



МЕТАКОГНІТИВНИЙ ТРЕНІНГ ЩОДО ДЕПРЕСІЇ



© Steffen Moritz

Короткий посібник оригінальної версії (D-MCT) та його адаптації для людей похилого віку (MCT-Silver)

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

Модулі D-MCT і MCT-Silver можна завантажити багатьма мовами на вебсайтах:
www.uke.de/depression і www.uke.de/mct-silver

Онлайн-тренінг доступний за благодійний внесок
німецькою (www.uke.de/e-dmkt) та англійською (www.uke.de/e-dmct)

Версія: 01.03.23



Подяки

Перш за все, дякуємо нашим пацієнтам, які допомогли нам розробити D-MCT та MCT-Silver, за їхню підтримку та натхнення. Їхні відгуки дуже допомогли нам вдосконалити та допрацювати наші тренінги, щоб вони стали максимально корисними для людей, яким вони найбільше потрібні.

Також дякуємо нашим колегам з відділення клінічної нейропсихології та клініки психіатрії та психотерапії при університетському медичному центрі у Гамбурзі-Еппендорфі, а також усім іншим колегам з Німеччини та закордону, які надали підтримку в реалізації навчальних програм, їх постійному перегляді та вдосконаленні. Зважаючи на велике число залучених людей, поки що ми не називатимемо їхніх імен. Сподіваємося, це не применшить вияв нашої вдячності за їхню підтримку, зворотний зв'язок і допомогу.

Благодійні внески

Зважаючи на складне фінансове становище багатьох психіатричних лікарень, наша мета — надати міжнародні слайди для метакогнітивного тренінгу щодо депресії (наприклад, D-MCT, слайди для D-MCT німецькою мовою, опубліковані BELTZ) та всі слайди щодо депресії у зрілому віці (наприклад, MCT-Silver) на безоплатній основі. Ваші благодійні внески дуже важливі для нашої роботи. Вони допоможуть нам покращити життя багатьох людей, які страждають на депресію. Будемо дуже вдячні, якщо ви підтримуєте D-MCT та MCT-Silver, підтримавши нашу програму благодійним внеском.

Особливо заохочуємо лікарів та лікарні зробити невеликий внесок перед використанням матеріалів, розміщених на нашому вебсайті (30€//\$30 для лікарів і 100€//\$100 для лікарень) з огляду на обсяг робіт і витрат, пов'язаних із розробкою нашої програми. Внески можна зробити онлайн (на вебсайті:

<https://clinical-neuropsychology.de/donate/>,

вказавши у полі I donate for (Призначення внеску) Clinical Neuropsychology (Клінічна нейропсихологія)).

Усі благодійні внески буде спрямовано на підтримку подальшого розвитку D-MCT і MCT-Silver (у майбутньому нам буде потрібен переклад модулів іншими мовами, створення нової графіки, наймання студентів для проведення груп D-MCT і MCT-Silver в лікарнях). За запитом ми надішлемо вам квитанцію про благодійний внесок (надішліть листа на ім'я Steffen Moritz [moritz@uke.de] і вкажіть вашу адресу ел. пошти). Рахунок для благодійних внесків:

Реквізити:	UKE AG Neuropsychologie
Банк:	Hamburger Sparkasse HASPA
Номер/призначення платежу:	1027/001 - MCT Depression
(це обов'язковий рядок, заповніть його, щоб ми отримали ваш внесок)	
IBAN:	DE54200505501234363636
BIC/Swift:	HASPDEHXXX



Метакогнітивний тренінг щодо депресії (D-MCT)¹: Короткий посібник з використання оригінальної версії та адаптації для людей похилого віку (MCT-Silver)

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

	Сторінка
До уваги наших колег	5
1 Знайомство з D-MCT і MCT-Silver	6
автори: Lena Jelinek, Marit Hauschildt, Brooke C. Schneider і Steffen Moritz	
1.1 Вступ	6
1.2 Цілі метакогнітивного тренінгу (MCT)	6
1.3 Показання до застосування D-MCT і MCT-Silver	7
1.4 Інформація про практичну реалізацію D-MCT і MCT-Silver	10
1.4.1 Загальні відомості	10
1.4.2 Основні мотиви під час проведення тренінгів	11
1.4.3 Повторювані структурні елементи D-MCT і MCT-Silver	12
1.5 Огляд посібника	15
2 Метакогнітивний тренінг щодо депресії (D-MCT)	16
автори: Lena Jelinek, Marit Hauschildt і Steffen Moritz	
2.1 Модуль 1. Ментальна фільтрація та надмірне узагальнення	16
2.1.1 Теоретичні відомості	16
2.1.2 Зміст	16
2.2 Модуль 2. Викривлення пам'яті і хибні спогади	18
2.2.1 Теоретичні відомості	18
2.2.2 Зміст	18
2.2.3 Приклади слайдів та вправ	19
2.3 Модуль 3. Установки повинності, знецінення позитивного досвіду та чорно-біле мислення	20
2.3.1 Теоретичні відомості	20
2.3.2 Зміст	20
2.4 Модуль 4. Самоцінність і перфекціонізм	22
2.4.1 Теоретичні відомості	22
2.4.2 Зміст	22
2.4.3 Приклади й вправи	22
2.5 Модуль 5. Перебільшення або применшення та депресивний стиль атрибуції	24
2.5.1 Теоретичні відомості	24

¹ Цей посібник представляє собою перекладену, відредаговану та доповнену версію розділу книги, написаної німецькою мовою, про метакогнітивний тренінг щодо депресії (D-MCT): Jelinek, L., Hauschildt, M., & Moritz, S. (2016). *Metakognitives Training bei Depression (D-MKT)*. Stavemann, H. Entwicklungen in der Integrativen KVT. Weinheim: Beltz, 175-200.

2.5.2	Зміст	24
2.5.3	Приклади слайдів та вправ	25
2.6	Модуль 6. Дисфункціональні стратегії поведінки	26
2.6.1	Теоретичні відомості	26
2.6.2	Зміст	26
2.7	Модуль 7. Поспішні висновки, читання думок та прогнозування майбутнього (катастрофізація)	27
2.7.1	Теоретичні відомості	27
2.7.2	Зміст	27
2.7.3	Приклади слайдів та вправ	28
2.8	Модуль 8. Сприйняття емоцій й емоційне міркування	29
2.8.1	Теоретичні відомості	29
2.8.2	Зміст	29
2.8.3	Приклади слайдів та вправ	30
3	Метакогнітивний тренінг щодо депресії в людей похилого віку (MCT-Silver) автори: Brooke C. Schneider, Steffen Moritz, Lara Bückner, Lena Jelinek	31
3.1	Модуль 2. Пам'ять у людей похилого віку, які страждають на депресію	31
3.2	Модуль 3. Установка повинності й прийняття	32
3.2.1	Теоретичні відомості	32
3.2.2	Зміст	32
3.2.3	Приклади слайдів та вправ	33
3.3	Модуль 4. Цінності	35
3.3.1	Теоретичні відомості	35
3.3.2	Зміст	35
3.3.3	Приклади слайдів та вправ	36
3.4	Модуль 8. Самооцінка	37
3.4.1	Теоретичні відомості	37
3.4.2	Зміст	37
3.4.3	Приклади слайдів та вправ	39
4	Стан дослідження автори: Lena Jelinek, Brooke C. Schneider, Marit Hauschildt і Steffen Moritz	41
4.1	D-MCT	41
4.2	MCT-Silver	42
5	Довідкові матеріали	43



До уваги наших колег

Шановні колеги!

Дякуємо за інтерес до D-MCT та MCT-Silver! Цей посібник розроблено для фахівців (наприклад, психологів, психотерапевтів, психіатрів, медсестер психіатричних установ, соціальних працівників, ерготерапевтів тощо), які проводять групові або індивідуальні тренінги D-MCT та (або) MCT-Silver для людей будь-якого віку, які страждають на депресію. Ви можете завантажити всі міжнародні матеріали до тренінгу D-MCT (десятьма мовами) та MCT-Silver (зараз доступний тільки німецькою) безкоштовно на нашому вебсайті: www.clinical-neuropsychology.de. Слайди до тренінгу D-MCT, а також докладний посібник німецькою мовою опубліковано видавництвом Beltz (Jelinek, Hauschildt і Moritz, 2015). На нашому вебсайті можна завантажити такі матеріали: слайди у форматі Power Point і домашні завдання для усіх восьми модулів кожного тренінгу, загальні інформаційні роздаткові матеріали та правила групи. У цьому посібнику наведено конкретну інформацію про проведення тренінгів, у тому числі короткий опис теоретичних відомостей для всіх модулів, стислий опис змісту модулів, а також корисні поради. Ми проводимо тренінг D-MCT з 2009 року, а MCT-Silver — з 2016 року. Впродовж цих років ми накопичили багато досвіду та зворотного зв'язку, проводячи групи як в амбулаторних, так і в стаціонарних умовах, а також провели кілька рандомізованих контрольованих досліджень з D-MCT на сьогодні. Після успішного пілотного дослідження ми провели перше клінічне дослідження з MCT-Silver й отримали перші результати у 2020 році.

У розділі 1 наведено коротке визначення терміну «метапізнання», а також загальну інформацію щодо впровадження D-MCT і MCT-Silver. У розділі 2 пані Єлінек, Гаушильдт і пан Морітц наводять короткий опис восьми модулів D-MCT, а в розділі 3 пані Шнайдер, Бюкер і Єлінек та пан Морітц описують модулі MCT-Silver. У розділі 4 наведено огляд емпіричних доказів на користь проведення тренінгів на сьогодні.

Не зважаючи на наш досвід і роботу над цими матеріалами, ми чітко розуміємо, що тренінги D-MCT і MCT-Silver цінні лише тоді, коли їх використовуєте ви, наші колеги. Тому з нетерпінням чекаємо на ваші відгуки щодо матеріалів і заохочуємо залишати як критичні, конструктивні зауваження, так і позитивні відгуки! Також звертайтеся безпосередньо до нас у разі виникнення запитань. Ми будемо раді дізнатися про ваші враження від використання цих матеріалів. Контакти для зв'язку:

Lena Jelinek (ljelinek@uke.de)

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

Marit Hauschildt (mhauschildt@uke.de)

Steffen Moritz (moritz@uke.de)

Успішного тренінгу!

1. Знайомство з D-MCT і MCT-Silver

автори: Lena Jelinek, Marit Hauschildt, Brooke C. Schneider і Steffen Moritz

1.1 Вступ

Впродовж останніх кількох років термін «метапізнання» привертає все більшу увагу як у зв'язку з фундаментальними дослідженнями, так і з розробкою психотерапевтичних методів, (Moritz, Lysaker, Hofmann, & Hautzinger, 2018; Moritz & Lysaker, 2018) що поширюють поняття «метапам'ять» на інші галузі й використовують термін «метапізнання» на позначення знань про функціонування власних когнітивних процесів у широкому значенні (Flavell, 1976). Зазвичай цей термін має значення «мислення про мислення» (грецька: meta = "вище" і латина: cogitare = "мислити", також див. Moritz, 2008, 2013). Метапізнання — це всеохопне поняття, що містить кілька сфер і рівнів обробки інформації, які Флейвел розділив на чотири компоненти: (1) метакогнітивні знання, (2) метакогнітивний досвід, (3) метакогнітивні цілі та (4) метакогнітивні дії. Окрім роботи Флейвела, цей термін також використовують у кількох схожих контекстах і (Semarri et al., 2012).

Наше розуміння терміну «метапізнання» відповідає Флейвелу і його послідовників, як-от Адер Коріат, які вважали впевненість у судженнях і роль сумніву важливими метакогнітивними аспектами (Koriat & Goldsmith, 1998). Таким чином у широкому значенні термін «метапізнання» включає в себе основні аспекти сприйняття й обробки інформації, а також вищі когнітивні функції, і стосується як змісту, так і процесів пізнання. Наша концепція спрямована на підвищення обізнаності пацієнтів щодо когнітивних упереджень, які спотворюють обробку інформації, наприклад, схильність пацієнтів з депресією недооцінювати своє нейрокогнітивне функціонування. Крім того, схоже, інші викривлення метапізнання, стабільно виникають у разі депресії (Faissner, Kriston, Moritz, & Jelinek, 2018; Ladegaard, Lysaker, Larsen, & Videbech, 2014; Ladegaard, Videbech, Lysaker, & Larsen, 2016), що підкреслює користь роботи з метапізнанням під час депресії.

1.2 Цілі метакогнітивного тренінгу (МСТ)

Ми почали виношувати концепцію нашого метакогнітивного підходу ще у 2003 році з «метакогнітивного тренінгу щодо психозу» (МСТ; Moritz, Krieger, Bohn, & Veckenstedt, 2017; Moritz et al., 2013), ефективність якого було підтверджено у ході недавніх метааналізів (Eichner & Berna, 2016; Liu, Tang, Hung, Tsai, & Lin, 2018). Відтоді МСТ неодноразово проходив оцінку, і ми розробили версії для інших психічних розладів (Moritz, 2013), наприклад депресії (D-MCT, повний посібник німецькою див. у розділі 2 і Jelinek, Hauschildt, & Moritz, 2015), межового розладу особистості (Schilling, Moritz, Kriston, Krieger, & Nagel, 2018), обсессивно-компульсивного (Jelinek, Zielke, et al., 2018) і біполярного розладу (Haffner et al., 2018). Нещодавно ми адаптували D-MCT для людей похилого віку, які страждають на депресію, і назвали його МСТ-Silver (див. розділ 3; Schneider et al., 2018). Виходячи з описаного вище розуміння терміну «метапізнання», основні цілі всіх варіантів метакогнітивного тренінгу, які розробила наша група, полягають в ознайомленні пацієнтів з емпірично підтвердженими когнітивними упередженнями, характерними для розладу, і їх зміні. Сюди належать упередження у сприйнятті та обробці інформації, деякі дисфункціональні переконання, а також припущення щодо думок і стратегій, які допомагають краще справлятися з такими думками. Що стосується компонентів метапізнання за Флейвелом, ми прагнемо покращити метакогнітивні знання пацієнтів передусім створюючи метакогнітивний досвід за допомогою розважальних вправ (Moritz & Lysaker, 2018). Метакогнітивний тренінг із комплексним підходом містить сумісні елементи інших терапевтичних підходів (Moritz et al., 2018), при цьому зберігаючи унікальну структуру і зміст МСТ.

Під час депресії можуть виникнути два схожі типи когнітивних упереджень, які не завжди легко розрізнити. До першого типу, на який в першу чергу звертають увагу в класичній КПТ, належать «типові» когнітивні помилки, як-от надмірне узагальнення. Це стосується когнітивних упереджень під час обробки інформації, що стосується конкретної людини. Другий тип виникає під час загальної обробки інформації з урахуванням *когнітивного стилю*. За результатами основних

нейропсихологічних досліджень під час депресії виявлено подальші когнітивні упередження, наприклад вибіркоче запам'ятовування негативної інформації (пам'ять, що залежить від настрою), а також упереджене зчитування емоцій (оцінки див. у Dalili, Penton-Voak, Harmer, & Munafò, 2015; Gaddy & Ingram, 2014). Обидва типи когнітивних упереджень сприяють депресивній обробці інформації, а отже, відіграють центральну роль у розвитку та підтримці депресії. Певні метакогнітивні переконання, наприклад «негативні думки небезпечні», і копінг-стратегії, як-от нав'язливі думки й відкидання думок, вважають дедалі більш важливими в патогенезі депресії (емпіричні дані та схожість із метакогнітивною терапією [Wells, 2011] див. нижче). Отже, термін «мислення про мислення» у D-MCT і MCT-Silver стосується як *змісту* думок, так і *процесів* сприйняття і самого мислення. З огляду на те, що D-MCT і MCT-Silver також зосереджені на змісті думок, вони загалом ближчі до класичних підходів КПТ до лікування депресії, ніж до метакогнітивної терапії Веллса (Moritz & Lysaker, 2018). Якщо розглянути D-MCT і MCT-Silver разом як метаперспективу, то вони мають на меті підвищити обізнаність про когнітивні упередження і суб'єктивність мислення, щоб дистанціюватися від (негативних) думок і підвищити когнітивну гнучкість.

1.3 Показання до застосування D-MCT і MCT-Silver

Ґрунтуючись на наших теоретичних міркуваннях під час розробки D-MCT, багаторічному досвіді її застосування в різних умовах лікування (психіатрична амбулаторія, програма психіатричної реабілітації, психіатричний стаціонар) та результатах клінічних досліджень (Jelinek et al., 2016; Jelinek, Hauschildt, Otte, & Moritz, 2009; Jelinek, Faissner, Moritz, & Kriston, 2018; Jelinek, Moritz, & Hauschildt, 2017), хочемо запропонувати деякі рекомендації щодо її використання, а також зазначити обмеження програми. На нашу думку, D-MCT і MCT-Silver відповідають доказовим рекомендаціям щодо лікування депресії, наприклад сформульованим у рекомендаціях NICE і Німецького товариства психіатрії, психотерапії й неврології (DGPPN).

D-MCT і MCT-Silver мають низку унікальних характеристик, як за змістом, так і за структурою, які є визначальними для конкретної сфери застосування і діапазону показань тренінгу. Зокрема, обидві програми є низькопороговими (тобто настільки гнучкими, щоб глибину змісту можна адаптувати до особливостей групи), включають ігрові елементи, мають чітку структуру і розроблені як відкрита модульна група. Також тренінг можна легко поєднувати з іншими елементами терапії (КПТ третьої хвили), які також спеціально включено у два модулі MCT-Silver.

Діагностика

D-MCT і MCT-Silver призначено для пацієнтів з первинним діагнозом «уніполярна депресія» (велика депресія, стійкий депресивний розлад). Також показано застосування у разі коморбідних депресивних розладів (наприклад, у разі первинного діагнозу «тривожний розлад»). З огляду на те, що ми не проводили інтервенції з пацієнтами, які страждають на шизофренію або біполярний розлад, а також когнітивні порушення, як-от деменція, ці розлади не включено до переліку показань (MCT щодо біполярного розладу див. у Sondergeld et al., 2016). Як показує наш клінічний досвід, пацієнтам з легким когнітивним розладом і когнітивним дефіцитом іншого походження (наприклад, легка черепно-мозкова травма) також корисна групова терапія, хоча ми не проводили досліджень для емпіричного вивчення ефективності серед цих пацієнтів.


Тривалість курсу терапії

Завдяки високій гнучкості тренінгу, під час терапії його можна використовувати кількома способами. На нашу думку, D-MCT і MCT-Silver особливо показані пацієнтам з першим епізодом депресії, пацієнтам, які ще не проходили (психо-)терапію або проходили її протягом деякого часу. Завдяки кумедним ігровим елементам інтервенції також показані пацієнтам з обмеженою мотивацією проходити (психо-)терапію на початку. Полегшення симптомів завдяки участі у тренінгах D-MCT та MCT-Silver може сприяти підвищенню мотивації до подальшої терапії. Також інтервенції допомагають в гострих стаціонарних умовах завдяки своїй чіткій структурі. Зокрема, використання кумедних й унікальних вправ, які водночас доносять інформацію про депресію, дозволяє пацієнтам пережити невеликі успіхи (прикладі вправ наведено нижче). Інші основні сфери можливого застосування: подальший догляд та профілактика рецидивів.

Умови терапії

Тренінг можна застосовувати як в амбулаторних, так і в стаціонарних умовах, у тому числі в умовах денного стаціонару. Зокрема, структура відкритої групи може також сприяти своєчасному лікуванню пацієнтів в амбулаторних умовах (наприклад, скороченню черг). У психіатричному денному стаціонарі D-MCT і MCT-Silver представляють собою групові тренінги щодо депресії, які доповнюють і поглиблюють програму психіатричної допомоги, зокрема, шляхом зміцнення метакогнітивних компетенцій і зменшення когнітивних упереджень. Враховуючи його модульність та структуру, і водночас гнучкість, а також вміст, який можуть представити медсестри психіатричних установ або інший персонал, а не психіатри чи психологи, MCT-Silver підходить для використання в багатьох установках, де лікують людей похилого віку (наприклад, заклади первинної медичної допомоги, будинки престарілих, заклади тривалого догляду). Проте важливо наголосити, що ми ще не проводили дослідження MCT-Silver в непсихіатричних умовах.

З усім тим, D-MCT і MCT-Silver мають такі обмеження:

-  D-MCT або MCT-Silver не слід використовувати як єдину стратегію інтервенції й заміну доказовим інтервенціям (в індивідуальному порядку) для пацієнтів з середніми та тяжкими депресивними епізодами. Групова терапія та її зміст можуть ставити надмірні вимоги перед пацієнтами з гострими та тяжкими депресивними епізодами (особливо у разі психотичних симптомів).
-  Амбулаторні пацієнти з гострою суїцидальною поведінкою не повинні брати участь у груповій терапії. Пропонуємо провести коротке опитування щодо суїцидальних думок серед потенційних учасників. Попри те, що пасивні суїцидальні думки не рідкість у людей, які страждають на депресію, людей, які мають активні плани покінчити життя самогубством, особливо тих, хто не може погодитися відмовитися від реалізації цих планів, слід направляти на більш інтенсивне лікування.
-  Зважаючи на сприйняття письмової інформації, для успішної участі потрібні достатні знання письмової та усної англійської (або мови, якою проводять тренінг) (інші мови доступні лише для D-MCT).
-  З огляду на те, що інформацію представлено у вигляді слайдів, пацієнтам з серйозними порушеннями зору може бути складно брати участь у групі. Людям із вадами слуху може бути складно зрозуміти, що говорять тренери чи інші учасники. Тренери можуть розглянути можливість доповнити матеріали групової терапії для таких пацієнтів (наприклад, запропонувати роздруковану версію слайдів пацієнтам з порушеннями зору або дозволити пацієнтам з вадами слуху сидіти поруч з тренерами).
-  MCT-Silver: хоча це не є протипоказанням, пацієнтам у стані глибокої скорботи (наприклад, одразу після втрати чоловіка/жінки), матеріали групової терапії можуть здатися занадто узагальненим або вони можуть бути психологічно не готовими розглядати деякі з обговорюваних методик. З нашого досвіду, такі особи зазвичай сприймають інформацію, особливо в модулі MCT-Silver 3 (тобто, прийняття) досить критично. Тому рекомендуємо тренерам поспілкуватися з такими пацієнтами або їхніми терапевтами перед початком групової терапії й ретельно зважити, чи підходить їм участь у ній. Проте, втрати — це звична частина життя, на яку люди реагують по-різному. Тому тренерам не варто автоматично або загалом виключати осіб, які нещодавно пережили втрату.

1.4 Інформація про практичну реалізацію D-MCT та MCT-Silver

1.4.1 Загальні відомості

1.4.1.1 Частота, тривалість та число учасників

Переважно D-MCT і MCT-Silver проводять протягом восьми модулів тривалістю по 60 хвилин (Jelinek et al., 2015). У деяких амбулаторних умовах тривалість занять збільшували до 90 хвилин, щоб на початку і в кінці було достатньо часу (наприклад, щоб пацієнти могли познайомитися між собою). Крім того, для людей похилого віку з когнітивними обмеженнями або втомою, може бути доцільно розбити модулі на два заняття по 30 хвилин. Залежно від показань та умов лікування, слід проводити 1–2 модулі на тиждень. Якщо ви пропонуєте два модулі на тиждень, плануйте достатню перерву між заняттями, щоб учасниками мали вдосталь часу на практику і закріплення вивченого матеріалу. Оптимальне число учасників групи варіюється від трьох до десяти.

1.4.1.2 Формат (структура відкритої групи)

Вміст і структура слайдів презентації розраховані на формат відкритої групи (тобто нові учасники можуть приєднатися на будь-якому занятті). Таким чином модулі не залежать один від одного, а важлива інформація повторюється в кожному модулі (наприклад, пояснення терміну «метакізнання»). Проте, залежно від конкретних умов лікування, тренери можуть вирішити використовувати матеріал для роботи в закритій групі, а також для індивідуальних занять.

1.4.1.3 Матеріально-технічне забезпечення

Усі необхідні матеріали надають у форматі PDF. Тренери показують презентації зі слайдами, а пацієнтам роздають роздруковані копії домашніх завдань у кінці кожного заняття або видають буклет з усіма домашніми завданнями перед відвідуванням групи. Для презентацій тренерам також знадобиться ПК або ноутбук і проектор. Під час презентацій пацієнти сидять півколом навколо стіни/екрана, на які проєціюють слайди.

1.4.1.4 Терапевти/тренери

За наявності достатніх ресурсів рекомендовано, щоб тренінг проводили два тренери (наприклад, психотерапевти). Завдяки чіткій структурі терапевти, які проходять навчання, або медперсонал, знайомий з депресією, також можуть проводити групові тренінги D-MCT або MCT-Silver. Бажано, щоб тренери мали певні знання в галузі терапевтичних методів спілкування та досвід ведення груп терапії.

1.4.2 Основні мотиви під час проведення тренінгів

Позитивне підкріплення

Відкрита, дружня та доброзичлива атмосфера є важливим елементом тренінгу. Тренери повинні сприяти створенню такої атмосфери, а також поводитися та спілкуватися відповідно до цього основного підходу. Гумор — ще один ключовий елемент, який терапевт повинен використовувати у відповідних ситуаціях. Розважальний, інтерактивний та ігровий підхід до тренінгу дає пацієнтам змогу здобути позитивний досвід та заохочує веселитися. Залишайте позитивні відгуки про пацієнтів і групу в цілому за кожної можливості.

Співпраця

Ми ретельно обрали термін «тренери», щоб підкреслити, що МСТ націлений на співпрацю. У той час як тренери представляють інформацію учасникам групи, ті, зрештою, стають самі собі експертами та спираються на багаж знань, взятих із власного життєвого досвіду. Особливо люди похилого віку часто вдячні, що їх знання та досвід відзначають, і тренери повинні активно робити це протягом занять, пам'ятаючи, що стратегії в МСТ — лише один із багатьох способів боротьби із симптомами депресії.

Індивідуальний підхід

Не зважаючи на чітку структуру тренінгу, через його медійний формат, слайди не слід перегортати у поспіху. Темп і глибину обговорення окремих елементів слід завжди адаптувати до здібностей учасників, які страждають на депресію, а тому повільно сприймають інформацію, і їхніх проблем. За потреби окремі вправи або приклади можна пропустити. Тренінг націлений на передачу інформації та виконання практичних вправ, але пацієнтам слід завжди давати достатньо часу, щоб вони могли поділитися своїми думками та прикладами з власного життя.

Перевірка на розуміння

Враховуючи те, що люди, які страждають на депресію, можуть обробляти інформацію дещо повільніше, мати проблеми з концентрацією уваги, а люди похилого віку, можуть мати інші сенсорні порушення, тренери повинні переконатися, що всі учасники групи почули й зрозуміли представлену інформацію. Це може означати, що на пояснення певної вправи і перевірку на розуміння може знадобитися більше часу. Якщо тренери не впевнені, доцільно прямо запитати про це учасників групи, перш ніж продовжити.

Мотивація

Мета D-MCT і MCT-Silver — не надати учасникам всю наявну інформацію про депресію або метапізнання, а створити новий досвід. Найефективніший спосіб навчатися — це ставити перед собою виклики та робити помилки. Тому сумніви та запитання часто призводять до моментів осяяння. У багатьох модулях позитивне ставлення до помилок вкрай важливе для процесу навчання. «Помилки» спровоковано навмисно, щоб показати загальні процеси пізнання та обробки інформації. Для цього тренерам слід уникати наказового тону спілкування та не поводитися як вчителі. Радше тренери повинні показувати «прикладі недосконалості».

Обмеження

Хоча у тренінгу найважливіший індивідуальний підхід до подачі матеріалу, тренер також має обмежувати надмірну та тривалу взаємодію з учасниками. Це стосується, зокрема, загальних скарг або коментарів не за темою. Така взаємодія не сприяє досягненню цілей тренінгу і зазвичай однаково обтяжлива для всіх учасників, і навіть може стурбувати інших. Тому її слід прийняти, але чітко обмежити, знову повернувшись до теми.

1.4.3 Повторювані структурні елементи D-MCT та MCT-Silver

1.4.3.1 D-MCT

Початок заняття і вступ	<p>На початку учасникам роздають інформаційний аркуш учасника з правилами групи. Його можна завантажити на нашому вебсайті: (https://clinical-neuropsychology.de/d-mct-manual-ukrainian/; назва файлу: «інформаційні матеріали та правила групи»; Jelinek et al., 2015). Якщо тренінг проводять у форматі відкритої групи (тобто нові пацієнти можуть приєднатися на будь-якому занятті), рекомендуємо після привітання учасників провести короткий загальний вступ до D-MCT. Щоб ознайомити учасників зі змістом, слід дати пояснення терміну «метапізнання». В ідеалі, це повинен зробити більш досвідчений учасник, а тренер, за потреби, має доповнити його. У полі нижче наведено приклад.</p>
Приклад діалогу (тренер)	<p>«Мета» — це грецьке слово, яке означає «за межами/після». «Пізнання» — загальний термін на позначення психічних процесів, як-от увага, пам'ять або планування, що у вільному перекладі означає «мислення». Разом ці два слова означають «мислення про мислення». Таким чином, на метакогнітивному тренінгу ми розглянемо процеси мислення з метаперспективи або з позиції супутника й обговоримо їх. Ми зосередимося на шаблонах мислення, які стосуються розвитку та підтримки депресії.</p>
Слайд «положення супутника»	<p>Кожен модуль D-MCT починається зі слайда, на якому показано положення супутника. Тренери пояснюють, що пацієнти можуть подивитися вниз на «чорну хмару депресії». Це метафора метаперспективи, яку можна легко засвоїти й запам'ятати. Ми використовуємо її протягом усього тренінгу. Ця метафора стосується погляду «зверху» або «з відстані», щоб визначити зв'язки між когнітивними шаблонами та розвитком і підтримкою депресії. Мета D-MCT — критично поглянути на власні психічні процеси, визначити можливості та практикувати стратегії зміни цих процесів на позитивні й ефективно використовувати їх для подолання депресії.</p>
Повторення засвоєного матеріалу	<p>Перед початком презентації модуля слід коротко повторити матеріал, про який йшлося у попередньому модулі, а також дати учасникам можливість обмінятися прикладами обговорених когнітивних упереджень і поділитися досвідом застосування вивчених стратегій з домашнього завдання.</p>
Слайд «Мислення та міркування під час депресії»	<p>Для знайомства з темами у модулях 1, 3 і 5 (тема «Мислення і міркування») тренери дають (або повторюють) визначення «когнітивної упередженості» і обґрунтування зміни когнітивних упереджень. Наголошуємо, що за результатами досліджень багато пацієнтів мають проблеми з обробкою інформації, але це не стосується кожного пацієнта або кожного обговорюваного когнітивного упередження. Також пропонуємо терапевтам навмисно називати думки «упередженими або спотвореними», «корисними/реалістичними» та «менш корисними/нереалістичними», а не «правильними» чи «неправильними».</p>

Конкретний зміст модулів

Після вступу тренери викладають зміст конкретних модулів. Повторювані та змінні елементи модуля: 1) пояснення концепцій D-MCT, 2) роз'яснення змісту на прикладах із реального життя, 3) ігрові та активуючі вправи для відпрацювання вивчених стратегій. Хоча актуальність усіх матеріалів для розвитку та підтримки депресії підтверджено емпірично, певні матеріали можуть мати різний ступінь важливості для кожного учасника (емпіричні дані див. у відповідних модулях). Тому на початку модуля терапевтам запитувати кожного учасника про те, чи актуальна тема модуля кожного учасника («Вам знайомі такі відчуття?»). Під час обговорення тем, які є менш актуальними для деяких учасників, ці учасники можуть слугувати для групи функціональними прикладами для наслідування у рамках розробки та застосування корисної оцінки та функціональних стратегій. Таким чином самі учасники групи слугують прикладом різноманіття можливих способів обмірковувати та оцінювати ситуації. Такі дискусії також заохочують поділитися різними точками зору.

Цілі навчання

Кожен модуль закінчується слайдом з резюме цілей навчання на цей день. На цьому етапі деякі учасники з полегшенням помічають, що *виявлення* власних когнітивних упереджень є першим і головним кроком до змін. Мислення може змінюватися лише поступово. Саме тому D-MCT називають *тренінгом*. Пацієнтів треба заохочувати просто виявити когнітивне упередження або дисфункціональну копінг-стратегію. Потрібно боротися з новими дисфункціональними переконаннями, наприклад «тепер я ще й погано мислю... провина за мою депресію лежить на мені», запропонувавши діалектичний погляд. Це можуть бути наголошення на тому і підтвердження того, що, з одного боку, когнітивні упередження і копінг-стратегії виникають і розвиваються певним чином і з певних причин (вони з'являються через досвід навчання і приклади для наслідування), а з іншого боку, пацієнти мають право вибору — змінити поточну ситуацію і спробувати нові стратегії поведінки. Подальші цілі D-MCT: підвищення обізнаності пацієнтів та їхньої здатності відкидати думки й досягнення (повернення) когнітивної гнучкості.

Закріплення матеріалу

Заняття має закінчуватися коротким закріпленням матеріалу для повторення представленої та засвоєної інформації, а також підвищення мотивації та готовності застосувати вивчений матеріал на практиці. В ідеалі тренер ставить кожному учаснику одне або два конкретні запитання, наприклад: «Що з почутого сьогодні було для вас найважливішим?» або «Яку з представлених стратегій ви хочете попрактикувати цього тижня?».

Резюме у письмовій формі та подальші дії

Учасники отримують резюме обговореного змісту у письмовій формі (в кінці кожного заняття або у вигляді буклета після реєстрації у групі). Подальші дії/домашнє завдання містить письмові вправи для закріплення вивченого матеріалу та його застосування у повсякденному житті.

1.4.3.2 MCT-Silver

Повторювані структурні елементи D-MCT і MCT-Silver: Початок заняття та вступ; повторення засвоєного матеріалу; конкретний зміст модулів; цілі навчання; закріплення матеріалу, резюме у письмовій формі та подальші дії. Тому читачі повинні переглянути пункти вище, оскільки ці елементи також мають суттєве значення для MCT-Silver.

Різниця між MCT-Silver і D-MCT:

Метафора «Лабіринт»

У тренінгу MCT-Silver для знайомства з поняттям «метапізнання» («мислення про мислення») використано метафору «Лабіринт». Тренери пояснюють, що коли хтось знаходиться у центрі лабіринту, потрібний шлях до виходу знайти важко і є ризик заблукати. З «висоти пташиного польоту» набагато легше побачити, де вихід, і ймовірність його знайти набагато вища. Аналогічно під час депресії важко дистанціюватися від негативних і нав'язливих моделей мислення. Мета D-MCT і MCT-Silver — критично поглянути на власні психічні процеси, визначити можливості та практикувати стратегії зміни цих процесів на позитивні й ефективно використовувати їх для подолання депресії.

Слайд «Чому саме MCT?»

На початку заняття деяким учасникам, які вагаються, чи варто їм брати участь у MCT-Silver, швидко стає зрозуміло, що симптоми депресії, від яких страждають багато людей протягом тривалого часу, не зникнуть відразу після одного-двох занять MCT-Silver. Емпірично обґрунтована інформація та вправи, представлені в MCT-Silver, є радше першим кроком на шляху до зміни шаблонів мислення та поведінки, які сприяють розвитку депресії, засвоєних протягом всього життя. Учасників заохочують дивитися на речі ширше, навіть якщо деякі вправи можуть здатися «занадто простими» або «дивними». Тренери наголошують, що учасники зрештою стаю самі експертом і можуть вирішити, що для них найкраще, але група дає можливість спробувати щось нове або повторити вже засвоєні навички.

Приклади конкретних життєвих етапів

Актуальні для (більшості) людей похилого віку приклади та інформацію додано в усі модулі MCT-Silver. Важливо розуміти, що саме по собі старіння не є психічним розладом. Через кількість труднощів і змін, з якими стикаються люди похилого віку, а також (іноді) зменшення кількості джерел позитивного підкріплення в результаті цих змін, симптоми депресії можуть вперше проявитися в більш пізньому віці. Проте люди похилого віку дуже різні. Хтось має гарну фізичну форму у 80 років (і пізніше), а хтось має фізичні та сенсорні обмеження. Крім того, в той час, як хтось пожинатиме плоди довготривалих стосунків і їх побудову (наприклад, з дітьми), хтось почуватиметься дедалі більш ізольованим і самотнім (або не матиме дітей). Тому важливо, щоб тренери не робили узагальнень, а наголошували на тому, що інформація чи приклади можуть бути актуальними для деяких, але не для всіх учасників.

1.5 Огляд посібника

У розділі 2 наведено короткий опис кожного модуля D-MCT, включаючи короткі теоретичні відомості щодо емпіричної бази для його включення до тренінгу, приклади типових думок, пов'язаних з (мета)когнітивним упередженням або поведінкою, резюме змісту модуля, включаючи загальні поради щодо проведення тренінгу, а також (для більшості модулів) приклади слайдів і вправ.

У розділі 3 коротко описано модулі, унікальні для MCT-Silver. На додаток до «типових» когнітивних і метакогнітивних упереджень, розглянутих у D-MCT, два модулі було розроблено за новою концепцією для MCT-Silver (модуль 3. «Прийняття»; модуль 4. «Цінності»). Один модуль значною мірою адаптовано для MCT-Silver. Він містить деякі нові матеріали (модуль 8. «Самоцінність»). Зміст модулів 3, 4 і 8 значною мірою ґрунтується на інтервенціях «третьої хвилі», багато з яких вже добре зарекомендували себе в терапії депресії.

Таблиця 1.1. Модулі та теми D-MCT та MCT-Silver

Модуль	Назва	Основні теми	
		D-MCT	MCT-Silver
1.	Мислення та міркування 1	Ментальна фільтрація, надмірне узагальнення	
2.	Пам'ять	Викривлені спогади; стратегії пам'яті	
3.	Мислення та міркування 2	Установка повинності, знецінення позитивного досвіду та чорно-біле мислення	
		Прийняття похвали/критики	Готовність змінювати життя
4.	D-MCT: «Самоцінність» MCT-Silver: «Цінності»	Самоцінність	Визначення та (пере)осмислення цінностей
5.	Мислення та міркування 3	Перебільшення або применшення, депресивний стиль атрибуції	
6.	Поведінка та стратегії	Дисфункціональні стратегії поведінки: соціальне відсторонення, нав'язливі думки, відкидання думок	
7.	Мислення та міркування 4	Поспішні висновки, читання думок, прогнозування майбутнього (катастрофізація)	
8.	D-MCT: «Емоції» MCT-Silver: «Самоцінність»	Емоції	Самооцінка у пізньому віці

2. Метакогнітивний тренінг щодо депресії (D-MCT)

автори: Lena Jelinek, Marit Hauschildt і Steffen Moritz

2.1 Модуль 1. Ментальна фільтрація та надмірне узагальнення

2.1.1 Теоретичні відомості

За результатами досліджень люди, які страждають на депресію, переважно обробляють інформацію в негативному ключі (Gotlib, Kasch, et al., 2004; Gotlib, Krasnoperova, Yue, & Joormann, 2004; Nunn, Mathews, & Trower, 1997) й гірше відволікаються від неї (Gotlib & Joormann, 2010). Когнітивні моделі — це схильність фільтрувати окремі негативні подробиці та пропускати їх через так званий «ментальний фільтр» (Hautzinger, 2013). Також було продемонстровано, що схильність до узагальнення невдач часто пов'язана з розвитком симптомів депресії (Carver & Ganellen, 1983; Carver, 1998) (рідше у разі тривоги) (Ganellen, 1988) і що люди, які страждають на депресію, виявляють схильність до узагальнення неконкретних автобіографічних спогадів (Liu, Li, Xiao, Yang, & Jiang, 2013; Sumner, Griffith, & Mineka, 2010; Van Vreeswijk & De Wilde, 2004). Таке перебільшене узагальнення також проявляється у спілкуванні з багатьма людьми, які страждають на депресію. Невдачі часто описують словами «завжди» або «ніколи» тощо. Це сприяє глобальному сприйняттю світу у негативному ключі й пов'язаному з цим фаталізму («якщо у мене щось не вийшло один раз, це означає, що так буде завжди»).

У більшості модулів на слайдах є чіткі запитання, які спонукають учасників ділитися окремими прикладами («Вам знайомі такі відчуття?»). Наведені нижче приклади — гарний спосіб перевірити, чи зрозуміли учасники обговорювану тему, і адаптувати матеріали до потреб групи. Однак не слід змушувати учасників ділитися особистими прикладами. Нижче наведено приклади коментарів учасників, які ілюструють теми модуля та можливі групові дискусії.

Приклади

Ментальна фільтрація

«Я завжди згадую переварені овочі в лікарні, але тепер, коли я думаю про це більш усвідомлено, я згадую, що десерт був досить непоганим».

Надмірне узагальнення

«Я 10 років їздив без перевищення швидкості, а минулого тижня я вперше отримав штраф. Тепер я постійно думаю: «Якщо я не вмю водити, то я не справжній чоловік».

2.1.2 Зміст

У модулі 1 згадані вище когнітивні упередження («ментальна фільтрація» і «надмірне узагальнення») обговорено з метакогнітивної перспективи. По-перше, обидва упередження виявляють за допомогою учасників та підкріплюють як загальними, так і індивідуальними прикладами. У ході тренінгу виявляють дисфункціональність цих способів мислення та негативний вплив на самооцінку, настрій та поведінку, а також збирають більш корисні оцінки. Цей підхід загалом еквівалентний записам думок, які використовують у КПТ. Проте D-MCT відмовляється від тривалих дискусій, а також від сократівського діалогу з окремими пацієнтами. Перш за все, пацієнти повинні мати можливість швидко помічати упереджені думки в повсякденному житті. Вони повинні навчитися визначати ці думки як «однобічні» та «не дуже корисні», і відповідно позначати їх на метарівні як «когнітивні упередження».



Це поняття стосується і решти модулів. У другій частині заняття пацієнтам пропонують конкретні стратегії для зміни таких упереджених думок. Спочатку пацієнти можуть запропонувати власні корисні стратегії, а потім тренер може уточнити (або доповнити) їх і запропонувати інші корисні стратегії, які не згадали пацієнти. Представлено такі стратегії: конкретні твердження у контексті «тут і зараз», зміна точки зору, свідоме перебільшення. Кожну стратегію відпрацьовують з використанням прикладів.

Резюме

Модуль 1 ґрунтується на визначенні та зміні




- 1) вибіркового сприйняття та перебільшення негативних аспектів ситуації («ментальна фільтрація»)
- (2) «надмірного узагальнення» (одноразового) негативного досвіду на метакогнітивному рівні.

2.2 Модуль 2. Викривлення пам'яті і хибні спогади

2.2.1 Теоретичні відомості

Депресивні розлади часто супроводжуються помірним дефіцитом уваги й пам'яті (Beblo, Sinnamon, & Baune, 2011; Gotlib & Joormann, 2010; McDermott & Ebmeier, 2009). Під час депресії цей дефіцит зазвичай має тимчасовий характер і зникає разом із симптомами. Дефіцит, пов'язаний з депресією, менш виражений, ніж пов'язаний з деменцією, і часто підсилений нав'язливими думками, демотивацією і самопринижувальними думками. У ході досліджень було виявлено, що крім цих загальних нейропсихологічних порушень, у пацієнтів з депресією є прояви упередженої пам'яті. Через це люди схильні запам'ятовувати негативні події (пам'ять залежить від настрою) (Blaney, 1986; Gotlib & Joormann, 2010; Matt, Vazquez, & Campbell, 1992). Ці упередження також впливають на так звані «хибні спогади». Вони не є патологією і стосуються спогадів про ненадану інформацію, події, які не відбулися або відбулися не зовсім так, як ми їх запам'ятали. Вражає те, що люди, які страждають на депресію, запам'ятовують більше негативної (ніж позитивної або нейтральної) ненаданої інформації, ніж здорові люди (Howe & Malone, 2011; Joormann, Teachman, & Gotlib, 2009; Moritz, Voigt, Arzola, & Otte, 2008).

Приклади

-  «Раніше мені вдавалося прочитати довгий роман за вихідні. А зараз мені ледь вдається прочитати одну статтю в жіночому журналі» (приклад проблем з концентрацією уваги в повсякденному житті)
-  «Мені здається, що я нічого не можу запам'ятати, я більше не можу довіряти своїй пам'яті. Це ознака деменції!» (приклад дисфункціональних переконань)
-  «Мені часто гублю окуляри для читання. Я завжди залишаю їх де завгодно у квартирі, і часто знаходжу їх не там, де я думав, хоча був впевнений, що знаю, куди я їх поклав!» (приклад хибних спогадів у повсякденному житті)

2.2.2 Зміст

У модулі 2 учасників групи запитують про проблеми з пам'яттю та концентрацією уваги. Для ілюстрації поширеності цих проблем використовують вправу на вибірковість уваги (див. слайди та приклад нижче). Крім того, ці проблеми визначають як тимчасові симптоми. Це має полегшити необґрунтовані хвилювання пацієнтів (наприклад, якщо людина хвилюється, що страждає на дегенеративний розлад пам'яті). Наступні вправи спонукають пацієнтів замислитися над поширеними припущеннями про пам'ять, наприклад над тим, що вона працює як камера. Насправді наша пам'ять працює конструктивно і схильна до помилок. У цьому контексті пацієнтам розповідають про поняття «хибних спогадів», ілюстрації якого наведено у наступних вправах.

Основну увагу приділяють пам'яті, що залежить від (поганого) настрою, включаючи хибні спогади. Такі вибіркові негативні або хибні спогади можуть вважати додатковими «доказами», що підтримують депресивну обробку інформації. Нарешті, тренери представляють конкретні стратегії боротьби з вибірковою пам'яттю (наприклад, щоденник успіхів), загальним дефіцитом пам'яті (наприклад, упорядкування, ведення записника тощо) та надмірному узагальненню (наприклад, розпитування інших про те, як насправді відбувалися події в минулому, або активний пошук контрдоказів).

2.2.3 Приклади слайдів та вправ

Щоб проілюструвати проблеми з концентрацією уваги та пам'яттю під час депресії, пацієнтам пропонують виконати «математичну вправу», представлену на слайді, зміст якої тренер зачитує вголос (див. рис. 2.1).

The slide content is as follows:

Математична задача

Вранці водій вирушає з автостанції з порожнім автобусом. На першій зупинці в автобус сідають 5 пасажирів. На наступній зупинці сідають ще 4 пасажир, а виходять 2. На наступній зупинці сідає 1 пасажир. На наступній зупинці сідають ще 6 пасажирів. На наступній зупинці заходять ще 8 пасажирів, а виходять 3. Потім, на наступній зупинці, виходять ще 2 пасажир.

Рисунок 2.1. Приклад слайда з модуля 2.

Всупереч очікуванням учасників, на наступному слайді їх запитують про кількість зупинок, а не кількість пасажирів, які залишилися в автобусі. Оскільки наша увага є вибірковою і більшість учасників зосереджується на кількості пасажирів в автобусі, більшість з них не може запам'ятати кількість зупинок. Роздуми над вправою можуть в ігровій формі продемонструвати зв'язок між концентрацією (або увагою) і пам'яттю, а також пояснити проблеми з пам'яттю під час депресії. Для ілюстрації ми додатково використовуємо метафору «Прожектор», щоб продемонструвати, що, наче прожектор, людська увага може бути спрямована лише на кілька об'єктів одночасно, а більшість інших речей залишаються «в темряві». У контексті математичної задачі це означає, що наша увага може бути вибірково зосереджена або на кількості пасажирів, або на кількості зупинок. Далі тренери пояснюють, як ця вправа пов'язана з симптомами депресії. Оскільки внутрішні процеси, як-от нав'язливі думки чи хвилювання, часто забирають усю нашу увагу, прожектор спрямовано всередину, зовнішнім подіям ми приділяємо менше уваги. Як наслідок, наша увага «пропускає» події, що нас оточують, і потім ми погано їх запам'ятовуємо.

Резюме

Модуль 2 зосереджений на

(1) нормалізації та поясненні причин (суб'єктивних) проблем з пам'яттю та концентрацією уваги, пов'язаних із депресією, та наданні корисних стратегій для компенсації цих (уявних) проблем

(2) підвищенні обізнаності про упередженість пам'яті (пам'ять, що залежить від настрою, висока ймовірність негативних «хибних спогадів», надмірне узагальнення позитивних спогадів).

2.3 Модуль 3. Установки повинності, знецінення позитивного досвіду та чорно-біле мислення

2.3.1 Теоретичні відомості

У ході досліджень було виявлено, що перфекціоністський стиль мислення сприяє виникненню депресивних симптомів (Egan, Wade, & Shafran, 2011; Graham et al., 2010). Це проявляється у вигляді жорстких правил і норм, які часто стають очевидними з таких фраз: «треба...», «повинен...» або «не можна...». Такі твердження називають «установкою повинності». Негативний дисфункціональний перфекціонізм пов'язаний з дихотомічним мисленням (Egan, Piek, Dyck, & Rees, 2007). Він виникає у пацієнтів з симптомами депресії (Litinsky & Haslam, 1998; Teasdale et al., 2001). У когнітивних моделях це упередження називається мисленням за принципом «все або нічого» (Hautzinger, 2013) і описує схильність до чорно-білого мислення. Пацієнти, які вдаються до цієї стратегії, часто думають, що очікування або виправдалися на 100%, або не виправдалися взагалі, обличчя або гарне, або негарне, вечеря або смачна, або огидна. Крім того, за результатами досліджень людям, які страждають на депресію, важко прийняти похвалу (Bogdan & Pizzagalli, 2006; Eshel & Roiser, 2010) і зазвичай легше прийняти критику (Cane & Gotlib, 1985). Це відповідає клінічним спостереженням про те, що пацієнтам часто складно приймати похвалу, і вони вважають її менш актуальною, ніж критику. У когнітивних моделях це називають *відмовою від позитивного досвіду*.

Приклади

Установка повинності: «Я маю годувати дітей тільки домашньою їжею (інакше я буду поганою матір'ю)».

Мислення за принципом «все або нічого»: «Якщо я не встану з ліжка до 7 ранку, весь день буде зіпсовано. З таким самим успіхом я можу і не вставати з ліжка».

Знецінення позитивного досвіду: «Після спілкування з клієнтом мій колега похвалив мене за комунікативні навички. Моя відповідь: «Ну, через три роки роботи ви теж так зможете!»

2.3.2 Зміст

У модулі 3 розглядають два типові депресивних упередження (установку повинності й заперечення позитивного досвіду) з відповідними прикладами. Ми почнемо з установок повинності та проаналізуємо їхні недоліки та переваги. Також ми ознайомимо учасників з мисленням за принципом «все або нічого». Мета полягає в тому, щоб заохотити пацієнтів поставити під сумнів функціональність їхніх завищених вимог і мислення за принципом «все або нічого». Це допоможе їм установити реалістичні вимоги й відповідно змінити свої очікування під час депресивних епізодів. Далі на двох



прикладів («вас критикують» і «вас хвалять») ми обговоримо когнітивне упередження «знецінення позитивного досвіду». Тут ми зосередимося на двох типових депресивних моделях мислення, які «приймають негативні відгуки» та «відкидають позитивні відгуки». Разом ми розглянемо більш корисні оцінки для прикладів цих упереджень з реального життя. Щоб закріпити матеріал, ми розробимо стратегії прийняття похвали (наприклад, не знецінювати похвалу, сприймати похвалу як подарунок).

Резюме

Модуль 3 зосереджений на

- (1) виявленні та зміні негнучких норм або завищених вимог (установки повинності)
- (2) виявленні випадків мислення за принципом «все або нічого» та розробка відповідних стандартів оцінювання.

Далі, на метакогнітивному рівні, ми оцінимо, чи учасник знецінив або відкинув позитивні переживання або похвалу («знецінення позитивного досвіду»), на що вказують труднощі з прийняттям похвали.

2.4 Модуль 4. Самоцінність і перфекціонізм

2.4.1 Теоретичні відомості

Самооцінка відіграє важливу роль у виникненні та підтримці симптомів депресії (Sowislo & Orth, 2013). Зокрема, *низька* самооцінка сприяє розвитку симптомів депресії (Orth, Robins, Meier, & Conger, 2016; Orth, Robins, Trzesniewski, Maes, & Schmitt, 2009). Роль заниженої самооцінки під час депресії продемонстровано на основі результатів опитувальників для самостійного заповнення, як-от Шкала самооцінки Розенберга (RSE, Rosenberg, 1965). Однак результати непрямих оцінювань, як-от тест неявної асоціації (IAT), є неоднозначними (Wegener et al., 2015).

Приклад

«Безробітні, як я, нічого не варті. Я нічого не роблю і нічого не даю суспільству».

2.4.2 Зміст

Модуль 4 зосереджений на самооцінці. Разом з тренером учасники групи розглянуть визначення цього терміну та визначать видимі та приховані ознаки високої самооцінки. Після цього тренери ознайомлять учасників із різними джерелами розвитку самоцінності згідно з метафорою книжкової полиці Потрек-Розе (Potreck-Rose, 2006; Potreck-Rose & Jacob, 2003). Згідно з цією ідеєю ми черпаємо самоцінність з різних джерел. Самооцінка страждає, якщо людина постійно зосереджується тільки на своїх слабкостях і недоліках і ігнорує сильні та інші позитивні джерела самооцінки. Буде розглянуто ці та інші моделі мислення, які протидіють стабілізації самооцінки (наприклад, перфекціонізм, несправедливі порівняння), а також розроблено корисні стратегії для підвищення самооцінки (наприклад, свідоме визнання сильних сторін через вивчення різних джерел самооцінки, зменшення несправедливих, односторонніх порівнянь, ведення щоденника успіхів, регулярна участь у позитивних видах діяльності).

2.4.3 Приклади й вправи

Несправедливі порівняння з іншими людьми можуть спричинити відчуття низької самооцінки (наприклад, коли «новачок» порівнює себе з генеральним директором, який має значно більший досвід роботи). Щоб проілюструвати ці упередження, ми наводимо імена кількох відомих людей (наприклад, Роббі Вільямса, Девіда Бекхема, Анджеліни Джолі) і ставимо запитання: «Що спільного між цими людьми?». Зазвичай їх швидко ідентифікують як «зірок». Однак зазвичай той факт, що всі вони страждали або страждають на психіатричні проблеми (відомості подано нижче), не такий відомий. Під час обговорення вправи має стати зрозуміло, що висновок про те, що зірка має «ідеальну» біографію, найчастіше пов'язаний з несправедливими або односторонніми порівняннями. Якщо порівнювати себе з зірками, наприклад, у плані грошей, успіху чи слави, більшість людей не дотягують до цієї планки. Однак «ніхто не ідеальний», і цілком ймовірно, що якщо провести порівняння в інших сферах їхнього життя, зірки будуть не такими ідеальними.



Резюме

Модуль 4 зосереджений на підвищенні самооцінки через

(1) зменшення та зміну когнітивних упереджень, які сприяють низькій самооцінці (наприклад, зосередження на своїх слабкостях, перфекціоністський стиль мислення, несправедливе порівняння з іншими)

(2) збільшення кількості стратегій для підвищення самооцінки (наприклад, підкреслення своїх сильних сторін, розглядаючи різні джерела самооцінки, ведення щоденника успіхів, участь у позитивних видах діяльності).

2.5 Модуль 5. Перебільшення або применшення та депресивний стиль атрибуції

2.5.1 Теоретичні відомості

Люди, які страждають на депресію, мають песимістичні очікування щодо власних результатів і оцінюють свої реальні результати у більш негативному ключі у порівнянні з людьми, які не страждають на депресію (Cane & Gotlib, 1985; Garber & Hollon, 1980). У класичній концепції когнітивних упереджень Бека це поняття називають *перебільшенням* масштабів і наслідків власних помилок і проблем та *применшенням* власних здібностей (Hautzinger, 2013). Є свідчення, що у порівнянні з людьми, які не страждають на депресію, люди, які страждають на депресію, схильні приписувати невдачі собі, а успіхи — зовнішнім обставинам або іншим людям (Ball, McGuffin, & Farmer, 2008; Mezulis, Abramson, Hyde, & Hankin, 2004; Sweeney, Anderson, & Bailey, 1986). Такий *депресивний стиль атрибуції* є основним елементом переглянутої теорії Селігмана про вивчену безпорадність для пояснення депресії (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978; Peterson & Seligman, 1984).

Приклади

Перебільшення або применшення

- «Листа повернули, бо я наліпила недостатньо марок. Я могла б і сама здогадатися зважити його. Я нічого не можу зробити як слід».
- «Кожен може гарно прикрасити квартиру — це не так вже й складно, це може зробити будь-хто. Ви просто розставляєте речі».

Стиль атрибуції

Позитивна подія: Друг каже: «Тобі дуже добре вдалося припаркуватися заднім ходом»!

- «Та ні, просто паркомісце було дуже великим. До того ж у мене був гарний інструктор з водіння».

Негативна подія: Під час благочинної ярмарки випічки ви зібрали менше грошей, ніж очікували.


- «Мені слід було краще старатися. Я могла б спекти інші тістечка, більше усміхатись і бути більш ввічливою, продаючи їх. Мені треба було розповісти про це якомога більшій кількості друзів».

2.5.2 Зміст


У модулі 5 згадані вище когнітивні упередження («перебільшення або применшення» та «стиль атрибуції») обговорюють з метакогнітивної перспективи. Щоб представити упередження «перебільшення або применшення», ми починаємо з короткої вправи. Пацієнтів просять назвати дві речі, які вони зробили добре чи погано у цей день (якщо група збирається вранці, тренери також можуть запитати пацієнтів про вчорашній день). Їх також просять оцінити, чи їм легше назвати «невдачу», ніж «успіх», і про що вони думають більше. Цей і наступні приклади слайдів зазвичай добре ілюструють, що під час депресії більше уваги зосереджено на власних невдачах, в той час, як успіхи чи здібності применшують або ігнорують.

У другій частині модуля ми обговоримо характеристики стилю атрибуції під час депресії. Приклад використано для оцінки негативного впливу такого стилю атрибуції на настрій та поведінку. Наприкінці представлено збалансовану атрибуцію, яка містить кілька можливих відповідних внутрішніх і зовнішніх чинників, які також відіграли роль у ситуації (вправу див. на рис. 2.2).

2.5.3 Приклади слайдів та вправ




D-MCT 5. Мислення та міркування 3 69



Друг не привітав вас з днем народження

Чому друг не привітав вас з днем народження?
З чим ви пов'язуєте цю подію?



Обставини або випадковість?
Інша людина чи люди?
Ви самі?

Рисунок 2.2. Приклад слайда в модулі 5.

В останньому блоці вправ цього модуля ми генеруватимемо ідеї для більш збалансованого стилю атрибуції (див. рис. 2.2) на основі наведених прикладів. Для прикладу немає «однієї» правильної відповіді. Навпаки, мета вправи — обговорити різні рішення і виявити можливі причини, пов'язані з категоріями «я», «інші» і «обставини». Пам'ятайте, що ці три категорії є теоретичними й можуть накладатися. Для груп пацієнтів, які страждають на депресію, пропонуємо почати шукати причини негативної події (наприклад, «друг не привітав мене з днем народження») у категоріях «інші» або «обставини», а також почати шукати причини позитивних подій з «себе» (наприклад, «отримання подарунка»).

Резюме

Модуль 5 зосереджується на виявленні та зміні упереджень в





- (1) оцінці власних здібностей та недоліків (перебільшення ступеня та наслідків своїх помилок та проблем, недооцінка власних здібностей)
- (2) стилі атрибуції (внутрішня атрибуція невдач і однозначних причин) з метакогнітивної перспективи.

2.6 Модуль 6. Дисфункціональні стратегії поведінки

2.6.1 Теоретичні відомості

Дисфункціональна поведінка відіграє вирішальну роль у розвитку та підтримці депресивних розладів. Серед них особливо важливою є соціальне відсторонення (Boivin, Hymel, & Bukowski, 1995; Lara, Leader, & Klein, 1997; Seidel et al., 2010). За результатами досліджень щодо ролі шкідливої когнітивної стратегії за останнє десятиліття до патогенезу депресії важливі як *нав'язливі думки* (Rood, Roelofs, Bögels, Nolen-Hoeksema, & Schouten, 2009), так і *відкидання думок* (van der Does, 2005). Позитивне та негативне метапізнання щодо нав'язливих думок та відкидання думок також є частиною метакогнітивної терапії Веллса (Matthews & Wells, 2000; Wells, 2011). Крім того, в модулі 6 розглянуто *дисфункціональні метапізнання*, пов'язані з соціальним відстороненням.

Приклади

-  «Я маю бачитися з іншими тільки тоді, коли у мене гарний настрій».
-  «Нав'язливі думки допомагають мені розв'язати проблеми».
-  «Я не можу контролювати свої думки».
-  «Мені заборонено думати про негативні речі».

2.6.2 Зміст

У цьому модулі нав'язливі думки, відкидання негативних думок і соціальне відсторонення представлено як зрозумілі (але дисфункціональні) стратегії. Пацієнти мають можливість поділитися власним досвідом. Крім самих стратегій, ми обговоримо дисфункціональні метаприпущення щодо цих стратегій, щоб їх змінити (наприклад, «Чи допомагають нав'язливі думки розв'язати проблеми?»). Відкидання думок визначено як поширену (але дисфункціональну) стратегію боротьби з нав'язливими думками, і це буде проілюстровано запропонованою вправою («Не думайте про слона»). Суть цієї вправи полягає в тому, щоб продемонструвати пацієнтам, що ця стратегія не допомагає впоратися з нав'язливими думками. Далі ми запропонуємо вправу на усвідомлене дихання як функціональну стратегію. Другу частину модуля присвячено соціальному відстороненню. Тут ми представимо порочне коло бездіяльності під час депресії й визначимо кроки, які потрібно зробити для підвищення активності.

Резюме

Модуль 6 зосереджений на

- (1) обмеженні дисфункціональних копінг-стратегій (нав'язливі думки, відкидання негативних думок, соціальне відсторонення) і метаприпущень.
- (2) збільшенні функціональних стратегій і метаприпущень.

2.7 Модуль 7. Поспішні висновки, читання думок та прогнозування майбутнього (катастрофізація)

2.7.1 Теоретичні відомості

Люди, які страждають на депресію, песимістичніше дивляться на майбутнє, ніж особи, які не страждають на депресію, і очікують настання негативних подій в майбутньому (Alloy & Ahrens, 1987; Miranda, Fontes, & Marroquín, 2008; Strunk & Adler, 2009). Наприклад, за результатами дослідження учасники, які перебувають у стані сильної депресії, очікували більше негативних, небажаних подій, ніж ті, які відбулися насправді (Strunk, Lopez, & DeRubeis, 2006). Це відповідає когнітивній упередженості *катастрофізації* (Hautzinger, 2013), яка разом зі спробою *читати передбачувані негативні думки інших людей* (Hautzinger, 2013), зведено до категорії *поспішні висновки* у когнітивних моделях. Це поняття стосується схильності трактувати події у негативному ключі без явних доказів на підтвердження цього (одностороннього негативного) міркування.

Приклад


«Я завжди очікую найгіршого. Це стосується того, що про мене думають інші, але особливо того, що може статися в майбутньому. Це допомагає мені не розчаровуватися ні в собі, ні в інших».

2.7.2 Зміст


Модуль 7 зосереджений на двох аспектах поспішних міркувань під час депресії: «читання думок» (зазвичай негативних думок інших людей) і «катастрофізація». Обидва когнітивні упередження розглядають разом, а потім кожне з них підкріплюють загальними прикладами. Наприклад, обговорюють можливі пояснення такої ситуації: «Люди стоять і сміються, хтось у групі обертається і дивиться на вас». Спочатку обговорюються дисфункціональні, а потім функціональні пояснення, після чого розглядають їхній вплив. Після цього вступу до теми тренери запропонують виконати вправу, щоб перевірити, якою мірою ми вміємо читати думки інших і чи вміємо взагалі (див. приклади слайдів і вправ). Друга частина модуля зосереджена на «катастрофізації». Наведено приклад катастрофізації та альтернативних способів мислення.


Модуль завершують загальною вправою на вміння робити поспішні висновки. За допомогою серії зображень висвітлено потенційні негативні наслідки поспішних висновків. Три зображення показуються одне за одним, але у зворотному порядку. Учасників просять оцінити чотири запропоновані варіанти відповідей щодо правдоподібного розвитку подій. Спочатку правильний варіант видається малоімовірним у порівнянні з іншими. Загалом модуль має проілюструвати, що часто не варто покладатися на перше враження, оскільки воно може бути упередженим і призвести до однобічного та неправильного тлумачення.

2.7.3 Приклади слайдів та вправ



Д-МСТ 7. Мислення та міркування 4 35





- a. Педикюр
- b. Відчайдушна дівчина
- c. Ногю врятувати неможливо
- d. Гангрена




Рисунок 2.3. У вправі, наведеній вище, пацієнтів просять вгадати правильну назву картини (правильна відповідь: А «Педикюр» авторства Едґар Деґа, 1873).

Люди, які страждають на депресію, часто намагаються читати думки інших. Разом з пацієнтами ми спробуємо дізнатися, чи це взагалі можливо, виконавши вправу. Пацієнтів просять «прочитати думки художника» і вибрати правильну назву картини зі списку варіантів (див. рис. 2.3). Ми навмисно обрали картини та назви, які спонукають до поспішних висновків (і до неправильного вибору назви). Якщо вправу виконують у групі, учасників попросять обрати одну назву. Після цього буде обговорено аргументи «за» і «проти» різних варіантів назв. Після оголошення правильної назви можна виділити елементи картини, які дають підказки щодо правильної назви або виключають неправильний варіант. Як і з усіма вправами МСТ, важливо переконатися, що пацієнти не сприйняли вгадування неправильної назви як невдачу і що атмосфера в групі залишається позитивною. Мета — продемонструвати, наскільки складно читати чужі думки (в цьому випадку художників), незалежно від того, чи людина страждає на депресію.

Резюме


Модуль 7 зосереджений на виявленні та зміні когнітивного упередження «поспішних висновків» (зокрема, читання негативних думок інших людей і катастрофізації) з метакогнітивної перспективи.

2.8 Модуль 8. Сприйняття емоцій й емоційне міркування

2.8.1 Теоретичні відомості

За результатами досліджень люди, які страждають на депресію, розпізнають емоційні вирази обличчя інакше, ніж люди, які не страждають на депресію. Обличчя з негативно вираженими емоціями, як-от гнів або смуток, обробляють у першу чергу (Gotlib, Kasch, et al., 2004; Leyman, De Raedt, Vaeyens, & Philippaerts, 2011), тоді як позитивні — лише поверхнево (Joormann & Gotlib, 2006; Yoon, Joormann, & Gotlib, 2009). Нейтральні вирази обличчя здебільшого зчитують неправильно (Douglas & Porter, 2010; Naranjo et al., 2011). Негативна оцінка неоднозначних емоційних проявів корелює з гіршим прогнозом через частоту рецидивів та ремісії депресії (Hale, Jansen, Bouhuys, & van den Hoofdakker, 1998).

Приклад

 «Мені здається, я дуже добре читаю вираз обличчя моєї дружини. Я знаю її багато років, тому точно знаю, коли їй щось не подобається». Питання від інших учасників: «Так, але чи знаєте ви, що їй просто не дуже подобається і що її дратує? Це може мати велике значення і стати причиною суперечки».

2.8.2 Зміст

Модуль 8 зосереджений на визначенні конкретних емоційних проявів. Ми починаємо з зображення людини зі схрещеними руками й просимо пацієнтів надати його тлумачення. Пацієнтів слід попросити поділитися різними причинами цього положення тіла та визначити, яка інформація допоможе визначити правильне тлумачення. На наступному етапі називаються «основні» емоції, і учасників просять назвати емоції, які стосуються різних виразів обличчя. Вправи демонструють, що (емоційні) вирази обличчя можна легко зчитати неправильно. Також тренери наголошують, що на тлумачення виразів обличчя інших людей впливає настрій. Інша вправа ілюструє, що коли людина має поганий настрій, вона може бути схильна тлумачити сигнали від інших людей як негативні або недоброзичливі. Щоб уникнути поспішних або неправильних висновків, які можуть мати серйозні наслідки, важливо враховувати у тлумаченні якомога більше інформації (наприклад, ситуаційні фактори, попередні знання про особу) і покладатися лише на окремі деталі (наприклад, схрещені руки). Для подолання дисфункціональних метапізнань щодо емоцій (наприклад, «негативні емоції неприйнятні») у кінці модуля наведено інформацію про еволюційне обґрунтування емоцій.

2.8.3 Приклади слайдів та вправ

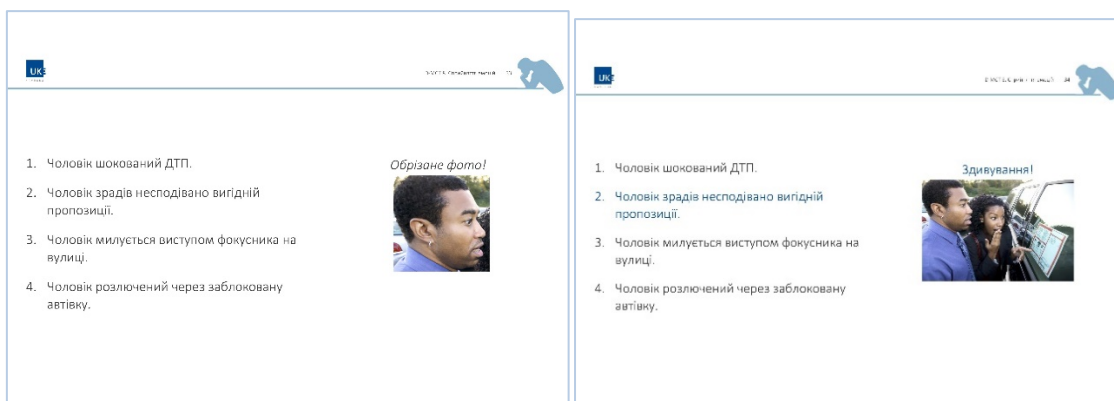


Рисунок 2.4а. Приклад слайда модуля 8 (фрагмент рисунка)

Рисунок 2.4б. Приклад слайда модуля 8 (контекст та емоції)

У цій вправі учасникам показують лише частину фотографії, на якій зображено обличчя людини, що виражає певну емоцію (див. рис. 2.4а). Під фотографією запропоновано чотири варіанти тлумачення (контекст і виражена емоція). Учасників просять обговорити, який з чотирьох варіантів вони вважають найбільш вірогідним, і вибрати один із них. Після обговорення «рішення» буде представлено на наступному слайді (див. рис. 2.4б). Іноді може бути доцільно наголосити, що для цієї вправи вибрано неоднозначні зображення, які не так просто інтерпретувати. Мета полягає в тому, щоб показати, наскільки легко зчитати вирази обличчя неправильно. Щоб зробити однозначне судження, доцільно зібрати більше інформації.

Резюме

Модуль 8 зосереджений на виявленні емоційних проявів та зміні дисфункціональних метаприпущень про емоції.

3. Метакогнітивний тренінг щодо депресії в людей похилого віку (MCT-Silver)

автори: Brooke C. Schneider, Steffen Moritz, Lara Bücken, Lena Jelinek

Вміст модулів 1, 2, 5, 6 і 7 MCT-Silver майже ідентичний вмісту модулів D-MCT (порівняйте таблицю 1). Однак деякі приклади й вправи змінено, щоб зробити їх більш актуальними для людей похилого віку, а форматування адаптовано. Таким чином, вміст цих модулів (за винятком коментаря щодо пам'яті у модулі 2) не обговорюють в цьому розділі, і тренери повинні звернутися до відповідних розділів D-MCT за теоретичними відомостями та резюме вмісту цих модулів, а також прикладами слайдів і описом цілей модулів. Адаптація вправ і прикладів до вікових особливостей очевидна, і ми не вважаємо, що потрібно більш детально обговорювати ці приклади. Проте наполегливо рекомендуємо тренерам, які мають досвід роботи з D-MCT, приділити час на ознайомлення з новими прикладами й, зокрема, з їхньою спрямованістю, перш ніж представляти модулі MCT-Silver. Нижче наведено суттєві відмінності між D-MCT і MCT-Silver, зокрема, модулі 3, 4 і 8.

3.1 Модуль 2. Пам'ять у людей похилого віку, які страждають на депресію

Хоча вміст модуля 2 MCT-Silver дуже схожий на вміст D-MCT, враховуючи, що багато людей похилого віку скаржаться на проблеми з пам'яттю, ми хочемо зробити акцент на певну інформацію щодо когнітивних змін, які виникають саме у людей похилого віку, які страждають на депресію. Суб'єктивні когнітивні порушення стабільно пов'язують із наявністю афективних симптомів серед людей похилого віку (Hill et al., 2016). Багато людей похилого віку, які не страждають на депресію, дуже стурбовані ризиком розвитку деменції або іншими причинами незворотних когнітивних змін. Проте досі не зрозуміло, якою мірою суб'єктивні скарги на пам'ять можуть бути пов'язані з фактичними когнітивними порушеннями або передбачати когнітивні зміни (Brailan, Steptoe, Batty, Zaninotto, & Llewellyn, 2019; Montejo Carrasco et al., 2017; Reid & MacLulich, 2006). У той час як пам'ять, виконавчі функції та швидкість обробки інформації тощо сильно знижуються, загальні знання та словниковий запас залишаються незмінними або навіть покращуються в останні роки життя (Salthouse, 2010).


Хоча це прямо не зазначено на слайдах MCT-Silver, когнітивні зміни кожної людини унікальні, а також відрізняються в людей, які страждають на нейрокогнітивні розлади (наприклад, легкі когнітивні порушення, деменція), у порівнянні зі здоровими людьми. Якщо пацієнти мають конкретні запитання про деменцію, тренери можуть порекомендувати їм ресурси, присвячені деменції (наприклад, вебсайти Американського фонду Альцгеймера, Товариства Альцгеймера та Деменції Великої Британії), оскільки ця інформація не представлена на слайдах MCT. За відсутності повної нейропсихологічної оцінки учасників не слід запевняти, що когнітивні труднощі повністю пов'язані з депресією, але слід заохочувати їх проконсультуватися з сімейним лікарем, неврологом, психіатром або іншим спеціалістом щодо когнітивних розладів.

3.2 Модуль 3. Установка повинності й прийняття

3.2.1 Теоретичні відомості

У ході досліджень було продемонстровано зв'язок між легким розладом та депресивними симптомами, а також зворотний зв'язок між розладом та уникненням досвіду (Feldner et al., 2006; Zettle et al., 2005). Це стосується спроб уникнути (зазвичай негативних) думок, почуттів, фізичних відчуттів та інших внутрішніх переживань. Доведено, що люди похилого віку використовують стратегії емоційної регуляції, як-от відкидання, що є формою уникнення досвіду, частіше, ніж люди молодшого віку. Попри те, що уникнення забезпечує короткочасне полегшення від негативних подразників, така копінг-стратегія збільшує ймовірність того, що такі негативні думки, почуття і відчуття повернуться (посилення негативу). Терапія прийняття і відповідальності (АСТ) передбачає, що психологічні симптоми часто спричинені або посилені (дисфункціональними) стратегіями для уникнення неприємностей, пов'язаних зі складними ситуаціями або болючими думками й спогадами (наприклад, уникнення досвіду; Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). Тому «зацикленість» на уникненні негативних емоцій часто спричиняє посилення, а не послаблення неприємності, а дозвіл на присутність болючих почуттів та емоцій (наприклад, через «прийняття») може в кінцевому підсумку зменшити страждання. Поняття прийняття означає відкрити себе переживанням реальності у теперішньому моменті (Fruzzetti, A. E., & Erikson, 2010; Harris, 2009). Підходи третьої хвилі, як-от АСТ, дедалі частіше інтегрують у традиційну КПТ (Fruzzetti, A. E., & Erikson, 2010), а дослідження демонструють ефективність і прийнятність підходів третьої хвилі серед людей похилого віку (Kishita, Takei, & Stewart, 2017; Wetherell et al., 2016). Прийняття може відігравати вкрай важливу роль для старіння, оскільки люди похилого віку проходять через ряд змін, які вони практично не можуть контролювати (наприклад, хвороба, втрата близьких людей, функціональні обмеження); Wetherell et al., 2011). Проблемно-орієнтоване подолання таких подій за відсутності потрібних ресурсів і часу може спричинити дезадаптацію (Isaacowitz & Seligman, 2002). Використання прийняття як копінг-стратегії мало позитивний зв'язок із вищою якістю життя в перехресних дослідженнях серед людей похилого віку, які живуть у спільнотах пенсіонерів (Butler & Ciarrochi, 2007), а також з кращими показниками здоров'я серед людей, які страждають на діабет (Gregg, Callaghan, Hayes, & Glenn-Lawson, 2007).

Приклад

 «Цими днями через проблеми зі здоров'ям у мене немає сил навіть застелити ліжко. Це так мене дратує, що я просто здаюся і намагаюся не думати про це». (Приклад уникнення досвіду через відкидання думок, некорисне подолання (уникнення) через те, що людина не просить допомоги в інших).

3.2.2 Зміст

Як і в D-MCT, перша половина модуля 3 охоплює установку повинності й чорно-біле мислення. Останній слайд («Розкрийте свою гнучкість») підводить нас до другої теми «Як справлятися з негативними емоціями». Наведено визначення успішного старіння та приклади психологічних страждань (наприклад, нав'язливі думки та хвилювання). Особливо важко впоратися з аспектами свого життя, які є або здаються незмінними. Метафора «Розвилка» ілюструє, що учасники мають вибір у тому, що стосується страждань. Слід наголосити, що, попри те, що негативні думки й хвилювання все ще можуть бути присутніми, щоб піти іншим (менш психологічно болючим) шляхом, потрібно припинити боротися з цими негативними думками й емоціями і бути готовими жити «тут і зараз». Потім тренери вводять термін «прийняття». Оскільки прийняття можна легко сплутати зі сліпим беззаперечним прийняттям всіх ситуацій, ми пропонуємо якомога частіше використовувати термін «готовність» або «відкритість», які краще підкреслюють кінцеву мету прийняття. Метафора «Зламана нога» ілюструє, що не варто зациклюватися на негативних почуттях, і учасникам буде

запропоновано проаналізувати, чи є сфери їхнього життя, в яких вони могли б проявляти більше «готовності» або «відкритості» (див. рис. 3.1). У кінці модуля, спираючись на теорію вибіркової оптимізації та компенсації (Baltes, 1997), учасникам пропонують визначити, як прийняття допоможе їм знайти кращі розв'язання проблем у їхньому житті. Наприклад, для пацієнта похилого віку, в якого обмежена можливість виконувати роботи по дереву через артрит, прийняття може означати роботу протягом коротших періодів часу, зосередження на одному проекті, повторний візит до лікаря для оптимізації лікування артриту або прийняття допомоги від членів сім'ї, друзів чи інших осіб (наприклад, для виконання невеликих, детальних робіт по дереву).

3.2.3 Приклади слайдів та вправ

Готовність у повсякденному житті

Подумайте про аналогічні приклади з вашого життя

- У яких сферах вашого життя ви хотіли б більше відкритися та практикувати готовність?
- Якби ви могли додати більше готовності до цих сфер, як би змінилося ваше життя?




Рисунок 3.1. Вправа з модуля 3. Учасники досліджують сфери свого життя, в яких вони можуть практикувати більшу відкритість до (тобто прийняття) негативних емоцій.



Резюме

Модуль 3 зосереджений на



- 1) виявленні та зміні жорстких норм та очікувань (наприклад, «установки повинності», мислення за принципом «все або нічого»)
- (2) впровадженні концепції та наданні психологічної освіти щодо психологічного «прийняття», готовності та відкритості
- (3) наданні прикладів (активного) прийняття незмінних аспектів (пізнішого етапу) життя і заохоченні учасників до роздумів про те, як вони можуть практикувати прийняття у власному житті.

3.3 Модуль 4. Цінності

3.3.1 Теоретичні відомості

Засноване на цінностях життя пов'язано з покращенням добробуту та стійкості до стресу, а також здатності справлятися з конкретними факторами стресами у житті, як-от хронічні хвороби та горе (Ciarrochi, Fisher, & Lane, 2011; Davis, Deane, & Lyons, 2015; Smith et al., 2018). За визначенням АСТ цінності — це «твердження про те, що ми хочемо робити зі своїм життям [...] керівні принципи, які можуть направляти й мотивувати нас, коли ми йдемо нашим життєвим шляхом». (see Harris, 2009, p.189). Важливо відрізнити цінності від цілей: якщо цілі зосереджені на майбутньому і є досяжними (наприклад, пробігти марафон або не їсти м'яса), то цінності зосереджені на «тут і зараз» і є радше загальним орієнтиром для того, як людина хоче жити (наприклад, вести здоровий спосіб життя); Harris, 2009) За результатами досліджень відмова від *недосяжних* цілей пов'язана з послабленням симптомів психологічного розладу, включаючи депресію, тоді як переорієнтація на *досяжні* цілі може сприяти покращенню самопочуття та має позитивний вплив (Wrosch, Scheier, & Miller, 2013). Також є поздовжніх досліджень відмова від недосяжних цілей серед людей похилого віку з функціональними обмеженнями призводить до зниження рівня депресії (Dunne, Wrosch, & Miller, 2011).

Приклади

-  «Відколи помер мій чоловік, я просто сиджу вдома. Раніше ми все робили разом, а тепер я не знаю, що робити».
-  «Тепер, коли у мене є ходунки, я не хочу, щоб мене з ними бачили інші, мені дуже неприємно. Я не займаюся своїми звичними видами діяльності вже кілька місяців».

3.3.2 Зміст

У модулі 4 поняття цінностей вперше представлено за допомогою метафори «Плавання». Тренери пояснюють, що під час депресії люди часто втрачають свої цінності з поля зору (наприклад, через низьку мотивацію або нерішучість, характерні для депресії). Після цього вони визначають поняття цінностей, перелічуючи, що є цінностями (наприклад, свобода вибору), а що — ні (наприклад, правила). Потім тренери наводять конкретні приклади цінностей та цілей і пропонують учасникам розповісти про власні цінності та цілі. Оскільки деяким людям похилого віку, які страждають на депресію, заважають некорисні припущення на кшталт «Старого вчити — що мертвого лічити», спочатку їм пропонують головоломки, які надихають їх думати про старі проблеми по-новому. Далі учасникам ставлять кілька запитань, а також дають вправу, яка допоможе їм уточнити свої цінності в різних сферах життя (див. рис. 3.2). Заохочуємо тренерів дати учасникам час ретельно обміркувати свої цінності та поділитися ними з групою. Скажіть учасникам, щоб вони подумали ще про свої цінності після заняття. Якщо учасникам важко визначити цінності, вправа «Хто я» допоможе їм вийти за межі традиційних ролей і розглянути всі можливі сфери свого життя і всі ролі, які вони виконують (або виконували). Наступна вправа «Визначення цінностей: що для мене важливо?» ілюструє, що те, що не всі цінності однаково важливі, це нормально (і навіть добре). На останніх слайдах наведено поради про те, як учасники можуть почати практикувати життя, засноване на цінностях, зробивши перший невеликий (і, можливо, непомітний для інших) крок у напрямку до своїх цілей. Ця зміна може бути поведінковою (наприклад, зателефонувати другу), а може спочатку відбуватися лише всередині (наприклад, почати думати й планувати, як досягти мети). Щоб зменшити схильність деяких людей, які страждають на депресію, ставити перед собою завищені очікування, можна наголосити, що мета цього модуля — просто дізнатися більше про свої цінності. Це важливий (і достатній) перший крок, оскільки, як було обговорено в модулі 3, завищені очікування можуть призвести до розчарування і, зрештою, до зворотного ефекту.

3.3.3 Приклади слайдів та вправ

Визначення цінностей

Тепер ваша черга! На основі прикладів подумайте про власні цінності у таких сферах:

Сфера життя	Приклад цінності
Здоров'я	Вести здоровий спосіб життя
Релігія	Жити релігійним життям
Політика	Активно підтримувати дружні відносини
Хобі	Відкривати для себе нові культури та країни
Друзі	Створити комфортну та доброзичливу атмосферу вдома
Сім'я	Бути поінформованими про поточні події

Рисунок 3.2. Вправи з модуля 4 містять приклади цінностей з різних сфер життя та заохочують учасників визначити власні цінності.

Резюме

Модуль 4 зосереджений на

- (1) психологічній освіті про цінності й цілі та їх визначення
- (2) просуванні розуміння власних цінностей учасників та роздумах про те, якою мірою учасники живуть життям, орієнтованим на цінності (на противагу тому, що цінності затьмарено симптомами депресії)
- (3) представленні стратегій, які допоможуть учасникам у житті, орієнтованому на цінності та ціннісні орієнтири.

3.4 Модуль 8. Самооцінка

3.4.1 Теоретичні відомості

Майже половина людей, які страждають на депресію, скаржаться на часті тривожні нав'язливі образи спогадів або уявних подій (Moritz et al., 2014; Patel et al., 2007). У людей, які страждають на депресію, задокументовано низку дисфункцій ментальних образів, включаючи нав'язливі негативні ментальні образи, знецінені позитивні образи та надмірно узагальнену пам'ять (Holmes, Blackwell, Burnett Heyes, Renner, & Raes, 2016). Такі дефіцити негативно впливають на настрій та самооцінку, особливо це стосується негативних уявлень про себе людей, які страждають на депресію (Dainer-Best, Shumake, & Beevers, 2018). Відходячи від традиційної КПТ, стратегії позитивних ментальних образів можуть бути ефективнішими, ніж вербальні стратегії (Holmes, Mathews, Dalgleish, & Mackintosh, 2006). Методи візуалізації допомагають пацієнтам краще контролювати негативні ментальні образи, що сприяє підвищенню самоефективності та зменшенню почуття безпорадності та відчаю. У ході рандомізованих контрольованих досліджень інтервенцій з ментальними образами було підтверджено їх позитивний вплив на симптоми депресії (Brewin et al., 2009; Dainer-Best et al., 2018; Moritz et al., 2018), а також прийнятність цих методів серед людей похилого віку (Murphy et al., 2015). За результатами поздовжніх досліджень самооцінка має схильність знижуватися у віці від 50 до 60 років і що низька самооцінка є фактором ризику депресії протягом усього життя (Orth et al., 2009; Orth, Robins, & Widaman, 2012; Orth, Trzesniewski, & Robins, 2010). Люди похилого віку можуть негативно ставитися до старіння й асоціювати його з депресією та безпорадністю (Laidlaw, 2010; Laidlaw, Kishita, Shenkin, & Power, 2018; Laidlaw & Kishita, 2015). Наприклад, люди похилого віку можуть припускати, що їх залишилося жити недовго або що депресія — норма під час старіння. Таким чином вони можуть розглядати життєві події через «негативний фільтр» і вибірково сприймати негативний досвід, який відповідає очікуванням щодо старіння. Робота з пацієнтами, спрямована на корекцію негативних уявлень про старіння та пошуку більш збалансованого погляду на старіння, може зменшити симптоми депресії (Haslam et al., 2012; Laidlaw & Kishita, 2015).

Приклади

- «У старінні немає нічого доброго. Усе просто котиться вниз».
- «Зараз я відчуваю себе нікчемю. Я постійно думаю про те, який безпорадний вигляд я маю і наскільки старим(ою) виглядаю з ходунками».

3.4.2 Зміст

Модуль 8 адаптовано на основі модуля 4 D-MCT і також присвячено темі самооцінки, але доповнено способами подолання негативних установок і стереотипів щодо старіння та допомоги учасникам подумати альтернативні (більш позитивні) аспекти, що стосуються старіння. Модуль 8 починається зі слайдів з D-MCT, в яких спершу дають визначення самооцінки, а потім обговорюють її зовнішні прояви. Зв'язок між поставою і настроєм демонструють у вправі, в якій учасників групи просять спробувати прийняти «негативні» і «впевнені в собі» пози. (*Примітка.* Цю вправу учасники можуть виконувати сидячи. Або ж учасники можуть використовувати ходунки та (або) інвалідний візок, якщо для цього достатньо місця). Ми не очікуємо, що самооцінка раптово підвищиться завдяки цій вправі, вона є першим простим кроком на шляху до підвищення самооцінки.

У наступному розділі «Самооцінка і старіння» наведено цитати про те, як різні відомі люди ставляться до процесу старіння, щоб заохотити дискусію про те, як самі учасники ставляться до старіння (див. рис. 3.3). Далі йдеться про те, що багато людей досить негативно ставляться до старіння і що через культурний тиск залишатися «молодим і привабливим», позитивні аспекти старіння часто забувають або применшують. Мета полягає не в тому, щоб мінімізувати негативні аспекти старіння, які є реальністю деяких членів групи. Ці аспекти потрібно визнати, якщо учасники групи згадують про них, але наголосити, що старіння не є *виключно* негативним явищем. Особливо тренерам молодшого віку

у цьому розділі модуля часто доцільно наголошувати на мудрості та досвіді, які здобули учасники групи.

У прикінцевій частині модуля 8 учасники мають можливість виконати вправу на уяву, в якій вони розглядають можливі негативні ментальні образи, які у них виникають безпосередньо про себе. В той час як деякі учасники відразу зрозуміють суть вправи й почнуть її виконувати, інші можуть бути більш невпевненими або їм буде важко відразу ідентифікувати образ. Цим учасникам можна запропонувати спробувати все одно виконати вправу, щоб вивчити техніку. Важливо зазначити, що сама по собі ця вправа займає 10-15 хвилин або більше, залежно від того, скільки часу необхідно для обговорення вправи наприкінці. Тому тренеру не варто починати вправу, якщо часу недостатньо, щоб виконати її в повному обсязі.

Нижче наведено запропонований сценарій, який тренери можуть використовувати для проведення вправи:

«У наступній вправі вам буде запропоновано визначити й трансформувати негативний образ себе. Наприклад, деякі люди, які страждають на депресію, зазначали, що бачать себе безпорадним, слабким пташеням, яке потребує захисту, повільним, слизьким равликом, який просто хоче заховатися у свою мушлю, або статуєю, яка має міцний зовнішній вигляд, щоб захистити себе і відсторонитися від інших. Це лише приклади».

«Закрийте очі й подумайте впродовж кількох хвилин, щоб визначити негативні ментальні образи, що стосуються вас. Можливо, ви ототожнюєте себе з одним з уже згаданих образів, а можливо, ваш негативний образ себе зовсім інший. Не обов'язково обирати неживий предмет. Можливо, ви зберігаєте образ дуже негативної версії свого нинішнього себе – можливо, ви уявляєте себе зношеним, розпатланим або дуже непривабливим. Спробуйте уявити негативний образ або символ себе якомога детальніше, включивши всі свої органи чуття. Подумайте не лише про те, як ви можете виглядати, але й про те, як ви можете пахнути,.... що можете відчувати (зовні чи внутрішньо),... чи є якісь особливі смаки, які ви помічаєте,... чи звуки». *Примітка для тренерів.* Іноді пацієнтам, які ніколи не думали про негативні образи, можуть стикнутися з труднощами. Дайте учасникам принаймні кілька хвилин, щоб виконати цю частину вправи, а також пункти, наведені нижче.

«Тепер з заплющеними очима спробуйте визначити позитивний образ, з яким би ви хотіли себе асоціювати. Це може бути прекрасна червона троянда, яка має чудовий запах, непереможний Супермен, який нічого не боїться, або, можливо, гордий кінь, який гарцює по життю. Знову ж таки, це може бути позитивний (чи навіть надмірно позитивний) образ, в якому ви виглядаєте ще привабливішими, сильнішими або здоровішими, ніж є насправді. І знову ж таки, потрібен час, щоб ідентифікувати цей образ якомога детальніше. Подумайте не лише про те, як ви можете виглядати, але й про те, як ви можете пахнути,.... що можете відчувати (зовні чи внутрішньо),... чи є якісь особливі смаки, які ви помічаєте,... чи звуки».

«Тепер можете розплющити очі. На останньому кроці спробуйте подумати про те, як ви могли б перетворити негативний образ на позитивний. Подібно до поганої картини, яку можна зафарбувати, щоб перетворити її на щось прекрасне. Мета — не просто замінити один образ на інший, а посправжньому пройти перетворення. Подумайте про всі кроки перетворення, які може пройти негативний образ. Наприклад, гидке, безпорадне пташеня може повільно перетворитися на гордого орла, якого усі поважатимуть. Або ж статуя може вирватися зі своєї жорсткої оболонки й перетворитися на Супермена». *Примітка для тренерів.* Цей крок не завжди очевидний для учасників і, можливо, потрібно більш ретельно пояснювати його, навівши додаткові приклади.

«Тепер знову заплющте очі й спробуйте перетворити свій негативний образ на позитивний — згадайте про всі п'ять чуттів і думайте про них. Як можна перетворити об'єкт на більш позитивний в усіх аспектах? Пам'ятайте, що мета — не в тому, щоб просто відкинути негативний образ, а в тому, щоб перетворити й змінити його».



«Після того, як ви завершили перетворення у своїй свідомості, зверніть увагу на своє тіло. По можливості сядьте прямо, відведіть плечі назад і підніміть грудну клітину. Ви можете відчути себе Феніксом, що відроджується з попелу».

«Крім того, ви можете сформулювати позитивне речення або твердження, яке підкріплює цей образ і відповідає йому. Наприклад, «я дозволяю собі бути сильним і гордим». Подумайте про твердження, яке найкраще відповідає вашому образу».

Загалом, заохочуйте учасників групи максимально персоналізувати свій образ — вони не повинні автоматично використовувати приклади, наведені на слайдах, але, звичайно, можуть це робити, якщо вони підходять або якщо вони не можуть побудувати власний образ. Щоб пришвидшити детальну обробку, учасників просять заплушити очі та увявити образ. Багатьом учасникам ця вправа дається складно. Це нормально, і ми рекомендуємо тренерам запропонувати учасникам відкласти виконання цієї вправи до наступного заняття. Вправа, яку виконують під час заняття, є лише вступом до концепції ментальних образів.

3.4.3 Приклади слайдів та вправ

Існує багато різних думок про старіння...

Інгмар Бергман (режисер)		Старість – це гора, на яку доводиться здійснювати сходження. Що вище ви піднімаєтеся, то більше втомлюєтеся і задихаєтеся, але перед вами відкриваються дедалі гарніші краєвиди».
Джоан Коллінз (актриса)		Вік — це просто цифра. Вона не має жодного значення, якщо, звісно, ви не пляшка вина.

«Інгмар Бергман, 1966» фото: Joost Evers; «Джоан Коллінз на телевізійному фестивалі в Монте-Карло (2012)» фото: Frantogian

Рисунок 3.3. У вправі з модуля 8 наведено цитати відомих людей похилого віку, як-от Інгмар Бергман та Джоан Коллінз. Після цього учасників просять поділитися власними позитивними та негативними переконаннями та припущеннями щодо старіння.

Резюме

Модуль 8 зосереджений на

- (1) визначенні самооцінки та її складових, включаючи тілесні аспекти, як-от пози та ментальні образи
- (2) представленні стратегій виявлення і зміни негативних ментальних образів, пов'язаних з низькою самооцінкою. Виявлення позитивних ментальних уявлень про себе
- (3) виявленні та зміні негативних припущень і переконань щодо старіння та виявленні позитивних аспектів старіння.

4. Стан дослідження

автори: Lena Jelinek, Brooke C. Schneider, Marit Hauschildt і Steffen Moritz

4.1 D-MCT

Здійсненність, прийнятність та ефективність D-MCT було вперше досліджено у відкритому пілотному дослідженні за участі 104 пацієнтів, які страждали на депресію (Jelinek, Otte, Arlt, & Hauschildt, 2013). У цьому дослідженні D-MCT пропонували проводити раз на тиждень у психіатричній амбулаторії. Паралельно була дозволена фармакологічна та/ (або) психотерапевтична терапія. До і після завершення восьми тижневого тренінгу, пацієнти заповнювали кілька опитувальників для кількісної оцінки симптомів депресії й депресивних упереджень. Симптоми депресії значно покращилися за час навчання із середнім розміром ефекту (d Коена від 0,56 до 0,73). Також спостерігалось покращення показників когнітивних упереджень, самоцінності та нав'язливих думок (розміри ефекту d = від 0,26 до 0,64).

На основі цих даних було допрацьовано тренінг, складено посібник німецькою мовою (Jelinek et al., 2015) й оцінено D-MCT в RCT. У цьому подальшому дослідженні 84 осіб, що страждали на депресію, було рандомізовано до D-MCT або у групу активного контролю (контроль: оздоровчі тренування, що склалися з прогулянок і психологічної освіти на теми, пов'язані зі здоров'ям). Безпосередньо перед початком програми, після її завершення, через 6 місяців (Jelinek et al., 2016), а також через 3,5 роки після неї було оцінено стан пацієнтів (Jelinek, Faissner, et al., 2018). Усі пацієнти брали участь у програмі інтенсивної психіатричної амбулаторної реабілітації. Ми виявили, що відразу після завершення роботи над D-MCT і через 6 місяців група D-MCT покращила свої показники значно більше, ніж контрольна група (від середнього до великого ефекту, $\eta^2 = .049 - .114$). Крім того, під час шестимісячного спостереження більше пацієнтів з групи D-MCT перебували в ремісії (38,7% проти 13,8%, різниця до і після терапії була достовірною на рівні тенденції). Також D-MCT краще справився зі зменшенням когнітивних упереджень та покращення якості життя. За оцінкою 3,5-річного спостереження перевагу D-MCT не було виявлено в первинному аналізі, але у вторинному аналізі постфактум було виявлено вищу середню зміну показника HDRS від вихідного рівня до 3,5-річного спостереження в групі D-MCT при середньому розмірі ефекту ($d = 0,47$; $p = 0,015$). У ході цих аналізів також було виявлено перевагу щодо самооцінки тяжкості депресії (BDI), дисфункціональних когнітивних переконань, позитивних і негативних метакогнітивних переконань, а також фізичної та психологічної якості життя.

Щоб оцінити, чи D-MCT також покращує когнітивні упередження, на які спрямовано тренінг, і оцінити механізми змін, ми використовували опитувальник метапізнання 30 (MCQ-30, Wells & Cartwright-Hatton, 2004), його підшкали (Jelinek et al., 2013; Jelinek, Van Quaquebeke, & Moritz, 2017), а також парадигму візуальної помилкової пам'яті (Moritz, Schneider, Peth, Arlt, & Jelinek, 2018). У ході цих досліджень метапізнання покращилося в процесі терапії (див. вище) і було отримано перші докази того, що саме зниження субшкали MCQ «Потреба в контролі» (NFC) опосередковано впливає на результат щодо депресії у групі D-MCT (Jelinek, Van Quaquebeke, & Moritz, 2017). Що стосується хибних спогадів, пацієнти в групі D-MCT після терапії створили менше хибних спогадів, ніж пацієнти в контрольній групі, що підкреслює, що метакогнітивний тренінг досяг своєї мети — послабив вплив хибних суджень.

Окрім даних про ефективність, ми високо цінуємо точку зору пацієнтів, тобто те, як вони оцінюють і сприймають тренінг. Ми також використовуємо відгуки пацієнтів для вдосконалення та перегляду тренінгу. Суб'єктивну оцінку тренінгу було проведено у ході першого пілотного дослідження, а також у RCT, описаному вище. У ході двох досліджень було виявлено високі показники прийнятності, з кращими оцінками D-MCT, ніж контрольного стану в RCT (Jelinek et al., 2017).

4.2 MCT-Silver

Здійсненність, прийнятність та ефективність *D-MCT* у людей похилого віку було вивчено в ході пілотного дослідження за участю 116 пацієнтів з симптомами депресії (Schneider et al., 2018). Подальша мета дослідження полягала в тому, щоб визначити, чи потрібно змінювати матеріали *D-MCT* для людей похилого віку. Тому в ході цього пілотного дослідження було представлено лише вміст *D-MCT* (*MCT-Silver* ще не було розроблено). У цьому дослідженні *D-MCT* пропонували як додаткову інтервенцію для людей похилого віку (55 років і старше), які проходять інтенсивну програму стаціонарного або амбулаторного лікування. Формальних критеріїв включення в дослідження або виключення з дослідження, окрім віку, не було. Проте штатних психіатрів просили не направляти пацієнтів зі значними когнітивними порушеннями, психозами або активними суїцидальними намірами. Пацієнтам було дозволено приєднатися до групи або припинити участь у ній у будь-який момент, і часто їх виписували з програми терапії до завершення всіх восьми модулів. До і після початку участі в групі пацієнти заповнювали німецьку версію шкали депресії центру епідеміологічних досліджень (*CES-D*; *The Allgemeine Depressionsskala*) для кількісної оцінки депресивних симптомів, а також коротку версію шкали дисфункціональних ставлень (установок) 18В (*DAS-18B*) для оцінки депресивних когнітивних переконань.

Симптоми депресії суттєво полегшилися протягом тренінгу з середнім і великим розміром ефекту (*d* Коена від 0,50 до 1,06) і 49,1% учасників більше не відповідали пороговому значенню депресії за шкалою *CES-D*. Покращення також спостерігалось за загальним балом *DAS-18B* (*d* Коена = 0,33). Сприйняття інтервенції було загалом позитивним. Більшість учасників зазначили, що інтервенція була корисною (84,0%), приємною (64,3%) та важливою частиною їхньої терапії (75,0%). Невелика кількість учасників повідомила про негативні результати (тобто побічні ефекти; 5,5%). Проте, суб'єктивні оцінки *D-MCT* серед людей похилого віку були відносно нижчими, ніж у попередніх дослідженнях серед людей молодшого віку, (Jelinek, Moritz, et al., 2017) і приблизно 12 % повідомили, що їхнє мислення стало «більш хаотичним і заплутаним» за період терапії. Ці низькі оцінки сприйняття у поєднанні з неформальними відгуками пацієнтів, а також спостереженнями клініцистів про те, що деякі приклади в *D-MCT* не підходять для людей похилого віку, заохотили нас розробити *MCT-Silver* (див. опис модулів вище). На момент складання цього посібника наша дослідницька група проводила початкове рандомізоване контрольоване дослідження, в ході якого було порівняно ефективність *MCT-Silver* з активною контрольною групою.

5. Довідкові матеріали

- 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*. <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., & Videbech, 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., Videbech, 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.