda informativa dei partecipanti viene fornita come informazione preparatoria e include le regole del gruppo. Può essere scaricata dal nostro sito Web (<https://clinicalneuropsychology.de/d-mct-manual-english/>; nome del file: “materiale informativo e regole di gruppo”; Jelinek e al., 2015). Se il *training* viene condotto in un gruppo aperto (ovvero, i nuovi pazienti possono partecipare a qualsiasi sessione), si consiglia di condurre una breve introduzione generale sul MCT-D dopo aver dato il benvenuto ai partecipanti. Per introdurre i partecipanti al contenuto, dovrebbe essere spiegato il termine “metacognizione”. Idealmente, questo andrebbe fatto da un partecipante più esperto ed elaborato dal *trainer* se necessario. Di seguito un esempio.

Esempio di dialogo (Trainer)

“Meta” deriva dal greco e significa “oltre”. Cognizione è un termine generale e indica i processi mentali come l’attenzione, la memoria o la pianificazione e può essere liberamente tradotto come “pensiero”. Nel loro insieme, questo può essere semplificato come “pensare al pensiero”. Nel training metacognitivo, esamineremo quindi i processi del pensiero da una meta-prospettiva o da una posizione satellitare e ne discuteremo. Ci concentreremo su modelli di pensiero che sono rilevanti per lo sviluppo e il mantenimento della depressione.

Diapositiva “posizione satellitare”. Ogni modulo del Training metacognitivo inizia con una diapositiva che illustra la posizione del satellite. Si spiega che i pazienti possono guardare in basso il “il brutto tempo, il fronte della depressione”. Questa è una metafora che si apprende rapidamente e si ricorda facilmente grazie alla meta-prospettiva che assumiamo durante il *training*. Si riferisce a guardare i propri pensieri “dall’alto” o “a distanza” per identificare i collegamenti tra i modelli cognitivi e lo sviluppo e il mantenimento della depressione. Lo scopo del MCT-D è quello di esaminare criticamente i propri processi mentali, identificare le possibilità e praticare strategie per modificare positivamente tali processi e utilizzarli efficacemente per superare la depressione.

Ricapitolando il contenuto precedente. Prima di iniziare a presentare il modulo, dovrebbe esserci il tempo per riassumere brevemente il contenuto discusso nel modulo precedente e per i partecipanti il tempo per scambiarsi esempi degli errori di ragionamento e condividere queste esperienze con l’applicazione delle strategie apprese sui fogli di lavoro a casa.

Diapositiva “Pensiero e ragionamento nella depressione”. Per introdurre gli argomenti nei moduli 1,3 e 5 (argomento “pensiero e ragionamento”), viene fornita (o ripetuta) la logica per cambiare gli errori di ragionamento. Vorremmo sottolineare che gli studi hanno dimostrato che molti pazienti hanno deficit nell’elaborazione delle informazioni, ma ciò non riguarda tutti i pazienti o ogni errore di ragionamento discusso. Sugeriamo anche che i terapeuti si riferiscano intenzionalmente ai pensieri come “erronei o distorti” o “utili/realistici” e “meno utili/non realistici” anziché come “giusti” o “sbagliati”.

Contenuto specifico dei moduli. Il contenuto specifico del modulo segue l’introduzione. Gli elementi ricorrenti e alternati del modulo includono 1) spiegazione dei concetti del MCT-D, 2) spiegazione dei contenuti attraverso la presentazione di eventi di vita reale e 3) esercizi ludici e attivanti per mettere in pratica le strategie apprese. Sebbene la pertinenza di tutto il contenuto per lo sviluppo e il mantenimento della depressione sia supportata empiricamente, il contenuto specifico potrebbe non essere altrettanto importante per ciascun partecipante (per i dati empirici, si prega di controllare i rispettivi moduli). Pertanto, si suggerisce ai terapeuti di informarsi sulla pertinenza personale dell’argomento del modulo per ciascun partecipante all’inizio del modulo (“conoscete questo?”). Quando si discute di argomenti che sono meno rilevanti per i partecipanti, questi partecipanti possono fungere da modello per il gruppo per lo sviluppo e l’applicazione di utili valutazioni e strategie funzionali. In questo modo, gli stessi membri del gruppo servono come esempio della varietà di modi possibili di pensare e valutare le situazioni. Tali discussioni offrono anche l’opportunità di condividere diverse prospettive.

Obiettivi di apprendimento. Ogni modulo termina con una diapositiva riepilogativa degli obiettivi di apprendimento della sessione di quel gruppo. A questo punto, potrebbe essere utile per alcuni partecipanti sottolineare che identificare i propri errori di ragionamento è un primo e centrale passo verso il cambiamento. Un cambiamento nel modo di pensare può avvenire solo gradualmente. Questo è il motivo per cui il MCT-D viene definito *training*. I pazienti devono essere rinforzati positivamente per identificare semplicemente un errore di ragionamento o una strategia di coping disfunzionale. Potenziali nuove convinzioni disfunzionali, come “ora sono anche cattiva nel pensare... è colpa mia se sono depressa” devono essere contrastate offrendo una prospettiva dialettica. Ciò potrebbe includere la precisazione e la validazione che da un lato gli errori di ragionamento e le strategie di coping hanno origine e si sviluppano in un certo modo e per determinate ragioni (non si generano senza un motivo, ma attraverso esperienze di apprendimento e modelli di riferimento) e dall’altro, i pazienti possono scegliere di cambiare lo status quo e provare nuove strategie comportamentali. Gli altri obiettivi del MCT-D sono: aumentare la consapevolezza e la capacità dei pazienti di “disinnescare i pensieri” e di (ri)acquisire la flessibilità cognitiva.

Riepilogo conclusivo. La sessione dovrebbe concludersi con un breve riepilogo conclusivo per consolidare le informazioni presentate e apprese e per aumentare la motivazione e l’impegno a praticare il materiale appreso. Idealmente, il *trainer* rivolge una o due domande specifiche a ciascun partecipante, come ad esempio “Cosa è stato più importante per te oggi?” o “Quale delle strategie presentate vorresti mettere in atto questa settimana?”.

Riassunto scritto e follow-up. I partecipanti ricevono un riepilogo scritto del contenuto discusso (alla fine di ogni sessione o come opuscolo dopo la registrazione del gruppo). Il follow-up/compito a casa includono esercizi scritti per consolidare il materiale appreso e per supportarne l’applicazione nella vita di tutti i giorni.

1.4.3.2 MCT-Silver

Gli elementi ricorrenti strutturali del MCT-D e MCT-Silver sono identici: apertura della sessione e introduzione; riepilogo dei contenuti precedenti; contenuto specifico dei moduli; obiettivi di apprendimento; riepilogo conclusivo e riassunto scritto e follow-up. Pertanto, i lettori dovrebbero fare riferimento ai punti di cui sopra, in quanto questi elementi sono essenziali anche per il MCT-Silver.

MCT-Silver differisce dal MCT-D nei seguenti modi:

La metafora del “labirinto”. Nel MCT-Silver, la metafora del labirinto è utilizzata per introdurre il concetto di metacognizione (“pensare il pensiero”). Tale metafora spiega che quando si è nel mezzo di un labirinto, è difficile sapere in quale parte andare per trovare l’uscita e c’è il rischio di perdersi. Dal punto di vista di un

uccello”, è molto più facile vedere dove si trova l'uscita e la probabilità di successo (cioè, trovare l'uscita) è molto più alta. Allo stesso modo, durante una depressione, è difficile prendere le distanze da modelli di pensiero negativi e ruminativi. Come il MCT-D, l'obiettivo del MCT-Silver è quello di guardare criticamente i propri processi mentali, identificare le possibilità e le strategie per modificare positivamente questi processi e usarli efficacemente per superare la depressione.

Diapositiva “Perché MCT?”. All'inizio della sessione, la riluttanza di alcuni partecipanti a impegnarsi nel MCT-Silver viene affrontata riconoscendo brevemente che i sintomi depressivi, da cui molti partecipanti hanno sofferto per un bel po' di tempo, non scompariranno istantaneamente solo attraverso la mera partecipazione a una o due sessioni al MCT-Silver. Piuttosto, le informazioni con evidenze empiriche e gli esercizi presentati nel MCT-Silver servono come un primo passo verso il cambiamento di tali modelli di pensiero e comportamenti appresi durante la vita, i quali contribuiscono alla depressione. I partecipanti sono incoraggiati a mantenere una mente aperta, anche quando alcuni esercizi possono sembrare “troppo semplici” o “troppo strani”. Si sottolinea che i partecipanti fungono da esperti e possono decidere ciò che è meglio per loro, ma il gruppo offre l'opportunità di provare cose nuove o aggiornare competenze già apprese.

Esempi specifici della fase di vita. Esempi e informazioni riguardanti (la maggior parte) degli adulti più anziani sono stati incorporati in tutti i moduli MCT-Silver. È importante riconoscere che l'invecchiamento in sé per sé non è un disturbo psicologico. Piuttosto, a causa del numero di sfide e cambiamenti che gli anziani devono affrontare, e (talvolta) per le fonti diminuite di rinforzo positivo a causa di questi cambiamenti, i sintomi depressivi possono svilupparsi in età avanzata. Gli adulti più anziani sono, tuttavia, molto eterogenei. Mentre alcuni possono stare bene fisicamente nei loro 80 (e oltre) anni, altri sperimenteranno limitazioni fisiche e sensoriali. Inoltre, mentre alcuni raccoglieranno i frutti stabilendo e prendendosi cura di relazioni a lungo termine (ad esempio, con i bambini) altri si sentiranno sempre più isolati e soli (o non possono avere figli propri). Pertanto, è importante che i *trainers* non facciano generalizzazioni ma piuttosto sottolineare che le informazioni o gli esempi possono essere rilevanti per alcuni ma non per tutti i partecipanti.

1.5 Riepilogo del manuale

Nel capitolo 2, ogni modulo del MCT-D è brevemente presentato, compreso un breve contenuto teorico riguardante l'evidenza empirica per la sua integrazione nella formazione, esempi di pensieri tipici associati con gli errori (meta) cognitivi o comportamentali, una sintesi del contenuto del modulo, compresi i consigli generali per la gestione del *training*, e (per la maggior parte dei moduli) esempi di diapositive e esercizi.

Nel Capitolo 3, i moduli unici del MCT-Silver sono brevemente presentati. Oltre ai pregiudizi cognitivi e metacognitivi tipici affrontati nel MCT-D, due moduli sono stati recentemente concettualizzati per MCT-Silver (modulo 3: accettazione; modulo 4: valori). Inoltre, altri due moduli sono stati adattati più ampiamente per il MCT-Silver e includono alcuni nuovi contenuti (modulo 2: Memoria; modulo 8: autostima). Il contenuto dei moduli 3,4, e 8 sono basati in gran parte su interventi di “terza ondata”, molti dei quali ora sono ben stabiliti per il trattamento della depressione.

Tabella 1.1. Moduli e argomenti del MCT-D e MCT-Silver

Modulo	Titolo	Argomento MCT-D (errore cognitivo)	Argomento Unico MCT-Silver
1	Pensiero e ragionamento 1	Filtro mentale, ipergeneralizzazione	
2	Memoria	Distorsioni della memoria, falsa memoria	Distorsioni della memoria, cambiamenti della memoria dovuti all'invecchiamento
3	Pensiero e ragionamento 2	"Doverizzazioni" affermazioni, svalutare il pensiero positivo, pensiero bianco o nero	"Doverizzazioni" affermazioni, accettazione dei cambiamenti di vita
4	Autostima (MCT-Silver:Valori)	Autostima, perfezionismo	Identificare valori e strategie per vivere una vita basata sul valore
5	Pensiero e ragionamento 3	Ingigantire o minimizzare, stile di attribuzione depressivo	
6	Comportamenti e strategie	Strategie comportamentali disfunzionali: ritiro sociale, ruminazione, soppressione del pensiero.	
7	Pensiero e ragionamento 4	Saltare alle conclusioni, lettura della mente, pensiero catastofico	
8	Emozioni (MCT-Silver: autostima)	Percezione dei sentimenti, ragionamento emotivo	Autostima, cambiamento delle percezioni negative attraverso le immagini

2 Training metacognitivo per la Depressione (MCT-D)

by Lena Jelinek, Marit Hauschildt & Steffen Moritz

2.1 Modulo 1: Filtro mentale e ipergeneralizzazione

2.1.1 Base teorica

Gli studi dimostrano che le persone con depressione elaborano le informazioni preferibilmente con contenuto negativo (Gotlib, Kasch, et al., 2004; Gotlib, Krasnoperova, Yue, & Joormann, 2004; Nunn, Mathews, & Trower, 1997) e non distolgono la loro attenzione da queste informazioni (Gotlib & Joormann, 2010). I modelli cognitivi si riferiscono a questa tendenza a filtrare i singoli dettagli negativi e ad occuparsene esclusivamente come “filtro mentale” (Hautzinger, 2013). È stato anche dimostrato che la tendenza a generalizzare i fallimenti è spesso associata allo sviluppo di sintomi depressivi (Carver & Ganellen, 1983; Carver, 1998), ma meno spesso con l’ansia (Ganellen, 1988) e che le persone con depressione mostrano la tendenza a generalizzare ricordi autobiografici, che non sono particolarmente non specifici (Liu, Li, Xiao, Yang, & Jiang, 2013; Sumner, Griffith, & Mineka, 2010; Van Vreeswijk & De Wilde, 2004). Questa generalizzazione esagerata è evidente anche nell’uso del linguaggio da parte di molte persone con depressione. I fallimenti sono descritti spesso utilizzando le parole come “sempre” o “mai”. Ciò promuove una percezione globale connotata negativamente del mondo e un fatalismo associato (“fallendo una volta significa che fallirò sempre”). Nella maggior parte dei moduli, ci sono domande esplicite sulle diapositive che spingono i partecipanti a condividere singoli esempi (“Conoscete questo?”). Gli esempi successivi sono un buon modo per verificare se i partecipanti hanno compreso ciò che è stato discusso e per adattare il contenuto al gruppo. Tuttavia, nessun partecipante dovrebbe essere costretto a condividere un esempio personale. Qui di seguito sono riportati esempi di commenti dei partecipanti per illustrare gli argomenti del modulo e le potenziali discussioni di gruppo.

Esempi

- **Il filtro mentale.** “Mi ricordo che le versure in ospedale erano sempre cotte, ma ora che ci penso più specificatamente, il dessert era di solito anche abbastanza buono.
- **Ipergeneralizzazione.** “Dopo aver guidato per 10 anni senza incidenti, ho preso una multa per eccesso di velocità la settimana scorsa. Ora continuo a pensarci, non riesco nemmeno a guidare, non sono un vero uomo.

2.1.2 Contenuto

Nel modulo 1, gli errori cognitivi di cui sopra (“filtro mentale” e “ipergeneralizzazione”) sono discussi da una prospettiva metacognitiva. In primo luogo, entrambe le distorsioni sono definite con l’aiuto dei partecipanti e sono illustrate con esempi sia generali che individuali. La disfunzionalità di questi modi di pensare e le loro conseguenze negative per l’autostima, l’umore e il comportamento sono identificate e vengono raccolte valutazioni più utili. Questo approccio è generalmente equivalente con i pensieri emersi nella terapia cognitiva; tuttavia, il MCT-D rinuncia a una lunga discussione, così come al dialogo socratico utilizzato con i singoli pazienti. In primo luogo, i pazienti dovrebbero essere in grado di notare rapidamente i pensieri distorti che emergono durante la loro vita quotidiana. Essi dovrebbero imparare a identificare questi pensieri come “distorti” e “non molto utili” ed etichettarli di conseguenza su un meta-livello come “errore di ragionamento”. Questo concetto si applica anche a tutti gli altri moduli. Nella seconda parte della sessione, ai pazienti vengono presentate delle strategie concrete per modificare tali pensieri. In primo luogo, i pazienti possono suggerire le proprie strategie utili, e poi il *trainer* può chiarire (o aggiungere) queste strategie e presentare ulteriori strategie utili non menzionate dai pazienti. Vengono presentate le seguenti strategie: affermazioni basate sul “qui ed ora”, cambio di prospettiva, esagerazione deliberata. Ogni strategia è messa in pratica utilizzando esempi.

Riassunto

Il modulo 1 si concentra sull'identificazione e sulla modifica

- (1) Percezione selettiva e l'esagerazione degli aspetti negativi di una situazione ("filtro mentale")
- (2) Ipergeneralizzazione delle (singole) esperienze negative

ad un livello metacognitivo.

2.2 Modulo 2 Distorsioni della memoria e falsi ricordi

2.2.1 Contenuto teorico

I disturbi depressivi sono spesso accompagnati da deficit moderati di attenzione e memoria (Beblo, Sinnamon, & Baune, 2011; Gotlib & Joormann, 2010; McDermott & Ebmeier, 2009). Nella depressione, questi deficit sono generalmente temporanei e possono attenuarsi quando i sintomi migliorano. Questi deficit legati alla depressione sono molto meno evidenti rispetto alla demenza e spesso sono secondariamente intensificati dalla ruminazione, bassa motivazione e pensieri auto-dispreziativi. Gli studi hanno dimostrato che oltre a questi disturbi neuropsicologici più generali, i pazienti con depressione mostrano una memoria distorta. Ne risulta una tendenza a ricordare gli eventi negativi (congruente al proprio umore) (Blaney, 1986; Gotlib & Joormann, 2010; Matt, Vazquez, & Campbell, 1992). Questi errori influenzano anche i cosiddetti "falsi ricordi". Questi non sono patologici di per sé, ma si riferiscono a ricordi di informazioni non presentate, eventi che non si sono verificati o eventi che non si sono verificati esattamente nel modo in cui vengono ricordati. Sorprendentemente, le persone con depressione ricordano le informazioni più negative (rispetto a informazioni positive o neutre) non presentate rispetto alle persone sane (Howe & Malone, 2011; Joormann, Teachman, & Gotlib, 2009; Moritz, Voigt, Arzola, & Otte, 2008).

Esempi

- "Prima avrei potuto finire un lungo romanzo in un solo fine settimana. Ora riesco a malapena a finire un articolo di una rivista femminile" (esempio di problemi di concentrazione nella vita quotidiana)
- "Sento che non riesco a ricordare più nulla; non posso più fidarmi della mia memoria. Questo è un segno di demenza!" (esempio di credenza disfunzionale)
- "Spesso devo cercare i miei occhiali da lettura. Continuo a metterli ovunque nel mio appartamento e spesso non sono dove pensavo che fossero, anche se ero sicuro di sapere dove li avevo messi!" (esempio di falso ricordo nella vita quotidiana)

2.2.2 Contenuto

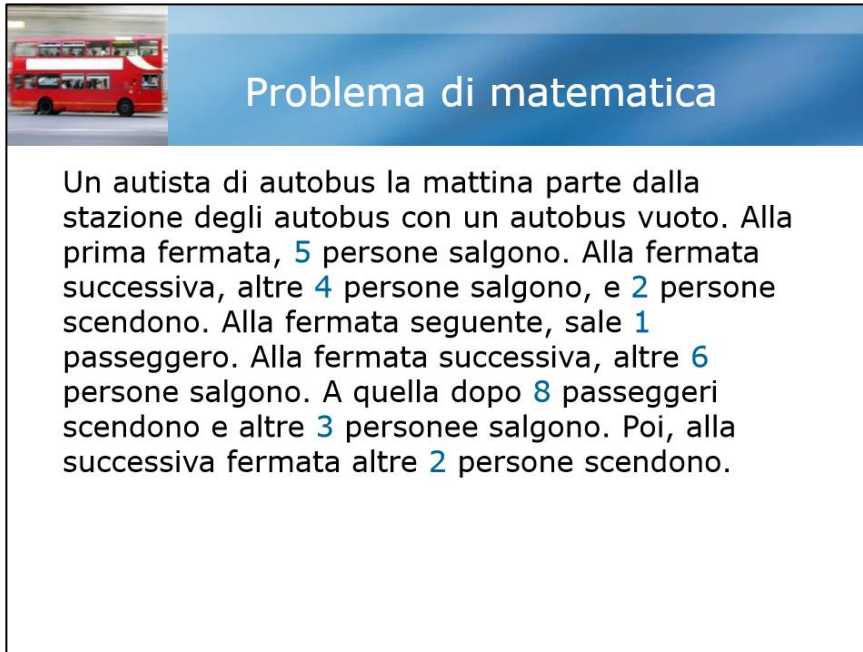
Nel modulo 2, il gruppo viene interrogato sui problemi di memoria e concentrazione. L'esercizio sull'attenzione selettiva (vedi diapositive ed esempio sotto) è utilizzato per illustrare il verificarsi di questi problemi. Inoltre, questi problemi sono identificati come sintomi temporanei. Ciò dovrebbe alleviare le preoccupazioni infondate dei pazienti (ad esempio, preoccuparsi di chi soffre sicuramente di un disturbo degenerativo della memoria). Ulteriori esercizi incoraggiano i pazienti a riflettere su assunzioni diffuse sulla memoria, come l'ipotesi che funzioni come una macchina fotografica. Invece, la nostra memoria funziona in modo costruttivo ed è incline agli errori. In questo contesto, i pazienti sono informati riguardo il concetto di "falsi ricordi", che è ulteriormente illustrato da esercizi.

L'attenzione è sul ricordare, compresi i falsi ricordi in base all'umore congruente (negativo). Potrebbe essere il caso che tali memorie negative selettive o false memorie sono considerate un'ulteriore "evidenza" sostenendo l'elaborazione depressiva. Inoltre, l'ipergeneralizzazione dei ricordi positivi può portare alla formazione di aspettative elevate per la propria vita attuale o ad un costante confronto con ricordi "migliori" delle volte precedenti. Tali errori cognitivi possono influenzare l'umore dei pazienti e le interazioni sociali. I pazienti hanno bisogno di una guida. Infine, sono presentate strategie specifiche per contrastare la memoria selettiva (ad

esempio, il diario della gioia), deficit generali di memoria (ad esempio, l'organizzazione, notebook, supporti alla memoria) e ipergeneralizzazione (ad esempio, chiedendo ad altri com'erano realmente gli eventi nel passato realmente o attivamente trovare delle controprove).

2.2.3 Esempio di diapositiva ed esercizio

Per illustrare i problemi di concentrazione e di memoria nella depressione, i pazienti sono invitati a svolgere "un esercizio di matematica", che viene presentato su una diapositiva e viene letto a voce alta.



Problema di matematica

Un autista di autobus la mattina parte dalla stazione degli autobus con un autobus vuoto. Alla prima fermata, 5 persone salgono. Alla fermata successiva, altre 4 persone salgono, e 2 persone scendono. Alla fermata seguente, sale 1 passeggero. Alla fermata successiva, altre 6 persone salgono. A quella dopo 8 passeggeri scendono e altre 3 personee salgono. Poi, alla successiva fermata altre 2 persone scendono.

Figura 2.1. Esempio di diapositiva dal modulo 2.

Contrariamente a quello che i partecipanti si aspettano, la diapositiva successiva chiede il numero di fermate, non il numero di passeggeri rimanenti sul bus. Poiché la nostra attenzione è selettiva e la maggior parte dei partecipanti focalizza la propria attenzione sul numero di passeggeri sull'autobus, la maggior parte non ricorda il numero di fermate. Riflettendo sull'esercizio si può dimostrare in modo divertente la relazione tra concentrazione (o attenzione) e la memoria e fornire una spiegazione per i problemi di memoria nella depressione. Per una migliore comprensione del contenuto, usiamo inoltre la metafora di un "proiettore". Tale metafora è usata per dimostrare che l'attenzione umana è molto simile a un proiettore. L'attenzione come un proiettore rivolge l'attenzione solo a pochi oggetti alla volta, e la maggior parte delle altre cose rimangono "nel buio". In relazione al compito matematico, ciò significa che la nostra attenzione può essere selettivamente focalizzata sul numero di passeggeri o sulle fermate. Successivamente, viene chiarito come questo esercizio faccia riferimento ai sintomi della depressione. Poiché i processi interni, come la ruminazione o la preoccupazione, spesso attirano tutta la nostra attenzione, i riflettori sono diretti verso l'interno e meno verso gli eventi esterni. Di conseguenza, questa attenzione è "mancante" per il nostro ambiente, che solo più tardi vengono ricordati.

Riassunto

Il modulo 2 si concentra su

- (1) normalizzare e spiegare le ragioni della memoria (soggettiva) e i problemi di concentrazione associati alla depressione e fornire strategie utili per compensare questi problemi (percepiti)
- (2) migliorare la consapevolezza delle distorsioni della memoria (ricordare in base all'umore congruente, maggiore probabilità di "false memorie" negative, ipergeneralizzazione dei ricordi positivi).

2.3 Modulo 3: “Doverizzazioni”, svalutare il pensiero positivo, pensare in bianco e nero

2.3.1 Base teorica

Gli studi hanno dimostrato che uno stile di pensiero perfezionista contribuisce alla comparsa di sintomi depressivi (Egan, Wade, & Shafran, 2011; Graham e al., 2010). Tale perfezionismo si manifesta sottoforma di regole e norme rigide, che sono spesso evidenti attraverso verbalizzazioni, come "si deve...", "si dovrebbe ..." o "uno non può ...". Tali affermazioni si riferiscono a dichiarazioni del "Devo". Il perfezionismo negativo e disfunzionale è associato al pensiero dicotomico (Egan, Piek, Dyck, & Rees, 2007) ed è stato dimostrato in pazienti con sintomi depressivi (Litinsky & Haslam, 1998; Teasdale et al., 2001). Nei modelli cognitivi, questo errore è riferito al pensiero tutto o niente (Hautzinger, 2013) e descrive la tendenza a pensare in termini di bianco e nero. I pazienti che utilizzano questa strategia spesso pensano che un'aspettativa sia soddisfatta al 100% o non del tutto, un volto è bello o brutto, una cena deliziosa o disgustoso. Inoltre, gli studi hanno dimostrato che gli individui con depressione hanno difficoltà ad accettare feedback positivi (Bogdan & Pizzagalli, 2006; Eshel & Roiser, 2010) e tendono ad avere una maggiore accettazione dei feedback negativi (Cane & Gotlib, 1985). Ciò è in linea con l'osservazione clinica ovvero, i pazienti hanno spesso difficoltà ad accettare le lodi e giudicano i riscontri positivi meno rilevanti rispetto ai riscontri negativi. Nei modelli cognitivi questo si riferisce alla negazione del positivo.

Esempi

- **Doverizzazioni** “Dovrei far mangiare ai miei figli solo cibo fatto in casa (altrimenti sono un cattivo genitore).”
- **Pensare tutto o niente** “Se non riesco ad alzarmi dal letto entro le 7 del mattino, l'intera giornata è rovinata, potrei anche stare a letto.”
- **Svalutare il positivo** “Dopo aver interagito con un cliente, il mio collega si è complimentato per le mie capacità di conversazione. Ho risposto, “Beh, dopo tre anni sul lavoro si potrebbe fare meglio!”

2.3.2 Contenuto

Nel modulo 3, due tendenze depressive tipiche con affermazioni in cui è presente la “doverizzazione” e “la negazione del positivo” sono discusse con esempi pertinenti. Iniziamo con le affermazioni del “devo” ed esaminiamo i loro costi e benefici. Poi, sarà introdotto “il pensare tutto o niente”. L'obiettivo è quello di incoraggiare i pazienti a mettere in discussione la funzionalità delle loro richieste esagerate e il loro “pensare tutto o niente”. Questo può aiutare i pazienti a stabilire standard realistici e modificare di conseguenza le loro aspettative durante gli episodi depressivi. Successivamente, il bias cognitivo “svalutare il positivo” viene discusso con l'aiuto di due esempi (“Sei criticato” e “Sei lodato”). L'attenzione è sui due modelli tipici, pensiero depressivo “accettare feedback negativi” e “rifiutare feedback positivi”. In entrambi i modelli vengono presi in considerazione valutazioni più utili di esempi di vita reale in riferimento a queste distorsioni. Per consolidare questo, sono illustrate strategie per accettare la lode (ad esempio, non svalutando la lode, guardando la lode come un dono).

Riassunto

Il modulo 3 si concentra su

- (1) identificare e modificare norme rigide o standard esagerate (“Doverizzazione”).
- (2) identificare i casi di “tutto o niente” pensare e sviluppare adeguati standard di valutazione.

Inoltre, a livello metacognitivo, valutiamo se le esperienze positive o i feedback positivi vengono svalutati o rifiutati (“svalutando il positivo”) dal partecipante, che è indicato dalle difficoltà dei pazienti ad accettare le lodi.

2.4 Modulo 4: Autostima e perfezionismo

2.4.1 Base teorica

L'autostima gioca un ruolo essenziale nell'insorgenza e nel mantenimento della depressione (Sowislo & Orth, 2013). Più specificatamente, la bassa autostima sembrerebbe promuovere lo sviluppo di sintomi depressivi (Orth, Robins, Meier & Conger, 2016; Orth, Robins, Trzesniewski, Maes, & Schmitt, 2009). Il ruolo della bassa autostima nella depressione è stato dimostrato utilizzando questionari self-report, come la Scala di Autovalutazione di Rosenberg (RSE, Rosenberg, 1965); tuttavia, i risultati di misure implicite, così come il test di associazione implicita (IAT) sono misti (Wegener et al., 2015).

Esempio

- “Le persone come me che non lavorano sono inutili. Io non faccio niente e non do alcun contributo alla società”.

2.4.2 Contenuto

Il modulo 4 si concentra sull'autostima. Insieme al *trainer*, i membri del gruppo sviluppano una definizione del termine e identificano le caratteristiche esteriormente visibili e non visibili dell'alta autostima. Successivamente, diverse fonti di autostima vengono introdotte secondo la metafora della libreria di Potreck-Rose (Potreck-Rose & Jacob, 2003; Potreck-Rose, 2006). Secondo Potreck-Rose l'autostima deriva da diverse fonti. L'autostima ne risente se ci si concentra continuamente solo sulle proprie debolezze e mancanze e si ignorano i punti di forza e altre fonti positive dell'autostima. Questi e altri modelli di pensiero che contrastano una stabilità dell'autostima (ad esempio, perfezionismo, confronti scorretti) vengono presentati al gruppo e vengono sviluppate le strategie utili per rafforzare l'autostima (ad esempio, riconoscere consapevolmente i punti di forza esaminando, diverse fonti di autostima; ridurre i confronti scorretti e unilaterali; tenere un diario della gioia; impegnarsi regolarmente in attività positive).

2.4.3 Modello ed esercitazione

Fare confronti sleali con altre persone può contribuire a una sensazione di bassa autostima (ad esempio, un "inesperto" che si paragona con un amministratore delegato che ha molta più esperienza di lavoro). Per illustrare questi errori, presentiamo i nomi di diverse persone famose (ad esempio, Robbie Williams, David Beckham, Angelina Jolie) insieme alla domanda, "Che cosa hanno in comune queste persone?". Generalmente, sono rapidamente identificati come "stars". Tuttavia, di solito è meno noto che tutti loro hanno sofferto o soffrono di problemi psichiatrici (le informazioni di base saranno presentate in seguito).

Nel discutere l'esercizio, dovrebbe diventare chiaro che trarre la conclusione che una star abbia una biografia "perfetta" il più delle volte comporta confronti scorretti o unilaterali. Se ci confrontiamo con le stars, ad esempio per quel che riguarda il denaro, il successo o la fama, la maggior parte delle persone non vivono bene ciò. Tuttavia, "nessuno è perfetto" ed è probabile che se facendo paragoni in altri settori della loro vita, le stars non starebbero così bene.

Riassunto

Il modulo 4 si concentra sul miglioramento dell'autostima attraverso

- (1) diminuendo e modificando errori cognitivi che contribuiscono ad una bassa autostima (ad esempio, concentrandosi sulle proprie debolezze, stile di pensiero perfezionista, facendo scorretti paragoni con gli altri)
- (2) aumentare le strategie per rafforzare l'autostima (ad esempio, sottolineando i propri punti di forza, considerando diverse fonti di autostima; mantenendo un diario di gioia; impegnandosi in attività positive).

2.5 Modulo 5: ingigantire o minimizzare e stile di attribuzione depressivo

2.5.1 Base teorica

Le persone che soffrono di depressione hanno aspettative pessimistiche sulle proprie prestazioni e giudicano le loro prestazioni reali più negativamente rispetto alle persone che non soffrono di depressione, (Cane & Gotlib, 1985; Garber & Hollon, 1980). Nel quadro classico delle distorsioni cognitive di Beck, questo è indicato come ingigantire la portata e le conseguenze dei propri errori e problemi e minimizzando le proprie capacità (Hautzinger, 2013). Ci sono prove che rispetto alle persone senza depressione, le persone con depressione tendono ad attribuire fallimenti a se stessi e successi a circostanze esterne o ad altre persone (Ball, McGuffin, & Farmer, 2008; Mezulis, Abramson, Hyde, & Hankin, 2004; Sweeney, Anderson, & Bailey, 1986).

Questo stile di attribuzione depressivo è un elemento chiave della teoria rivista dell'impotenza appresa di Seligman per spiegare la depressione (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978; Peterson & Seligman, 1984).

Esempi

Ingigantire e minimizzare

- “Una lettera è stata restituita perché non ho messo messo il francobollo. Avrei dovuto sapere meglio. E' stato molto negligente da parte mia. Non faccio niente di giusto.”
- “Avere il vostro appartamento ben arredato non è niente di speciale; chiunque può farlo. Basta mettere alcune cose in esso.”

Stile di attribuzione

Evento positivo: Un amico dice: “Hai fatto messo l'auto nel parcheggio molto bene!”

- “No, il parcheggio era davvero grande. In più era con me un bravo istruttore di guida.”

Evento negativo: In una raccolta fondi di cottura sono stati raccolti meno soldi del previsto.

- “Avrei dovuto impegnarmi di più. Avrei potuto preparare una torta diversa, sorridere di più ed essere più gentile durante la vendita. Avrei dovuto parlarne con i miei amici.”

2.5.2 Contenuto

Nel modulo 5, i pregiudizi cognitivi di cui sopra (“ingigantire e minimizzare” e “stile di attribuzione”) sono discussi da una prospettiva metacognitiva. Per introdurre il bias “ingigantire e minimizzare”, si inizia con un breve esercizio. Ai pazienti viene chiesto di citare due cose che hanno fatto che sono andate bene o male quel giorno (se il gruppo si riunisce al mattino, i *trainers* possono anche chiedere ai pazienti eventi del giorno precedente). Essi sono anche invitati a giudicare se è stato più facile per loro nominare un “fallimento” che un “successo”, e a quale dei due pensano di più. Questo e i seguenti esempi nelle diapositive di solito illustrano bene che una persona che soffre di depressione pensa ai propri fallimenti spesso ricevono, mentre i successi o le abilità sono sottovalutati o ignorati.


Nella seconda parte del modulo, discutiamo le caratteristiche dello stile di attribuzione nella depressione. Un esempio viene utilizzato per valutare le conseguenze negative di tale stile di attribuzione per l'umore e il comportamento. Alla fine, viene presentata un'attribuzione equilibrata, che comprende diversi possibili fattori interni ed esterni rilevanti che hanno anche giocato un ruolo nella situazione (per l'esercizio vedere la Figura 2.2).

2.5.3 Esempio di diapositiva ed esercizio

Un amico non ti augura buon compleanno

Perchè il tuo amico non ti dice
Buon compleanno?

A cosa attribuisce ciò?



Circostanze o coincidenza?
A un'altra persona o ad altre persone?
Te stesso?

Figura 2.2. Esempio di diapositiva nel modulo 5

Nell'ultimo blocco di esercizi di questo modulo, le idee per uno stile di attribuzione più equilibrato sono sviluppate con l'aiuto degli esempi forniti (vedi Figura 2.2). Non c'è mai una "risposta giusta" per l'esempio. Piuttosto, l'obiettivo è quello di discutere diverse soluzioni e identificare possibili cause che coinvolgono le categorie "me", "altri", e "circostanze". Ricordate che queste tre categorie sono teoriche e possono sovrapporsi. Per i gruppi formati da persone che soffrono di depressione, si consiglia di iniziare a cercare le cause di un evento negativo (ad esempio, "un amico non mi augura buon compleanno") nelle categorie "altri" o "circostanze", e iniziare con "sè stessi" quando si cerca le cause di un evento positivo (ad esempio, "ricevere un regalo").

Riassunto

Il Modulo 5 si concentra sull'identificazione e la modifica delle distorsioni in

- (1) giudicare le proprie capacità e carenze (esagerare il grado e le conseguenze degli errori e dei problemi; sottovalutare le proprie capacità)
- (2) stile di attribuzione (attribuzione interna di guasti e cause unilaterali)

da una prospettiva metacognitiva.

2.6 Strategie comportamentali disfunzionali

2.6.1 Base teorica

I comportamenti disfunzionali svolgono un ruolo cruciale nello sviluppo e nel mantenimento dei disturbi depressivi. Tra questi il "ritiro sociale" è particolarmente importante (Boivin, Hymel, & Bukowski, 1995; Lara, Leader, & Klein, 1997; Seidel et al., 2010). Nel corso dell'ultimo decennio, gli studi sul ruolo delle strategie cognitive inutili hanno dimostrato che sia la ruminazione (rood, Roelofs, Bögels, Nolen-Hoeksema, & Schouten, 2009) che la soppressione del pensiero (van der Does, 2005) sono rilevanti per la patogenesi della depressione. Le metacognizioni positive e negative sulla ruminazione e la soppressione del pensiero sono trattate nella terapia metacognitiva di Wells (Matthews & Wells, 2000; Wells, 2011). Inoltre, le metacognizioni disfunzionali sul ritiro sociale sono trattate nel modulo 6.

Esempi

- “Dovrei stare con le persone solo quando sono di buon umore.”
- “La ruminazione aiuta a risolvere i miei problemi.”
- “Io non posso controllare i miei pensieri.”
- “Io non devo pensare ai pensieri negativi.”

2.6.2 Contenuto

In questo modulo, la ruminazione, la soppressione dei pensieri negativi e il ritiro sociale sono comprensibili, ma in ultima analisi sono considerate come strategie disfunzionali. I pazienti hanno la possibilità di condividere le proprie esperienze. Oltre alle strategie stesse, vengono discusse le meta-convinzioni disfunzionali di queste strategie al fine di modificarle (ad esempio, "La ruminazione aiuta a risolvere i problemi?"). La soppressione del pensiero è identificata come una comune strategia, ma disfunzionale, andando contro alla ruminazione, per illustrare la disfunzionalità viene fornito un esercizio ("Non pensare a un elefante"). Lo scopo di questo esercizio è quello di dimostrare ai pazienti che questa strategia non è utile per gestire ruminazione. Poi, è presente un esercizio di respirazione consapevole, fornito come una strategia funzionale. La seconda parte del modulo affronta il ritiro sociale. Qui, presentiamo il circolo vizioso di inattività nella depressione e si identificano i passaggi per aumentare l'attività.

Riassunto

Il modulo 6 si focalizza su

- (1) ridurre strategie di coping disfunzionali (la ruminazione, la soppressione del pensiero, il ritiro sociale) le meta-convinzioni disfunzionali.
- (2) Incrementare strategie e meta-convinzioni funzionali.

2.7 Modulo 7: Saltare alle conclusioni, lettura della mente e pensiero catastrofico

2.7.1 Base teorica

Gli individui che soffrono di depressione hanno una prospettiva più pessimista del futuro rispetto a quelli che non ne soffrono e si aspettano che accadano più eventi negativi in futuro (Lega & Ahrens, 1987; Miranda, Fontes, & Marroquín, 2008; Strunk & Adler, 2009). Ad esempio, uno studio ha rilevato che i partecipanti altamente depressi si aspettavano più eventi negativi e indesiderati rispetto a quelli realmente accaduti (Strunk, Lopez, & DeRubeis, 2006). Questo corrisponde al bias cognitivo della catastrofizzazione (Hautzinger, 2013), che insieme al tentativo di leggere i presunti pensieri negativi degli altri (Hautzinger, 2013), nei modelli cognitivi è riassunto come saltare alle conclusioni. Tale concetto si riferisce alla tendenza ad interpretare negativamente gli eventi senza prove esplicite a sostegno di questo ragionamento (unilaterale negativo).

Esempio


- “Mi aspetto sempre il peggio. Questo vale per quello che gli altri pensano di me, ma in particolare per ciò che potrebbe accadere in futuro. Mi aiuta a non essere deluso da me stesso o dagli altri.”

2.7.2 Contenuto

Il Modulo 7 si concentra su due aspetti del ragionamento “veloce” nella depressione: la “lettura della mente” (di solito i pensieri negativi degli altri) e ragionamento catastrofico. Entrambi gli errori cognitivi sono definiti insieme prima che ogni errore sia illustrato con esempi generali. Per esempio, si discutono possibili interpretazioni della seguente situazione: “La gente sta insieme e ride, qualcuno del gruppo si gira e ti guarda”. In primo luogo, le interpretazioni disfunzionali e funzionali vengono discusse prima di presentare le conseguenze di queste diverse interpretazioni. A seguito di questa introduzione al tema, viene presentato un esercizio per esaminare fino a che punto siamo in grado di leggere i pensieri degli altri (vedi diapositiva e

esempi di esercizio). La seconda metà del modulo affronta la “catastrofizzazione”. Sono presentati un esempio di catastrofizzazione e modi alternativi di pensare. Il modulo termina con un esercizio generale sul saltare alle conclusioni. Utilizzando una serie di immagini, vengono evidenziate le potenziali conseguenze negative del saltare alle conclusioni. Tre immagini sono mostrate una dopo l'altra, ma in ordine inverso. I partecipanti sono invitati a valutare le quattro opzioni di risposta fornite per quanto riguarda la progressione plausibile degli eventi della storia. L'opzione corretta sembra inizialmente improbabile rispetto agli altri. Nel complesso, il modulo dovrebbe dimostrare che spesso non è utile fare affidamento sulla prima valutazione, in quanto può essere distorto e portare a un'interpretazione unilaterale e scorretta.

2.7.3 Esempio di diapositiva ed esercizio



- a. Pedicure
- b. La consultazione
- c. L'amputazione
- d. L'ammiratore




Figura 2.3 nell'esercizio sopra descritto, ai pazienti viene chiesto di dire il titolo corretto del dipinto (la risposta corretta è la lettera A; la pedicure; Edgar Degas, 1873).

Le persone con depressione spesso cercano di leggere le menti degli altri. Se questo è possibile viene esplorato con i pazienti in un esercizio. I pazienti sono invitati a "leggere la mente dell'artista" e scegliere il titolo corretto del dipinto da una lista di opzioni (vedi Figura 2.3). Abbiamo scelto deliberatamente dipinti e titoli che portano a saltare a conclusioni (e alla scelta del titolo sbagliato). Se l'esercizio è condotto con un gruppo, i partecipanti sono invitati a decidere un titolo. Successivamente vengono discussi argomenti a favore e contro le diverse opzioni di titolo. Dopo aver rivelato il titolo corretto, possono essere evidenziati gli elementi del dipinto che offrono suggerimenti per il titolo corretto o escludere un'opzione errata. Come con tutti gli esercizi MCT, è importante assicurarsi che i pazienti non percepiscano come un fallimento, indovinare il titolo sbagliato e che l'atmosfera nel gruppo resti positiva. L'obiettivo è quello di dimostrare quanto sia difficile identificare altri pensieri (in questo caso i pensieri degli artisti), indipendentemente dal fatto che una persona soffra di depressione o meno.

Riassunto

Il Modulo 7 si concentra sull'identificazione e la modifica degli errori cognitivi “saltare alle conclusioni” (in particolare, leggendo i pensieri negativi degli altri e catastrofizzando) da una prospettiva metacognitiva.

2.8 Modulo 8: Percezione dei sentimenti e ragionamento emotivo

2.8.1 Base teorica

Gli Studi hanno dimostrato che rispetto agli individui che non soffrono di depressione, le persone con depressione mostrano differenze nell'identificazione delle espressioni facciali emotive. I volti con le emozioni negative espresse, come rabbia o tristezza, sembrano essere preferibilmente elaborate (Gotlib, Kasch, et al., 2004; Leyman, De Raedt, Vaeyens, & Philippaerts, 2011), mentre le espressioni positive del viso sono trattate superficialmente (Joormann & Gotlib, 2006; Yoon, Joormann, & Gotlib, 2009). Le espressioni neutre del viso sono fraintese più spesso (Douglas & Porter, 2010; Naranjo et al., 2011). La valutazione negativa delle espressioni emotive ambigue è correlata a una prognosi peggiore sul tasso di recidiva e la remissione della depressione (Hale, Jansen, Bouhuys, & van den Hoofdakker, 1998).


Esempio

- “Penso di saper leggere molto bene le espressioni facciali di mia moglie. La conosco da così tanti anni che so esattamente quando non le piace qualcosa. “Una domanda posta da altri partecipanti: “Sì, ma sai se non le piace molto o lo odia completamente? Questo fa molta differenza e può facilmente causare una discussione.”

2.8.2 Contenuto

Il modulo 8 si concentra sull'identificazione delle espressioni emotive specifiche. Iniziamo presentando l'immagine di una persona con le braccia incrociate e chiediamo ai pazienti di interpretarla. I pazienti devono essere invitati a condividere diverse interpretazioni di questa postura del corpo e identificare quali informazioni potrebbero aiutare a dedurre la corretta interpretazione. Nella fase successiva, vengono prese in considerazione le emozioni “primarie” e ai partecipanti viene chiesto di indicare quali emozioni sono mostrate dalle diverse espressioni facciali. Gli esercizi dimostrano che le espressioni facciali (emotive) sono facilmente fraintese. Si sottolinea inoltre che gli stati d'animo attuali influenzano le interpretazioni delle espressioni altrui. Un altro esercizio è utilizzato per illustrare che quando si ha, per esempio, un umore negativo, si può tendere ad interpretare i segnali di altre persone come negativi o di rifiuto. Per evitare giudizi affrettati o errati per i quali ci sono conseguenze significative, è importante includere quante più informazioni possibili in un'interpretazione (ad esempio, fattori situazionali, conoscenze preesistenti sulla persona) e fare affidamento solo su singoli dettagli (come le braccia incrociate). Si rimanda alla fine del modulo, per affrontare le metacognizioni disfunzionali sui sentimenti (ad esempio “non è accettabile avere emozioni negative”) e le informazioni riguardanti la logica delle emozioni.

2.8.3 Esempio di diapositiva ed esercizio



1. L'uomo è sconvolto per un incidente automobilistico.


2. L'uomo è compiaciuto per un'offerta sorprendentemente buona.

3. L'uomo ammira un mago di strada che si esibisce.

4. L'uomo è arrabbiato per la sua auto bloccata.

Ritaglio

Figura 2.4.a Esempio di diapositiva del modulo 8 (parte della figura)



1. L'uomo è sconvolto per un incidente automobilistico.

2. L'uomo è compiaciuto per un'offerta sorprendentemente buona.

3. L'uomo ammira un mago di strada che si esibisce.

4. L'uomo è arrabbiato per la sua auto bloccata.

Sorpresa!

Figura 2.4.a Esempio di diapositiva del modulo 8 (Contesto ed emozione)

In questo esercizio, ai partecipanti viene mostrata solo una parte di una foto in cui il volto di una persona esprime una certa emozione (vedi Figura 2.4a). Sono presenti quattro opzioni di interpretazione in basso alla foto (contesto ed emozione espressa). I partecipanti sono invitati a discutere quale delle quattro opzioni che ritengono più probabili e a sceglierne una. Una volta terminata la discussione, viene presentata “la soluzione” nella diapositiva successiva (vedi Figura 2.4b). A volte può essere utile sottolineare esplicitamente che le immagini selezionate per questo esercizio sono ambigue e non sono semplici da interpretare. Lo scopo è quello di mostrare come le espressioni facciali possano essere facilmente fraintese. Per formulare un giudizio definitivo e inequivocabile, è utile raccogliere maggiori informazioni.

Riassunto

Il Modulo 8 si concentra sull'identificazione delle espressioni emotive e sulla modifica delle meta-convinzioni disfunzionali sulle emozioni.

3 Training Metacognitivo per la Depressione per anziani (MCT-Silver)

da Brooke C. Schneider, Steffen Moritz, Lara Bücken, Lena Jelinek

Il contenuto dei moduli MCT-Silver 1, 5, 6 e 7 è quasi identico ai moduli MCT-D (vedi tabella 1); tuttavia, alcuni esempi ed esercizi sono stati modificati per aumentare la loro rilevanza per gli anziani ed è stata adattata la formattazione. Pertanto, questi moduli non sono discussi nel presente capitolo e i *trainers* dovrebbero fare riferimento ai rispettivi capitoli del MCT-D per le informazioni sul contenuto teorico e sui riassunti dei contenuti di questi moduli, nonché esempi di diapositive e una sintesi degli obiettivi dei moduli. L'adattamento degli esercizi e degli esempi specifici per età dovrebbe essere facilmente evidente e non riteniamo che vi sia la necessità di discutere in modo più approfondito questi esempi. Tuttavia, è fortemente raccomandato che i *trainers* che abbiano esperienza con il MCT-D trascorrono un po' di tempo per rivedere i nuovi esempi e in particolare prestare attenzione agli esempi prima di presentare i moduli del MCT-Silver per la prima volta. Viene presentato il contenuto che differisce significativamente tra il MCT-D e il MCT-Silver; nello specifico, i moduli 2, 3, 4 e 8.

3.1 Distorsioni della memoria e falsa memoria

3.1.1 Base teorica

Il deterioramento cognitivo soggettivo è costantemente e positivamente associato alla presenza di sintomi affettivi tra gli anziani (Hill et al., 2016). Molte persone anziane esprimono notevoli preoccupazioni circa lo sviluppo di demenza o altre cause di cambiamenti cognitivi irreversibili; tuttavia, non è chiaro in che misura i

disturbi della memoria soggettiva possano essere associati a reali alterazioni cognitive o prevedere cambiamenti cognitivi (Brailan, Steptoe, Batty, Zaninotto, & Llewellyn, 2019; Montejo Carrasco e al., 2017; Reid & MacLulich, 2006). Mentre i domini come la memoria, il funzionamento esecutivo e la velocità di elaborazione dell'esperienza declinano in modo più significativo, la conoscenza generale e il lessico restano intatti o anche migliorano negli ultimi anni di vita (Salthouse, 2010).

Sebbene siano state condotte meno ricerche con campioni di adulti più anziani, come gli adulti più giovani, gli anziani con depressione sono inclini alla memoria distorta e mostrano una tendenza a ricordare informazioni negative (congruenti all'umore) (Callahan et al., 2016; Mah, Anderson, Verhoeff, & Pollock, 2017). Rimane poco chiaro se è possibile prevenire i falsi ricordi per le informazioni emotive tra gli adulti anziani con depressione. È interessante notare che gli adulti anziani non depressi tendono a ricordare un maggior numero di ricordi positivi contro i ricordi negativi e falsi (Charles, Mather, & Carstensen, 2003; Fernandes, Ross, Wiegand, & Schryer, 2008; Reed, Chan, & Mikels, 2014) dimostrando una tendenza generale alla positività tra gli adulti anziani non depressi. Inoltre, gli adulti più anziani con depressione dimostrano un'autobiografia ipergeneralizzata e il richiamo alla memoria di ricordi con valenza negativa rispetto ai ricordi con valenza positiva diventa ancora più generale (Ricarte et al., 2011). Aumentare la specificità dei ricordi attraverso un intervento mirato è stato associato al miglioramento dei sintomi depressivi e della disperazione (Selva et al., 2012; Serrano, Latorre, Gatz, & Montanes, 2004).

Esempi

- **Memoria autobiografica ipergeneralizzata:** “Quando i miei figli erano piccoli, le nostre vacanze estive erano sempre meravigliose. Siamo andati a fare escursioni e campeggi. I bambini hanno sempre adorato ciò.”
- **Ricordi autobiografici specifici:** “Anche se le vacanze estive sono state nel complesso piacevoli, abbiamo particolarmente apprezzato il nostro campeggio di viaggio al Grand Canyon. I panorami erano spettacolari. Ricordo in una specifica escursione quando i bambini erano molto piccoli, siamo tornati indietro perché erano troppo stanchi.”

3.1.2 Contenuto

Nel modulo 2, si chiede innanzitutto se sia possibile ricordare tutto. Poi, sulla base di dati neuropsicologici, si afferma che i cambiamenti nella memoria verbale tra i 20 e i 65 anni sono evidenti, ma piuttosto minimi. Come nel MCT-D, il fenomeno delle false memorie è dimostrato in un esercizio e viene ulteriormente chiarito che i ricordi degli eventi sono spesso influenzati da esperienze precedenti e stati d'animo. È anche sottolineato che tutti (giovani e anziani) hanno una limitata capacità di ricordare le informazioni. Le conseguenze di questo processo fallibile della memoria per umore sono discusse (per esempio, le memorie negative sono richiamate molto più facilmente e più rapidamente rispetto alle memorie positive). Questo è anche illustrato attraverso il video MCT “Memorie distorte”, disponibile sul sito (<https://www.youtube.com/user/AGNeuropsychologie>). Se il ricordo di eventi positivi può aiutare a migliorare l'umore, in particolare, la tendenza a fare inutili confronti della propria vita attuale con (irrealisticamente) tempi passati positivi può contribuire a ridurre l'umore. Confronti inutili con ricordi troppo positivi del passato possono portare ad ulteriori comportamenti depressivi (ad esempio, ritiro e ruminazione) e diminuzione dell'umore.

Durante gli episodi depressivi, il pensiero ruminativo tende a ridurre la capacità di attenzione di concentrarsi su altre informazioni (esterne), e a volte, portando così alla memoria difficoltà funzionali. D'altra parte, alcuni cambiamenti cognitivi si verificano come parte del normale processo di invecchiamento. Le informazioni sulla natura dei cambiamenti cognitivi osservati come parte del processo di invecchiamento (sano) sono presentate nelle diapositive <<Invecchiare significa che ho una memoria peggiore?>>. Anche se non direttamente indicato nelle diapositive, i cambiamenti cognitivi si verificano in modo univoco per ogni persona e si verificano anche in modo diverso per gli individui con disturbi neurocognitivi (ad esempio, lieve deterioramento cognitivo, demenza) rispetto agli individui sani. Se i pazienti hanno domande specifiche sulla demenza, i *trainers* possono fare riferimento alle loro specifiche risorse per la demenza (ad esempio, siti web dell'American Alzheimer's Association, Alzheimer's Society o Dementia UK) in quanto queste informazioni non sono incluse nelle diapositive MCT. In assenza di una valutazione neuropsicologica completa, i partecipanti non dovrebbero avere

la certezza che le difficoltà cognitive sono completamente attribuibili alla depressione, ma dovrebbero essere incoraggiati a parlare con il loro medico di base per quanto riguarda le preoccupazioni cognitive. Ai partecipanti sono poi presentate strategie su come far fronte alla memoria comune “problemi” nella vita quotidiana. Può essere rassicurante per i partecipanti sapere che anche i *trainers* (più giovani) sperimentano questi problemi di volta in volta. Abbiamo trovato più produttivo per i partecipanti condividere le proprie strategie di memoria prima di condividere la nostra. È anche importante che ai partecipanti sia data l'opportunità di risolvere i problemi per le proprie sfide di memoria nella vita quotidiana, dando tempo per singoli esempi.

Riassunto

Il modulo 2 si concentra su

- (1) normalizzare e spiegare le ragioni per la memoria (soggettiva) e i problemi di concentrazione associati alla depressione e i cambiamenti oggettivi nella memoria e nel pensiero che si verificano come parte del processo di invecchiamento; fornendo strategie utili per compensare questi disturbi
- (2) migliorare la consapevolezza dei pregiudizi della memoria (memorizzazione dell'umore-congruente, aumento della probabilità di false memorie negative, ipergeneralizzazione delle memorie positive).

3.2 Modulo 3: “Doverizzazioni”, affermazioni e accettazione

3.2.1 Base teorica

Gli studi hanno dimostrato una correlazione tra bassa tolleranza all'angoscia e sintomi depressivi, così come una proporzione inversa tra tolleranza all'angoscia e prevenzione esperienziale (Feldner et al., 2006; Zettle et al., 2005). L'evitamento esperienziale si riferisce ai tentativi di evitare pensieri (tipicamente negativi), sentimenti, sensazioni fisiche e altre esperienze interne. Sebbene l'evitamento fornisca un sollievo a breve termine dagli stimoli negativi, questo stile di coping aumenta la probabilità che tali pensieri negativi, sentimenti e sensazioni ritornino (rinforzo negativo). La Terapia dell'Accettazione e dell'Impegno (ACT) propone che i sintomi psicologici sono spesso causati o esacerbati da strategie (disfunzionali) per evitare il disagio associato a situazioni difficili o pensieri e ricordi dolorosi (es. evitamento esperienziale; Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). Pertanto, evitare le emozioni negative spesso serve ad esacerbare piuttosto che a ridurre il disagio, mentre permettere la presenza di sentimenti ed emozioni dolorosi (ad esempio attraverso l'accettazione) si può arrivare alla riduzione della sofferenza. L'accettazione è stata concettualizzata come aprirsi a sperimentare la realtà del momento presente (Fruzzetti & Erikson, 2010; Harris, 2009) Gli approcci della terza ondata, come l'ACT, sono sempre più integrati con le terapie cognitive comportamentali tradizionali (Fruzzetti & Erikson, 2010) e gli studi dimostrano l'efficacia e l'accettazione degli approcci della terza onda tra gli adulti anziani (Kishita, Takei, & Stewart, 2017; Wetherell et al., 2016). L'accettazione può giocare un ruolo particolarmente importante nel successo dell'invecchiamento, in quanto le persone più anziane affrontano diversi cambiamenti su cui hanno poco o nessun controllo (ad esempio, malattia medica, perdita di altri significativi, limitazioni funzionali; Wetherell et al., 2011). Affrontare tali eventi in un contesto di risorse e tempo limitati può essere un'azione inadeguata (Isaacowitz & Seligman, 2002). L'uso dell'accettazione come strategia di coping è stato positivamente associato a una maggiore qualità della vita negli studi trasversali sugli anziani che vivono nelle comunità di pensionamento (Butler & Ciarrochi, 2007), così come a migliori risultati di salute tra gli individui affetti da diabete (Gregg, Callaghan, Hayes, & Glenn-Lawson, 2007).

Esempio

- “In questi giorni, a causa dei miei problemi di salute, non ho nemmeno l'energia per rifarmi il letto. Mi fa così arrabbiare che mi arrendo e cerco di non pensarci.” (Esempio di evitamento esperienziale attraverso la soppressione del pensiero; inutile affrontare (evitare) non chiedendo aiuto agli altri).

3.2.2 Contenuto

Come in D-MCT, la prima metà del modulo 3 copre le frasi « e « il pensiero in bianco e nero. L'ultima diapositiva ("Scopri la tua flessibilità") serve come un buon seguito al secondo argomento: Affrontare i sentimenti negativi. Una definizione di invecchiamento di successo ed esempi di sofferenza psicologica (ad esempio, ruminazione e preoccupazione) sono forniti. Particolarmente gli aspetti della propria vita, che sono immutabili o sono

percepiti come tali, possono essere difficili da affrontare. La metafora di un bivio lungo la strada. È fornita per illustrare che i partecipanti hanno una scelta riguardo alla sofferenza. Qui va sottolineato che, mentre i pensieri e le preoccupazioni negative possono essere ancora presenti, è il « lasciar andare la lotta con questi pensieri e sentimenti negativi e un impegno a vivere nel “qui e ora” che sono essenziali per prendere il secondo percorso (in ultima analisi meno psicologicamente doloroso). Viene quindi introdotto il termine « accettazione. Poiché l'accettazione « può essere facilmente fraintesa in quanto accetta ciecamente tutte le situazioni senza fare domande, si suggerisce di usare il termine « compiacenza" o «apertura¹ il più possibile, che enfatizza meglio l'obiettivo ultimo dell'accettazione. La metafora della gamba rotta illustra poi l'inutilità di farsi prendere dai sentimenti negativi. I partecipanti sono incoraggiati ad esaminare se ci sono aree della loro vita in cui potrebbero praticare più disponibilità « o «apertura» (cfr. Figura 3.1). Alla fine del modulo, attingendo alla teoria dell'ottimizzazione selettiva e della compensazione (Baltes, 1997), ai partecipanti viene chiesto di individuare i modi in cui l'accettazione può condurli a trovare soluzioni migliori ai problemi nelle loro vite. Per esempio, per un paziente più anziano che è limitato nella sua capacità di fare lavori di legno a causa di artrite, l'accettazione può significare lavorare per periodi più brevi alla volta, concentrandosi su un solo progetto, andare dal medico di nuovo per ottimizzare la cura dell'artrite o reclutare l'aiuto di familiari, amici o altri (ad esempio, per piccoli e dettagliati pezzi in legno).

3.2.3 Esempio di diapositiva ed esercizio

La volontà nella vita quotidiana

Che aspetto ha per te?

- In quali aree della tua vita ti piacerebbe aprirti di più e praticare la volontà?
- Se si potesse creare una maggiore volontà, in queste aree come potrebbe essere diversa la tua vita?




Figura 3.1. Esercizio dal modulo 3. I partecipanti esaminano le aree della loro vita in cui possono praticare una maggiore apertura vale a dire, l'accettazione di sentimenti negativi della loro vita

Riassunto

Il modulo 3 si concentra su

- (1) identificazione e modifica di rigide norme e aspettative (ad esempio, affermazioni come “devo”, pensiero dicotomico “tutto o niente”).
- (2) introduzione del concetto di psicoeducazione e di educazione sull'accettazione psicologica, la disponibilità e l'apertura
- (3) fornire esempi di accettazione (attiva) di aspetti immutabili della vita (successiva) e incoraggiando i partecipanti a riflettere su come possono praticare l'accettazione nella propria vita.

3.3 Modulo 4: Valori

3.3.1 Base teorica

La vita basata sul valore è associata ad un aumento del benessere e della tolleranza al distress, così come ad una migliore capacità di affrontare specifici fattori di stress della vita, come la malattia cronica e il dolore

(Ciarrochi, Fisher, & Lane, 2011; Davis, Deane, & Lyons, 2015; Smith et al., 2018). Come definito dal quadro ACT descritto sopra, i valori sono affermazioni su ciò che vogliamo fare con la nostra vita [...] principi guida che possono guidarci e motivarci mentre ci muoviamo attraverso la vita. (vedi Harris, 2009, p.189). I valori importanti sono differenziati dagli obiettivi tali che mentre gli obiettivi si concentrano sul futuro e sono realizzabili (per esempio, facendo funzionare una maratona o non mangiando la carne), i valori mettono a fuoco sul « qui ed ora e forniscono piuttosto una guida generale per il senso che uno desidera vivere (ad esempio, vivere uno stile di vita sano; Harris, 2009). La ricerca ha dimostrato che il disimpegno da obiettivi irraggiungibili è associato a una riduzione del disagio psicologico, compresi i sintomi depressivi, mentre il riorientamento su obiettivi raggiungibili può promuovere il benessere e gli effetti positivi (Wrosch, Scheier, & Miller, 2013). Ci sono anche prove longitudinali che il disimpegno da obiettivi irraggiungibili tra gli adulti anziani con disabilità funzionali porta a livelli più bassi di depressione (Dunne, Wrosch, & Miller, 2011).

Esempio

- “Da quando mio marito è morto, resto semplicemente a casa. Facevamo tutto insieme, ora non so cosa fare di me stesso.”
- “Ora che ho il mio deambulatore, non voglio che gli altri mi vedano così ed è una tale seccatura. Non partecipo a nessuna delle mie attività da mesi.”

3.3.2 Contenuto

Nel modulo 4, il concetto di valori viene presentato per la prima volta utilizzando la metafora della vela. Si spiega che durante la depressione, le persone colpite spesso perdono di vista i loro valori (ad esempio, a causa della bassa motivazione o indecisione caratterizza la depressione). Il concetto di valori è poi definito elencando quali valori sono (ad esempio, liberamente scelti) o quali non lo sono (ad esempio, le regole). Vengono poi presentati esempi concreti di valori rispetto agli obiettivi e ai partecipanti viene chiesto di riflettere sui propri valori e obiettivi. Poiché alcuni adulti anziani depressi sono ostacolati da assunzioni inutili come “Non si possono insegnare nuovi trucchi a un vecchio cane”, “I rompicapi” sono presentati per la prima volta per ispirare i partecipanti a pensare a vecchi problemi in nuovi modi. Successivamente, ai partecipanti vengono presentate diverse domande e un esercizio, che può aiutarli a chiarire i loro valori in diversi ambiti della loro vita (vedi Figura 3.2). I *trainers* sono incoraggiati a lasciare ai partecipanti il tempo di valutare attentamente i loro valori e condividerli con il gruppo. È utile dire ai partecipanti che possono continuare a pensare ai loro valori al di fuori della sessione. Se i partecipanti hanno difficoltà nell'identificare i valori, l'esercizio “Chi sono io” li aiuta ad uscire dai ruoli tradizionali per considerare tutte le possibili aree della loro vita e tutti i diversi ruoli che hanno (o hanno avuto). L'esercizio successivo “Identificare i valori - Che cosa è importante per me?” serve a dimostrare che è normale (e buono) che non tutti i valori abbiano la massima priorità. Nelle diapositive finali, si discute di come i partecipanti possano iniziare a praticare una vita basata sul valore facendo un piccolo (e forse impercettibile) passo iniziale nella direzione dei loro obiettivi. Questo cambiamento può essere comportamentale (ad esempio, chiamare un amico), ma in un primo momento può verificarsi solo internamente (ad esempio, iniziando a pensare e pianificare come raggiungere un obiettivo). Al fine di ridurre la tendenza alcuni individui con depressione che impostano aspettative troppo elevate per se stessi, si può sottolineare che l'obiettivo del presente modulo è semplicemente quello di diventare più consapevoli dei loro valori. Questo è il primo passo critico (e sufficiente). Perché, come discusso nel modulo 3, avere aspettative troppo alte può portare a frustrazione e, in ultima analisi, a ritorsioni.

3.3.3 Esempio di diapositiva ed esercizio

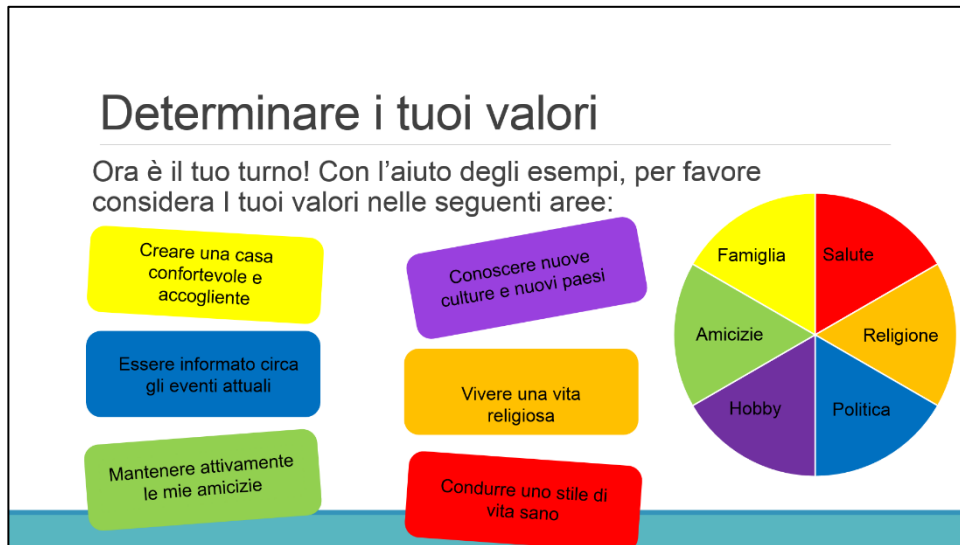


Figura 3.2. Esercizio dal modulo 4 sono forniti ai partecipanti esempi di valori provenienti da diverse aree della vita, incoraggiandoli ad identificare i propri valori.

Riassunto

Il modulo 4 si concentra su

- (1) psicoeducazione sui valori verso obiettivi e identificazione di valori e obiettivi
- (2) promozione della comprensione dei valori propri dei partecipanti e riflessione sulla misura in cui i partecipanti vivono una vita basata sul valore (rispetto ai valori oscurati da sintomi depressivi)
- (3) presentazione di strategie per aiutare i partecipanti a vivere una vita orientata al valore e guidata dal valore.

3.4 Modulo 8: Autostima

3.4.1 Base teorica

Circa la metà degli individui con depressione riferiscono di avere frequenti immagini intrusive angoscianti di ricordi o eventi immaginati (Moritz et al., 2014; Patel et al., 2007). Una serie di disfunzioni delle immagini mentali sono state documentate tra gli individui con depressione, tra cui immagini mentali negative intrusive eccessive, immagini positive impoverite e una memoria generale (Holmes, Blackwell, Burnett Heyes, Renner, & Raes, 2016). Tali deficit hanno effetti negativi sull'umore, così come l'autostima, in particolare per le immagini negative che gli individui depressi hanno di se stessi (Dainer-Best, Shumake, & Beevers, 2018). Partendo dalla terapia cognitivo-comportamentale tradizionale, le strategie di immaginazione mentale positiva possono essere superiori solo alle strategie verbali (Holmes, Mathews, Dalgleish, & Mackintosh, 2006). Le tecniche immaginative possono aiutare i pazienti a ottenere un maggiore controllo sulle loro immagini mentali negative portando ad una maggiore autosufficienza e ridotti sentimenti di impotenza e disperazione. Studi randomizzati controllati su interventi immaginativi hanno prodotto effetti positivi sui sintomi depressivi (Brewin et al., 2009; Dainer-Best et al., 2018; Moritz et al., 2018) e l'accettazione delle tecniche immaginative è stata dimostrata tra gli adulti più anziani (Murphy et al., 2015). Studi longitudinali suggeriscono che l'autostima tende a diminuire a partire da 50 a 60 anni di età e che la bassa autostima sia un fattore di rischio per la depressione per tutta la durata della vita (Orth et al., 2009; Orth, Robins, & Widaman, 2012; Orth, Trzesniewski, & Robins, 2010). Gli adulti più anziani possono avere opinioni negative sull'invecchiamento, associate alla depressione e alla disperazione (Laidlaw, 2010; Laidlaw, Kishita, Shenkin, & Power, 2018; Laidlaw & Kishita, 2015).

Esempi

- “Non c'è niente di positivo nell'invecchiare. Tutto continuerà a peggiorare.”
- “Mi sento così inutile ora. Continuo a pensare a come sono vecchio e indifeso con il mio deambulatore”.

3.4.2 Contenuto

Il modulo 8 fa riferimento al modulo 4 del MCT-D e si occupa anche di autostima, ma si espande su questo per affrontare potenziali atteggiamenti negativi e stereotipi riguardanti l'invecchiamento e per aiutare i partecipanti a considerare concetti alternativi (cioè, più positivi) di invecchiamento. Il modulo 8 inizia con le diapositive di MCT-D prima definendo l'autostima e poi discute gli aspetti esteriormente visibili dell'autostima. La connessione tra postura e stato d'animo è dimostrata da un esercizio in cui ai membri del gruppo viene chiesto di provare diverse posture negative e sicure di sé. (Nota: Non è necessario che i partecipanti siano mobili per questo esercizio - può essere svolto anche stando seduto su una sedia. I partecipanti possono, in alternativa, fare pratica passando attraverso la stanza con un deambulatore e/ o sedia a rotelle, se lo spazio lo permette.). Anche se non ci si aspetta che l'autostima migliorerà miracolosamente a causa di questo esercizio, dovrebbe essere presentato come un primo e facile passo verso il miglioramento della propria autostima.

Nella sezione successiva, “Autostima e invecchiamento”, sono presentate citazioni su come diversi individui famosi vedono il processo di invecchiamento per stimolare la discussione su come i partecipanti stessi vedono l'invecchiamento (vedi Figura 3.3). Si afferma poi che molte persone nelle società occidentali hanno atteggiamenti piuttosto negativi nei confronti dell'invecchiamento e che a causa delle pressioni culturali per rimanere giovani e quindi attraenti, gli aspetti positivi dell'invecchiamento sono spesso dimenticati o minimizzati. Qui l'obiettivo non è quello di minimizzare gli aspetti negativi di invecchiamento, che sono la realtà di alcuni membri del gruppo. Questi dovrebbero anche essere riconosciuti se allevati dai membri del gruppo, ma va sottolineato che l'invecchiamento non è esclusivamente negativo. Specialmente per i formatori più giovani, è spesso utile attingere alla saggezza e all'esperienza dei membri del gruppo in questa sezione del modulo.

Nella sezione finale del modulo 8, i partecipanti hanno l'opportunità di praticare un esercizio di immagini in cui affrontano possibili immagini mentali negative che hanno riguardo a se stessi. Mentre alcuni partecipanti capiranno immediatamente e si uniranno a questo esercizio, altri potrebbero essere più esitanti o non essere in grado di identificare facilmente un'immagine. Questi partecipanti possono essere incoraggiati a provare l'esercizio comunque per imparare la tecnica. Importante, questo esercizio richiede da solo 10-15 minuti o più a seconda del tempo necessario per discutere l'esercizio alla fine. Il formatore non dovrebbe quindi iniziare l'esercizio se non c'è tempo sufficiente per completare l'esercizio nella sua interezza.

Di seguito un testo suggerito, che i *trainers* possono utilizzare per condurre l'esercizio:

- “Nel prossimo esercizio, ti verrà chiesto di identificare e trasformare un'immagine negativa che potresti avere di te stesso. Per esempio, alcuni individui con depressione hanno indicato che si vedono come un pulcino debole indifeso, che deve essere protetto, una lenta, lumaca viscida, che vuole solo ritirarsi nel suo guscio o una statua, che ha un aspetto duro per proteggersi e prendere le distanze dagli altri. Questi sono solo esempi.”
- “Per favore chiudete gli occhi e prendetevi qualche minuto per identificare immagini mentali negative che potresti avere di te stesso. Forse vi identificate con una delle immagini già menzionate o forse l'immagine negativa di te stesso è completamente diversa. Non è necessariamente necessario scegliere un oggetto inanimato o non umano. Forse hai l'immagine di una versione molto negativa del vostro essere. Forse ti immagini come consumato, scompigliato o molto poco attraente. Provate ad immaginare l'immagine negativa o il simbolo di te stesso nel modo più dettagliato possibile. Provate ad usare tutti i vostri sensi. Pensate non solo su come si potrebbe guardare, ma anche su come si potrebbe annusare,....sentire (esternamente o internamente),... se ci sono dei gusti particolari che noti,... o suoni.” Nota per i *trainers*: Questo è spesso difficile per i pazienti che non hanno mai pensato ad immagini negative. Consentire ai partecipanti almeno un paio di minuti per completare questa parte dell'esercizio, così come i punti di seguito.
- “Tenendo gli occhi chiusi, nella fase successiva, provate ad identificare un'immagine positiva con cui vorresti identificarti. Potrebbe essere una bellissima rosa rossa, che profuma di meraviglioso, un invincibile Superman che non ha paura di nulla o forse l'immagine di un cavallo fiero, che trotta nella vita. Anche in questo caso, l'immagine positiva potrebbe essere un'immagine positiva di te stesso.



Anche troppo positiva in cui si guarda ancora più attraente, forte o in forma di quanto lo si è nella realtà. Di nuovo, prenditi del tempo per identificare questa immagine nel maggior numero di dettagli possibili. Pensate non solo su come si potrebbe guardare, ma anche su come si potrebbe annusare, sentire (esternamente o internamente),... se ci sono dei gusti particolari che si notano,... o suoni.”

- “Ora potete aprire gli occhi. Nell'ultimo passo, provate a pensare a come potreste trasformare l'immagine negativa in un'immagine positiva. Simile a un brutto dipinto, che può essere dipinto per diventare qualcosa di bello. Qui, l'obiettivo non è semplicemente sostituire un'immagine con un'altra, ma fare veramente una trasformazione. Pensate a tutti i passi che l'immagine negativa potrebbe compiere nella trasformazione. Per esempio, il pulcino brutto e indifeso può essere lentamente trasformato in un'aquila fiera, che nessuno può scherzare con. Oppure la statua può uscire dal suo aspetto duro per diventare un Superman.” Nota per i *trainers*: Questo passaggio spesso non è così ovvio per i partecipanti e può essere necessario essere spiegato più dettagliatamente con ulteriori esempi.
- “Ora chiudete di nuovo gli occhi e cercate di trasformare la vostra personale immagine negativa in una vostra immagine positiva. Ricordate e pensate a tutti e cinque i sensi. Come si può trasformare l'oggetto in modo che sia in tutti gli aspetti più positivo? Ricordate, l'obiettivo non è semplicemente quello di reprimere l'immagine negativa, ma piuttosto di trasformarla e cambiarla.”
- “Una volta completata la trasformazione nella vostra mente, prendete nota del tuo corpo. Sedetevi dritti se potete, tirate indietro le spalle e spingete fuori il petto. Potreste sentirvi come una Fenice che risorge dalle ceneri.”
- “Peraltro, è possibile formulare una frase o un'affermazione positiva che rafforza e si adatta a questa immagine. Ad esempio “a me è permesso di essere forte e orgoglioso.” Pensate a un'affermazione che si adatta meglio alla vostra immagine.”

In generale, è necessario incoraggiare i membri del gruppo ad individualizzare le immagini, per quanto possibile. Essi non dovrebbero utilizzare automaticamente gli esempi forniti nelle diapositive, ma sicuramente è possibile farlo se sono appropriati o se non possono sviluppare la propria immagine. Per migliorare l'elaborazione dettagliata, ai partecipanti viene chiesto di chiudere gli occhi mentre dipingono immagini. Molti partecipanti trovano questo esercizio impegnativo. Questo è normale e si raccomanda che ai *trainers* di suggerire ai partecipanti di prendersi del tempo per praticare questo esercizio fino alla prossima sessione. L'esercizio condotto in sessione è semplicemente un'introduzione al concetto di immagine mentale.

3.4.3 Esempio di diapositiva ed esercizio

Ci sono molte opinioni differenti su come invecchiare...

<p>Ingmar Bergmann (Direttore)</p>		<p>“La vecchiaia è come scalare una montagna. Più in alto si arriva, più stanchi e senza fiato si diventa, ma il tuo punto di vista diventa più esteso”</p>
<p>Joan Collins (Attrice)</p>		<p>“L'età è solo un numero. È del tutto irrilevante a meno che, naturalmente, vi capiti di essere una bottiglia di vino”</p>

(*Ingmar Bergman, 1966* by Joost Evers; *Joan Collins beim Monte-Carlo Television Festival (2012)* by Frantogian)

Figura 3.3 Esercizio dal modulo 8 in cui sono presentate citazioni di persone anziane famose come Ingmar Bergmann e Joan Collins. I partecipanti sono quindi invitati a condividere le proprie convinzioni e le ipotesi positive e negative sull'invecchiamento.

Riassunto

Il modulo 8 si concentra su

- (1) definire l'autostima e le sue componenti, compresi gli aspetti corporei come la postura e le immagini mentali
- (2) Presentazione di strategie per identificare e cambiare le immagini mentali negative legate alla bassa autostima. Identificazione delle rappresentazioni mentali positive di se stessi
- (3) identificazione e modifica di ipotesi e credenze negative sull'invecchiamento e identificazione di aspetti positivi dell'invecchiamento.

4 Stato della ricerca

da Lena Jelinek, Brooke C. Schneider, Marit Hauschildt & Steffen Moritz

4.1 MCT-D

La fattibilità, l'accettazione e l'efficacia del MCT-D è stata esaminata per la prima volta in uno studio aperto con 104 pazienti con depressione (Jelinek, Otte, Arlt, & Hauschildt, 2013). Lo studio MCT-D è stato condotto una volta alla settimana in una clinica psichiatrica ambulatoriale. È stato ammesso un trattamento farmacologico e/o psicoterapeutico parallelo. Prima e dopo il completamento del *training* di otto settimane, i pazienti hanno compilato diversi questionari per quantificare i sintomi depressivi e le distorsioni depressive. I sintomi depressivi sono migliorati significativamente durante il *training* ad un effetto medio (Cohen d tra 0,56 e 0,73). Sono stati osservati anche miglioramenti nelle misure delle distorsioni cognitive, dell'autostima e della ruminazione (dimensioni degli effetti tra $d = 0,26$ e $0,64$).

Sulla base di questi dati, il *training* è stato ulteriormente sviluppato, è stato scritto un manuale in tedesco (Jelinek et al., 2015) e il MCT-D è stato valutato in un RCT. In questo studio di follow-up, 84 persone con depressione sono stati assegnati a caso al MCT-D o un gruppo di controllo attivo (controllo: *training* sanitario che riguarda camminare e la psicoeducazione su temi legati alla salute) e valutato immediatamente prima dell'inizio del programma, dopo il suo completamento, 6 mesi (Jelinek et al., 2016) e 3,5 anni dopo (Jelinek, Faissner, et al., 2018). Tutti i pazienti partecipavano ad un programma intensivo di riabilitazione psichiatrica. Abbiamo scoperto che immediatamente dopo il completamento del MCT-D e 6 mesi dopo, il gruppo MCT-D è migliorato significativamente più del gruppo di controllo (con un effetto medio-grande, $\eta^2 = .049-144$). Inoltre, al follow-up di sei mesi, più pazienti del gruppo MCT-D erano in remissione (38,7% vs. 13,8%, differenza pre-post era significativo a livello di tendenza). Il MCT-D è stato anche superiore per quanto riguarda la riduzione dei pregiudizi cognitivi e il miglioramento della qualità della vita. Per la valutazione di follow-up della durata di 3,5 anni, la superiorità del MCT-D non è stata riscontrata nell'analisi primaria, ma nelle analisi secondarie post hoc è stata riscontrata una maggiore variazione media del loro punteggio HDRS dalla linea di base al follow-up della durata di 3,5 anni nel gruppo MCT-D a una dimensione media dell'effetto ($d = 0,47$; $p = .015$). In queste analisi la superiorità è stata trovata anche per quanto riguarda la gravità della depressione auto-valutata (BDI), le credenze cognitive disfunzionali, e le credenze metacognitive positive e negative, nonché per valutare se il MCT-D migliora anche i pregiudizi cognitivi mirati nel *training* e per valutare i meccanismi di cambiamento, abbiamo usato il Metacognition Questionnaire 30 (MCQ-30, Wells & Cartwright-Hatton, 2004), le sue sottoscale (Jelinek et al., 2013; Jelinek, Van Quaquebeke, & Moritz, 2017) e un paradigma della falsa memoria visiva (Moritz, Schneider, Peth, Arlt, & Jelinek, 2018). In questi studi la metacognizione è migliorata nel corso del trattamento (vedi anche sopra) e nella prima evidenza è stata trovata che in particolare una diminuzione della sottoscala MCQ Need for Control (NFC) media esito sulla depressione nel D-MCT (Jelinek, Van Quaquebeke, & Moritz, 2017). Per quanto riguarda le false memorie, i pazienti del gruppo MCT-D hanno prodotto meno false memorie altamente sicure dopo il trattamento rispetto ai pazienti nel trattamento di controllo la qualità fisica e psicologica della vita sottolineando che la formazione metacognitiva soddisfa il suo obiettivo di attenuare l'impatto dei falsi giudizi.

Oltre ai dati sull'efficacia, apprezziamo molto la prospettiva dei pazienti, cioè il modo in cui il *training* viene valutato e accettato dai pazienti. Usiamo anche il feedback dei pazienti per migliorare e rivedere il *training*. La valutazione soggettiva del *training* è stato valutato nel primo studio pilota, nonché nel RCT sopra descritto. Entrambi gli studi hanno mostrato alti tassi di accettazione, con voti migliori per MCT-D che per la condizione di controllo nel RCT (Jelinek et al., 2017).

4.2 MCT Silver

La fattibilità, l'accettazione e l'efficacia del MCT-D negli adulti anziani è stata esaminata in uno studio pilota con 116 pazienti con sintomi depressivi (Schneider et al., 2018) Un ulteriore obiettivo dello studio era quello di identificare se fosse necessaria una modifica dei materiali MCT-D per gli adulti più anziani; pertanto, solo il contenuto D-MCT-D è stato presentato in questo studio pilota (MCT-Silver non era ancora stato sviluppato). In

questo studio, il MCT-D è stato offerto come intervento aggiuntivo agli adulti più anziani (55 anni e più) completando un programma di trattamento intensivo in- o ambulatoriale. Non vi erano criteri formali di inclusione o esclusione per lo studio tranne l'età; tuttavia, gli psichiatri del personale sono stati invitati a non indirizzare pazienti con significativo deterioramento cognitivo, psicosi o intenzioni suicide attive. I pazienti sono stati autorizzati ad entrare o interrompere la partecipazione al gruppo in qualsiasi momento e sono stati spesso dimessi dal programma di trattamento prima di completare tutti e otto i moduli. Prima e dopo l'inizio del gruppo, i pazienti hanno completato la versione tedesca del Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D; Allgemeine Depressionsskala) per quantificare i sintomi depressivi, così come la versione breve di Dysfunctional Attitudes Scale-18B (DAS-18B) per misurare le credenze cognitive depressive.

I sintomi depressivi sono migliorati in modo significativo nel corso dell'allenamento a una dimensione di effetto medio-grande (Cohen d tra 0,50 e 1,06) e 49,1% delle persone che hanno completato il trattamento non ha più incontrato il taglio per la depressione sul CES-D. Miglioramenti sono stati osservati anche sul punteggio totale DAS-18B (Cohen's $d = 0,33$). L'accettazione dell'intervento è stata nel complesso buona. La maggior parte dei partecipanti ha indicato che l'intervento è stato utile (84,0%), piacevole (64,3%) e una parte importante del loro trattamento (75,0%). Pochi partecipanti hanno riportato esiti negativi (cioè, effetti collaterali; 5,5%). Tuttavia, le valutazioni soggettive del MCT-D tra gli adulti più anziani erano relativamente inferiori a quelle fornite negli studi precedenti con gli adulti più giovani (Jelinek, Moritz, et al., 2017) e circa il 12% ha riferito che il loro pensiero è diventato "più caotico e confuso" durante il periodo di trattamento. Queste valutazioni di accettazione inferiori in combinazione con feedback informale da parte dei pazienti, così come le osservazioni cliniche in alcuni esempi nel MCT-D non erano adatti per gli adulti più anziani, ha fornito l'impulso per lo sviluppo del MCT-Silver (vedi sopra per la descrizione dei moduli). Al momento di scrivere questo manuale, il nostro gruppo di ricerca sta attualmente conducendo un primo studio controllato randomizzato che confronta l'efficacia di MCT-Silver con un gruppo di controllo attivo.

5 Bibliografia

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*(1), 49–74. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.87.1.49>
- Alloy, L. B., & Ahrens, A. H. (1987). Depression and pessimism for the future: Biased use of statistically relevant information in predictions for self versus others. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(2), 366–378. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.2.366>
- Ball, H. A., McGuffin, P., & Farmer, A. E. (2008). Attributional style and depression. *The British Journal of Psychiatry, 192*(4), 275–278. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.038711>
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. *American Psychologist, 52*(4), 366–380.
- Beblo, T., Sinnamon, G., & Baune, B. T. (2011). Specifying the neuropsychology of affective disorders: Clinical, demographic and neurobiological factors. *Neuropsychology Review, 21*(4), 337–359. <https://doi.org/10.1007/s11065-011-9171-0>
- Blaney, P. H. (1986). Affect and memory: A review. *Psychological Bulletin, 99*(2), 229–246. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.99.2.229>
- Bogdan, R., & Pizzagalli, D. A. (2006). Acute stress reduces reward responsiveness: Implications for depression. *Biological Psychiatry, 60*(10), 1147–1154. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.037>
- Boivin, M., Hymel, S., & Bukowski, W. M. (1995). The roles of social withdrawal, peer rejection, and victimization by peers in predicting loneliness and depressed mood in childhood. *Development and Psychopathology, 7*(4), 765–785. <https://doi.org/10.1017/S0954579400006830>
- Brailean, A., Steptoe, A., Batty, G. D., Zaninotto, P., & Llewellyn, D. J. (2019). Are subjective memory complaints indicative of objective cognitive decline or depressive symptoms? Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Journal of Psychiatric Research, 110*, 143–151. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.12.005>
- Brewin, C. R., Wheatley, J., Patel, T., Fearon, P., Hackmann, A., Wells, A., ... Myers, S. (2009). Imagery rescripting as a brief stand-alone treatment for depressed patients with intrusive memories. *Behaviour Research and Therapy, 47*(7), 569–576. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.03.008>
- Butler, J., & Ciarrochi, J. (2007). Psychological acceptance and quality of life in the elderly. *Quality of Life Research, 16*, 607–615. <https://doi.org/10.1007/s11136-006-9149-1>
- Callahan, B. L., Simard, M., Mouiha, A., Rousseau, F., Laforce, R., & Hudon, C. (2016). Impact of depressive symptoms on memory for emotional words in mild cognitive impairment and late-life depression. *Journal of Alzheimer's Disease, 52*(2), 451–462. <https://doi.org/10.3233/JAD-150585>
- Cane, D. B., & Gotlib, I. H. (1985). Depression and the effects of positive and negative feedback on expectations, evaluations, and performance. *Cognitive Therapy and Research, 9*(2), 145–160. <https://doi.org/10.1007/BF01204846>
- Carver, C. S. (1998). Generalization, adverse events, and development of depressive symptoms. *Journal of Personality, 66*(4), 607–619. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00026>
- Carver, Charles S., & Ganellen, R. J. (1983). Depression and components of self-punitiveness: High standards, self-criticism, and overgeneralization. *Journal of Abnormal Psychology, 92*(3), 330–337. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.92.3.330>
- Charles, S. T., Mather, M., & Carstensen, L. L. (2003). Aging and emotional memory: The forgettable nature of negative images for older adults. *Journal of Experimental Psychology, 132*(2), 310–324. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.132.2.310>
- Ciarrochi, J., Fisher, D., & Lane, L. (2011). The link between value motives, value success, and well-being among people diagnosed with cancer. *Psycho-Oncology, 20*(11), 1184–1192. <https://doi.org/10.1002/pon.1832>
- Dainer-Best, J., Shumake, J. D., & Beevers, C. G. (2018). Positive imagery training increases positive self-referent cognition in depression. *Behaviour Research and Therapy, 111*, 72–83. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.09.010>
- Dalili, M. N., Penton-Voak, I. S., Harmer, C. J., & Munafò, M. R. (2015). Meta-analysis of emotion recognition deficits in major depressive disorder. *Psychological Medicine, 45*(06), 1135–1144. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002591>
- Davis, E. L., Deane, F. P., & Lyons, G. C. B. (2015). Acceptance and valued living as critical appraisal and coping strengths for caregivers dealing with terminal illness and bereavement. *Palliative and Supportive Care, 13*(2), 359–368. <https://doi.org/10.1017/S1478951514000431>
- Douglas, K. M., & Porter, R. J. (2010). Recognition of disgusted facial expressions in severe depression. *The British Journal of Psychiatry, 197*(2), 156–157. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.078113>
- Dunne, E., Wrosch, C., & Miller, G. E. (2011). Goal disengagement, functional disability, and depressive symptoms in old age. *Health Psychology, 30*, 763–770. <https://doi.org/10.1037/a0024019>
- Egan, S. J., Piek, J. P., Dyck, M. J., & Rees, C. S. (2007). The role of dichotomous thinking and rigidity in perfectionism. *Behaviour Research and Therapy, 45*(8), 1813–1822.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.02.002>

- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review, 31*(2), 203–212. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
- Eichner, C., & Berna, F. (2016). Acceptance and efficacy of metacognitive training (MCT) on positive symptoms and delusions in patients with schizophrenia: A meta-analysis taking into account important moderators. *Schizophrenia Bulletin, 42*(4), 952–962. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv225>
- Eshel, N., & Roiser, J. P. (2010). Reward and punishment processing in depression. *Biological Psychiatry, 68*(2), 118–124. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.01.027>
- Faissner, M., Kriston, L., Moritz, S., & Jelinek, L. (2018). Course and stability of cognitive and metacognitive beliefs in depression. *Depression and Anxiety, 35*(12), 1239–1246. <https://doi.org/10.1002/da.22834>
- Feldner, M. T., Hekmat, H., Zvolensky, M. J., Vowles, K. E., Secrist, Z., & Leen-Feldner, E. W. (2006). The role of experiential avoidance in acute pain tolerance: A laboratory test. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 37*(2), 146–158. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.03.002>
- Fernandes, M., Ross, M., Wiegand, M., & Schryer, E. (2008). Are the memories of older adults positively biased? *Psychology and Aging, 23*(2), 297–306. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.23.2.297>
- Flavell, J. (1976). Metacognitive aspects of problem solving. In L. Resnick (Ed.), *The nature of intelligence* (pp. 231–236). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Fruzzetti, A. E., & Erikson, K. R. (2010). (2010). Mindfulness and acceptance interventions in cognitive-behavioral therapy. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies (3rd ed.)* (pp. 347–374). New York, NY, United States: Guilford Press.
- Gaddy, M. A., & Ingram, R. E. (2014). A meta-analytic review of mood-congruent implicit memory in depressed mood. *Clinical Psychology Review, 34*(5), 402–416. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.06.001>
- Ganellen, R. J. (1988). Specificity of attributions and overgeneralization in depression and anxiety. *Journal of Abnormal Psychology, 97*(1), 83–86. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.97.1.83>
- Garber, J., & Hollon, S. D. (1980). Universal versus personal helplessness in depression: Belief in uncontrollability or incompetence? *Journal of Abnormal Psychology, 89*(1), 56–66. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.89.1.56>
- Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*, 285–312. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305>
- Gotlib, I. H., Kasch, K. L., Traill, S., Joormann, J., Arnow, B. A., & Johnson, S. L. (2004). Coherence and specificity of information-processing biases in depression and social phobia. *Journal of Abnormal Psychology, 113*(3), 386–398. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.113.3.386>
- Gotlib, I. H., Krasnoperova, E., Yue, D. N., & Joormann, J. (2004). Attentional biases for negative interpersonal stimuli in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology, 113*(1), 127–135. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.113.1.127>
- Graham, A. R., Sherry, S. B., Stewart, S. H., Sherry, D. L., McGrath, D. S., Fossum, K. M., & Allen, S. L. (2010). The existential model of perfectionism and depressive symptoms: A short-term, four-wave longitudinal study. *Journal of Counseling Psychology, 57*(4), 423–438. <https://doi.org/10.1037/a0020667>
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(2), 336–343. <https://doi.org/10.1002/9781118394380.ch44>
- Haffner, P., Quinlivan, E., Fiebig, J., Sondergeld, L. M., Strasser, E. S., Adli, M., ... Stamm, T. J. (2018). Improving functional outcome in bipolar disorder: A pilot study on metacognitive training. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 25*, 50–58. <https://doi.org/10.1002/cpp.2124>
- Hale, W. W., Jansen, J. H., Bouhuys, A. L., & van den Hoofdakker, R. H. (1998). The judgment of facial expressions by depressed patients, their partners and controls. *Journal of Affective Disorders, 47*(1–3), 63–70. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(97\)00112-2](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(97)00112-2)
- Harris, R. (2009). *ACT Made Simple*. Oakland, CA, USA: New Harbinger.
- Haslam, C., Morton, T. A., Haslam, A. S., Varnes, L., Graham, R., & Gamaz, L. (2012). “When the age is in, the wit is out”: Age-related self-categorization and deficit expectations reduce performance on clinical tests used in dementia assessment. *Psychology and Aging, 27*(3), 778–784. <https://doi.org/10.1037/a0027754>
- Hautzinger, M. (2013). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen (7. Auflage)*. Weinheim: Beltz.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152–1168.
- Hill, N. L., Mogle, J., Wion, R., Munoz, E., DePasquale, N., Yevchak, A. M., & Parisi, J. M. (2016). Subjective cognitive impairment and affective symptoms: A systematic review. *Gerontologist*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw091>
- Holmes, E. A., Mathews, A., Dalgleish, T., & Mackintosh, B. (2006). Positive interpretation training: Effects of mental imagery versus verbal training on positive mood. *Behavior Therapy, 37*(3), 237–247. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.02.002>

- Holmes, E., Blackwell, S. E., Burnett Heyes, S., Renner, F., & Raes, F. (2016). Mental imagery in depression: Phenomenology, potential mechanisms, and treatment implications. *Annual Review of Clinical Psychology, 12*, 249–280. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-092925>
- Howe, M. L., & Malone, C. (2011). Mood-congruent true and false memory: Effects of depression. *Memory, 19*(2), 192–201. <https://doi.org/10.1080/09658211.2010.544073>
- Isaacowitz, D. M., & Seligman, M. E. P. (2002). Cognitive style predictors of affect change in older adults. *International Journal of Aging & Human Development, 54*(3), 233–253. <https://doi.org/10.2190/J6E5-NP5K-2UC4-2F8B>
- Jelinek, L., Faissner, M., Moritz, S., & Kriston, L. (2018). Long-term efficacy of Metacognitive Training for Depression (D-MCT): A randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology, 111*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1111/bjc.12213>
- Jelinek, L., Hauschildt, M., & Moritz, S. (2015). *Metakognitives Training bei Depression (D-MKT)*. [Metacognitive Training for Depression (D-MCT)]. Weinheim: Beltz.
- Jelinek, L., Hauschildt, M., Otte, C., & Moritz, S. (2009). Metakognitives Training bei Depression: Evaluation eines neuartigen Gruppenansatzes. *DGPPN Kongress 2009*. Berlin.
- Jelinek, L., Hauschildt, M., Wittekind, C. E., Schneider, B. C., Kriston, L., & Moritz, S. (2016). Efficacy of metacognitive training for depression: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 85*(4), 231–234. <https://doi.org/10.1159/000443699>
- Jelinek, L., Moritz, S., & Hauschildt, M. (2017). Patients' perspectives on treatment with Metacognitive Training for Depression (D-MCT): Results on acceptability. *Journal of Affective Disorders, 221*, 17–24. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.003>
- Jelinek, L., Otte, C., Arlt, S., & Hauschildt, M. (2013). Denkverzerrungen erkennen und korrigieren: Eine Machbarkeitsstudie zum Metakognitiven Training bei Depression (D-MKT). *Zeitschrift Fur Psychiatrie, Psychologie Und Psychotherapie, 61*(4), 247–254. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000167>
- Jelinek, L., Van Quaquebeke, N., & Moritz, S. (2017). Cognitive and metacognitive mechanisms of change in Metacognitive Training for Depression. *Scientific Reports, 7*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-03626-8>
- Jelinek, L., Zielke, L., Hottenrott, B., Miegel, F., Cludius, B., Sure, A., & Demiralay, C. (2018). Patients' perspectives on treatment with Metacognitive Training for OCD. *Zeitschrift Für Neuropsychologie, 29*(1), 20–28. <https://doi.org/10.1024/1016-264X/a000211>
- Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2006). Is this happiness I see? Biases in the identification of emotional facial expressions in depression and social phobia. *Journal of Abnormal Psychology, 115*(4), 705–714. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.115.4.705>
- Joormann, J., Teachman, B., & Gotlib, I. H. (2009). Sadder and less accurate? False memory for negative material in depression. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(2), 412–417. <https://doi.org/10.1037/a0015621>
- Kishita, N., Takei, Y., & Stewart, I. (2017). A meta-analysis of third wave mindfulness-based cognitive behavioral therapies for older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 32*(12), 1352–1361. <https://doi.org/10.1002/gps.4621>
- Koriat, A., & Goldsmith, M. (1998). The role of metacognitive processes in the regulation of memory performance. I. In G. Mazzoni & T. O. Nelson (Eds.), *Metacognition and cognitive neuropsychology: Monitoring and control processes* (pp. 97–118). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Ladegaard, N., Lysaker, P. H., Larsen, E. R., & Videbeck, P. (2014). A comparison of capacities for social cognition and metacognition in first episode and prolonged depression. *Psychiatry Research, 220*(3), 883–889. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.10.005>
- Ladegaard, N., Videbeck, P., Lysaker, P. H., & Larsen, E. R. (2016). The course of social cognitive and metacognitive ability in depression: Deficit are only partially normalized after full remission of first episode major depression. *British Journal of Clinical Psychology, 55*(3), 269–286. <https://doi.org/10.1111/bjc.12097>
- Laidlaw, K. (2010). Are attitudes to ageing and wisdom enhancement legitimate targets for CBT for late life depression and anxiety? *Nordic Psychology, 62*(2), 27–42. <https://doi.org/10.1027/1901-2276/a000009>
- Laidlaw, K., & Kishita, N. (2015). Age-appropriate augmented cognitive behavior therapy to enhance outcome for late-life depression and anxiety disorders. *The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry, 28*, 57–66.
- Laidlaw, K., Kishita, N., Shenkin, S. D., & Power, M. J. (2018). Development of a short form of the Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ). *International Journal of Geriatric Psychiatry, 33*(1), 113–121. <https://doi.org/10.1002/gps.4687>
- Lara, M. E., Leader, J., & Klein, D. N. (1997). The association between social support and course of depression: Is it confounded with personality? *Journal of Abnormal Psychology, 106*(3), 478–482. <https://doi.org/10.1037//0021-843X.106.3.478>
- Leyman, L., De Raedt, R., Vaeyens, R., & Philippaerts, R. M. (2011). Attention for emotional facial expressions in

- dysphoria: An eye-movement registration study. *Cognition & Emotion*, 25(1), 111–120. <https://doi.org/10.1080/02699931003593827>
- Litinsky, A. M., & Haslam, N. (1998). Dichotomous thinking as a sign of suicide risk on the TAT. *Journal of Personality Assessment*, 3(3), 368–378. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7103_6
- Liu, X., Li, L., Xiao, J., Yang, J., & Jiang, X. (2013). Abnormalities of autobiographical memory of patients with depressive disorders: A meta-analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86(4), 353–373. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2012.02077.x>
- Liu, Y., Tang, C., Hung, T., Tsai, P., & Lin, M. (2018). The efficacy of Metacognitive Training for Delusions in patients with schizophrenia: A meta-analysis of randomized controlled trials informs evidence-based practice. *Worldviews On Evidence Based Nursing*, 15, 130–139. <https://doi.org/10.1111/wvn.12282>
- Mah, L., Anderson, N. D., Verhoeff, N. P. L. G., & Pollock, B. G. (2017). Negative emotional verbal memory biases in mild cognitive impairment and late-onset depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(10), 1160–1170. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.05.005>
- Matt, G. E., Vazquez, C., & Campbell, W. K. (1992). Mood-congruent recall of affectively toned stimuli: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 12(2), 227–255. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(92\)90116-P](https://doi.org/10.1016/0272-7358(92)90116-P)
- Matthews, G., & Wells, A. (2000). Attention, automaticity, and affective disorder. *Behavior Modification*, 24(1), 69–93. <https://doi.org/10.1177/0145445500241004>
- McDermott, L. M., & Ebmeier, K. P. (2009). A meta-analysis of depression severity and cognitive function. *Journal of Affective Disorders*, 119(1–3), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.04.022>
- Mezulis, A. H., Abramson, L. Y., Hyde, J. S., & Hankin, B. L. (2004). Is there a universal positivity bias in attributions? A meta-analytic review of individual, developmental, and cultural differences in the self-serving attributional bias. *Psychological Bulletin*, 130(5), 711–747. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.5.711>
- Miranda, R., Fontes, M., & Marroquín, B. (2008). Cognitive content-specificity in future expectancies: Role of hopelessness and intolerance of uncertainty in depression and GAD symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 46(10), 1151–1159. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.05.009>
- Montejo Carrasco, P., Montenegro-Peña, M., López-Higes, R., Estrada, E., Prada Crespo, D., Montejo Rubio, C., & García Azorín, D. (2017). Subjective memory complaints in healthy older adults: Fewer complaints associated with depression and perceived health, more complaints also associated with lower memory performance. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 70, 28–37. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.12.007>
- Moritz, S. (2008). Metakognition — Psychologie. In T. Kircher & S. Gauggel (Eds.), *Neuropsychologie der Schizophrenie* (pp. 367–374). Berlin Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-540-71147-6_29
- Moritz, S. (2013). Metakognitive Therapien. *Zeitschrift Für Psychiatrie, Psychologie Und Psychotherapie*, 61(4), 213–215. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000163>
- Moritz, S., Ahlf-Schumacher, J., Hottenrott, B., Peter, U., Franck, S., Schnell, T., ... Jelinek, L. (2018). We cannot change the past, but we can change its meaning. A randomized controlled trial on the effects of self-help imagery rescripting on depression. *Behaviour Research and Therapy*, 104, 74–83. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.02.007>
- Moritz, S., Hörmann, C. C., Schröder, J., Berger, T., Jacob, G. A., Meyer, B., ... Klein, J. P. (2014). Beyond words: Sensory properties of depressive thoughts. *Cognition and Emotion*, 28(6), 1047–1056. <https://doi.org/10.1080/02699931.2013.868342>
- Moritz, S., Krieger, E., Bohn, F., & Veckenstedt, R. (2017). *Individualisiertes Metakognitives Therapieprogramm für Menschen mit Psychose* (2nd ed.). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Moritz, S., & Lysaker, P. H. (2018). Metacognition – What did James H. Flavell really say and the implications for the conceptualization and design of metacognitive interventions. *Schizophrenia Research*. Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.06.001>
- Moritz, S., Lysaker, P. H., Hofmann, S. G., & Hautzinger, M. (2018). Going meta on metacognitive interventions. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 18(10), 739–741. <https://doi.org/10.1080/14737175.2018.1520636>
- Moritz, S., Schneider, B. C., Peth, J., Arlt, S., & Jelinek, L. (2018). Metacognitive Training for Depression (D-MCT) reduces false memories in depression. A randomized controlled trial. *European Psychiatry*, 53. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.05.010>
- Moritz, S., Vitzthum, F., Randjbar, S., Veckenstedt, R., Woodward, T. S., & Metacognition Study Group. (2013). *Metakognitives Training für schizophrene Patienten (MKT) 5.0* (5.). Hamburg: VanHam Campus Verlag.
- Moritz, S., Voigt, K., Arzola, G. M., & Otte, C. (2008). When the half full glass is appraised as half empty and memorized as completely empty: Mood-congruent true and false recognition in depression is modulated by salience. *Memory*, 16(8), 810–820. <https://doi.org/10.1080/09658210802282708>
- Murphy, S. E., Clare O'Donoghue, M., Drazich, E. H. S., Blackwell, S. E., Christina Nobre, A., & Holmes, E. A. (2015). Imagining a brighter future: The effect of positive imagery training on mood, prospective mental imagery and emotional bias in older adults. *Psychiatry Research*, 230(1), 36–43.

- <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.059>
- Naranjo, C., Kornreich, C., Campanella, S., Noël, X., Vandriette, Y., Gillain, B., ... Constant, E. (2011). Major depression is associated with impaired processing of emotion in music as well as in facial and vocal stimuli. *Journal of Affective Disorders, 128*(3), 243–251. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.039>
- Nunn, J. D., Mathews, A., & Trower, P. (1997). Selective processing of concern-related information in depression. *British Journal of Clinical Psychology, 36*(4), 489–503. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1997.tb01256.x>
- Orth, U., Robins, R. W., Meier, L. L., & Conger, R. D. (2016). Refining the vulnerability model of low self-esteem and depression: Disentangling the effects of genuine self-esteem and narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology, 110*(1), 133–149. <https://doi.org/10.1037/pspp0000038>
- Orth, U., Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Maes, J., & Schmitt, M. (2009). Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(3), 472–478. <https://doi.org/10.1037/a0015922>
- Orth, U., Robins, R. W., & Widaman, K. F. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 102*(6), 1271–1288. <https://doi.org/10.1037/a0025558>
- Orth, U., Trzesniewski, K. H., & Robins, R. W. (2010). Self-esteem development from young adulthood to old age: A cohort-sequential longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology, 98*, 645–658. <https://doi.org/10.1037/a0018769>
- Patel, T., Brewin, C. R., Wheatley, J., Wells, A., Fisher, P., & Myers, S. (2007). Intrusive images and memories in major depression. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 2573–2580. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.06.004>
- Peterson, C., & Seligman, M. E. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review, 91*(3), 347–374. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.91.3.347>
- Potreck-Rose, F. (2006). *Von der Freude den Selbstwert zu stärken*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Potreck-Rose, Friederike, & Jacob, G. (2003). *Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen: psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl. Leben lernen* (3rd.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reed, A. E., Chan, L., & Mikels, J. A. (2014). Meta-analysis of the age-related positivity effect: Age differences in preferences for positive over negative information. *Psychology and Aging, 29*(1), 1–15. <https://doi.org/10.1037/a0035194>
- Reid, L. M., & MacLulich, A. M. J. (2006). Subjective memory complaints and cognitive impairment in older people. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 22*(5–6), 471–485. <https://doi.org/10.1159/000096295>
- Ricarte, J. J., Latorre, J. M., Ros, L., Navarro, B., Aguilar, M. J., & Serrano, J. P. (2011). Overgeneral autobiographical memory effect in older depressed adults. *Aging and Mental Health, 15*(8), 1028–1037. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.573468>
- Rood, L., Roelofs, J., Bögels, S. M., Nolen-Hoeksema, S., & Schouten, E. (2009). The influence of emotion-focused rumination and distraction on depressive symptoms in non-clinical youth: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 29*(7), 607–616. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.001>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Salthouse, T. A. (2010). Selective review of cognitive aging. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS, 16*(5), 754–760. <https://doi.org/10.1017/S1355617710000706>
- Schilling, L., Moritz, S., Kriston, L., Krieger, M., & Nagel, M. (2018). Efficacy of metacognitive training for patients with borderline personality disorder: Preliminary results. *Psychiatry Research, 262*, 459–464. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.024>
- Schneider, B. C., Bücker, L., Riker, S., Karamatskos, E., Moritz, S., & Jelinek, L. (2018). A pilot study of metacognitive training (D-MCT) for older adults with depression. *Zeitschrift Für Neuropsychologie, 29*, 7–19.
- Seidel, E. M., Habel, U., Finkelmeyer, A., Schneider, F., Gur, R. C., & Derntl, B. (2010). Implicit and explicit behavioral tendencies in male and female depression. *Psychiatry Research, 177*(1–2), 124–130. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.02.001>
- Selva, J. P. S., Postigo, J. M. L., Segura, L. R., Bravo, B. N., Córcoles, M. J. A., López, M. N., ... Gatz, M. (2012). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with clinical depression. *Psicothema, 24*(2), 224–229.
- Serrano, J. P., Latorre, J. M., Gatz, M., & Montanes, J. (2004). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology. *Psychology and Aging, 19*, 272–277. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.19.2.272>
- Smith, B. M., Villatte, J. L., Ong, C. W., Butcher, G. M., Twohig, M. P., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2018). The influence of a personal values intervention on cold pressor-induced distress tolerance. *Behavior Modification, 1*–23. <https://doi.org/10.1177/0145445518782402>

- Sondergeld, L.-M. L.-M., Quinlivan, E., Haffner, P., Fiebig, J., Jelinek, L., Moritz, S., ... Stamm, T. (2016). Metakognitives Training für Menschen mit Bipolaren Störungen. In M. Schäfer, A. Reif, & G. Juckel (Eds.), *Therapie-Tools Bipolare Störungen*. Weinheim: Beltz.
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, *139*(1), 213–240. <https://doi.org/10.1037/a0028931>
- Strunk, D. R., & Adler, A. D. (2009). Cognitive biases in three prediction tasks: A test of the cognitive model of depression. *Behaviour Research and Therapy*. [https://doi.org/S0005-7967\(08\)00212-X](https://doi.org/S0005-7967(08)00212-X) [pii]r10.1016/j.brat.2008.10.008
- Strunk, D. R., Lopez, H., & DeRubeis, R. J. (2006). Depressive symptoms are associated with unrealistic negative predictions of future life events. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(6), 861–882. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.07.001>
- Sumner, J. A., Griffith, J. W., & Mineka, S. (2010). Overgeneral autobiographical memory as a predictor of the course of depression: A meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *48*(7), 614–625. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.03.013>
- Sweeney, P. D., Anderson, K., & Bailey, S. (1986). Attributional style in depression: A meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology*, *50*(5), 974–991. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.974>
- Teasdale, J. D., Scott, J., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., & Paykel, E. S. (2001). How does cognitive therapy prevent relapse in residual depression? Evidence from a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*(3), 347–357. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.3.347>
- van der Does, W. (2005). Thought suppression and cognitive vulnerability to depression. *British Journal of Clinical Psychology*, *44*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1348/014466504x19442>
- Van Vreeswijk, M. F., & De Wilde, E. J. (2004). Autobiographical memory specificity, psychopathology, depressed mood and the use of the Autobiographical Memory Test: A meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *42*(6), 731–743. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00194-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00194-3)
- Wegener, I., Geiser, F., Alfter, S., Mierke, J., Imbierowicz, K., Kleiman, A., ... Conrad, R. (2015). Changes of explicitly and implicitly measured self-esteem in the treatment of major depression: Evidence for implicit self-esteem compensation. *Comprehensive Psychiatry*, *58*, 57–67. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.12.001>
- Wells, A. (2011). *Metacognitive Therapy for anxiety and depression*. New York: The Guilford Press.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, *42*(4), 385–396. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00147-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00147-5)
- Wetherell, J. L., Liu, L., Patterson, T. L., Afari, N., Ayers, C. R., Thorp, S. R., ... Petkus, A. J. (2011). Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior Therapy*, *42*(1), 127–134. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.07.002>
- Wetherell, J. L., Petkus, A. J., Alonso-Fernandez, M., Bower, E. S., Steiner, A. R. W., & Afari, N. (2016). Age moderates response to acceptance and commitment therapy vs. cognitive behavioral therapy for chronic pain. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *31*(3), 302–308. <https://doi.org/10.1002/gps.4330>
- Wrosch, C., Scheier, M. F., & Miller, G. E. (2013). Goal adjustment capacities, subjective well-being, and physical health. *Social and Personality Psychology Compass*, *7*, 847–860. <https://doi.org/10.1111/spc3.12074>
- Yoon, K. L., Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2009). Judging the intensity of facial expressions of emotion: Depression-related biases in the processing of positive affect. *Journal of Abnormal Psychology*, *118*(1), 223–228. <https://doi.org/10.1037/a0014658>
- Zettle, R. D., Hocker, T. R., Mick, K. A., Scofield, B. E., Petersen, C. L., Song, H., & Sudarjanto, R. P. (2005). Differential strategies in coping with pain. *Pain*, *55*, 511–524.