

# Metakognitív Tréning depresszióval küzdő páciensek részére



© Steffen Moritz

Az eredeti D-MKT, és annak idősebb felnőttek részére adaptált változatának (MKT-Silver) rövid kézikönyve

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

A D-MKT és az MKT-Silver több nyelven letölthető innen: [www.uke.de/depression](http://www.uke.de/depression)  
és [www.uke.de/mct-silver](http://www.uke.de/mct-silver)

Németül ([www.uke.de/e-dmkt](http://www.uke.de/e-dmkt)) és angolul ([www.uke.de/e-dmct](http://www.uke.de/e-dmct))  
is elérhető adományokból fenntartott online tréningünk

2023.03.01-i változat

## Köszönetnyilvánítás

Először is a pácienseinknek szeretnénk köszönetet mondani, hogy támogatásukkal és ösztönzésükkel segítettek minket a D-MKT és az MKT-Silver kidolgozásában. Visszajelzéseik nélkülözhetetlenek voltak ahhoz, hogy ezen eszközök tökéletesítés és finomhangolás után a lehető leghasznosabbak lehessenek a számukra.

Továbbá szeretnénk köszönetet mondani az Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Orvostudományi Centrum Klinikai Neuropszichológiai részlegén, valamint Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikáján dolgozó kollégáinknak, akárcsak a többi hazai és külföldi kollégának, akik támogatásukkal és fáradhatatlan módosítási és fejlesztési javaslataikkal segítették a képzési programok megvalósítását. A közreműködők nagy számára való tekintettel nem áll módunkban mindenkit itt nevesíteni, de reméljük, ettől függetlenül is érzik, mennyire hálásak vagyunk a támogatásukért, visszajelzéseikért és segítségükért.

## Adományok

Tekintettel arra, hogy számos pszichiátriai kórház nehéz anyagi helyzetben van, arra törekszünk, hogy a Metakognitív Tréning depresszióval küzdő páciensek részére készült nemzetközi diasorát (vagyis a BELTZ által közzétett D-MKT német nyelvű diasorát, a D- MKT-t), valamint az idősebb korú, depresszióval küzdő pácienseknek szóló diasort (vagyis az MKT-Silver-t) ingyenesen elérhetővé tegyük. Pénzbeli adományaik igen fontosak a munkánkhoz, és számos olyan ember életét segítenek jobbra tenni, akik depresszióban szenvednek. Igen hálásak lennénk, ha a program támogatására szánt pénzbeli adományaikkal segítenék a D-MKT és az MKT-Silver működését.

Ezért arra kérjük - különösen a gyakorló szakembereket és az intézményeket, - hogy a weboldalon közzétett anyagok használata előtt egy csekély összegű támogatással segítsék munkánkat (szakemberek esetén: 30€//\$30; intézmények esetén: 100€//\$100), tekintettel a programunk kifejlesztésére szánt munkára és költségekre. A támogatás online küldhető el (a következő linken keresztül: <https://clinical-neuropsychology.de/donate/>). Az „I donate for” („Adományozni szeretnék”) fül alatt; a megjegyzésbe kérjük, írják be, hogy a kedvezményezett a Clinical Neuropsychology.

Minden beérkezett támogatást a D-MKT és az MKT-Silver további fejlesztésére kívánunk fordítani (jövőbeli tervek: a modulok további nyelvekre történő lefordítása, új képi anyagok létrehozása, hallgatók alkalmazása azzal a céllal, hogy D-MKT és MKT-Silver csoportokat vezessenek különböző klinikákon). Kérésre bizonylatot küldünk az adományról (ezt e-mailben lehet igényelni Steffen Moritz [moritz@uke.de] kollégánktól. Kérjük, az e-mailben adja meg a postacímét). Az adományokat a következő számlaszámra kérjük utalni:

Bankszámlatulajdonos:	UKE AG Neuropsychologie
Bank neve:	Hamburger Sparkasse HASPA
A Közlemény rovatba írja be, hogy:	1027/001 - MKT Depression
(ez elengedhetetlen ahhoz, hogy az adománya hozzánk jusson)	
IBAN szám:	DE54200505501234363636
BIC/Swift kód:	HASPDEHHXXX

# Metakognitív Tréning depresszióval küzdő páciensek részére (D-MKT)<sup>1</sup>: Az eredeti kézikönyv rövidített, valamint az idősekre adaptált változata (MKT-Silver)

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

	Oldal
<b>Előszó a kollégák számára</b>	<b>5</b>
<b>1 A D-MKT és az MKT-Silver bemutatása</b>	<b>6</b>
Lena Jelinek, Marit Hauschildt, Brooke C. Schneider és Steffen Moritz	
<b>1.1 Bevezetés</b>	<b>6</b>
<b>1.2 Mi áll a metakognitív tréning (MKT) középpontjában?</b>	<b>6</b>
<b>1.3 A D-MKT és az MKT-Silver indikációi</b>	<b>7</b>
<b>1.4 Tudnivalók a D-MKT és az MKT-Silver gyakorlati alkalmazásával kapcsolatban</b>	<b>11</b>
1.4.1 Általános információk	11
1.4.2 A tréningek alkalmazásának vezérgondolatai	12
1.4.3 A D-MKT és az MKT-Silver ismétlődő szerkezeti elemei	13
<b>1.5 A kézikönyv áttekintése</b>	<b>16</b>
<b>2 Metakognitív Tréning depresszióval küzdő páciensek részére (D-MKT)</b>	<b>18</b>
Lena Jelinek, Marit Hauschildt és Steffen Moritz	
<b>2.1 1. modul: Szelektív szűrő és túláltalánosítás</b>	<b>18</b>
2.1.1 Elméleti háttér	18
2.1.2 Tartalom	18
<b>2.2 2. modul: Emlékezeti torzítások és téves emlényomok</b>	<b>20</b>
2.2.1 Elméleti háttér	20
2.2.2 Tartalom	20
2.2.3 Példákat tartalmazó dia és gyakorlat	21
<b>2.3 3. modul: „Kell” típusú állítások, a pozitívumok figyelmen kívül hagyása és fekete-fehér gondolkodás</b>	<b>23</b>
2.3.1 Elméleti háttér	23
2.3.2 Tartalom	23
<b>2.4 4. modul: Önértékelés és perfekcionizmus</b>	<b>25</b>
2.4.1 Elméleti háttér	25
2.4.2 Tartalom	25
2.4.3 Példa és gyakorlat	25

<sup>1</sup> A jelen kézikönyv a következő könyvfejezet fordított, lektorált és kibővített változata, amely eredetileg német nyelven íródott a Metakognitív Tréning depresszióval küzdő páciensek részére(D-MKT) vonatkozásában: Jelinek, L., Hauschildt, M., & Moritz, S. (2016). *Metakognitive Training bei Depression (D-MKT)*. In Stavemann, H. *Entwicklungen in der Integrativen KVT*. Weinheim: Beltz, 175-200.

<b>2.5</b>	<b>5. modul: Nagyítás vagy kicsinyítés, és a depresszív attribúciós stílus</b>	<b>27</b>
2.5.1	Elméleti háttér	27
2.5.2	Tartalom	27
2.5.3	Példákat tartalmazó dia és gyakorlat	28
<b>2.6</b>	<b>6. modul: Diszfunkcionális viselkedési stratégiák</b>	<b>29</b>
2.6.1	Elméleti háttér	29
2.6.2	Tartalom	29
<b>2.7</b>	<b>7. modul: Elhamarkodott következtetések levonása, gondolatolvasás és jövőmondás (katasztrófizálás)</b>	<b>30</b>
2.7.1	Elméleti háttér	30
2.7.2	Tartalom	30
2.7.3	Példákat tartalmazó dia és gyakorlat	31
<b>2.8</b>	<b>8. modul: Érzelemfelismerés és érzelmi következtetés</b>	<b>32</b>
2.8.1	Elméleti háttér	32
2.8.2	Tartalom	32
2.8.3	Példákat tartalmazó dia és gyakorlat	33
<b>3</b>	<b>Az időskori depresszió kezelését célzó metakognitív tréning (MKT-Silver)</b> Brooke C. Schneider, Steffen Moritz, Lara Bücken, Lena Jelinek	<b>34</b>
<b>3.1</b>	<b>2. modul: A depresszióval élő idősebb páciensek emlékezete</b>	<b>34</b>
<b>3.2</b>	<b>3. modul: „Kell” típusú állítások és az elfogadás</b>	<b>36</b>
3.2.1	Elméleti háttér	36
3.2.2	Tartalom	37
3.2.3	Példákat tartalmazó dia és gyakorlat	38
<b>3.3</b>	<b>4. modul: Értékek</b>	<b>39</b>
3.3.1	Elméleti háttér	39
3.3.2	Tartalom	39
3.3.3	Példákat tartalmazó dia és gyakorlat	40
<b>3.4</b>	<b>8. modul: Önbecsülés</b>	<b>41</b>
3.4.1	Elméleti háttér	41
3.4.2	Tartalom	41
3.4.3	Példákat tartalmazó dia és gyakorlat	44
<b>4</b>	<b>A jelenlegi kutatási helyzet</b> írta Lena Jelinek, Brooke C. Schneider, Marit Hauschildt és Steffen Moritz	<b>45</b>
<b>4.1</b>	<b>D-MKT</b>	<b>45</b>
<b>4.2</b>	<b>MKT-Silver</b>	<b>46</b>
<b>5</b>	<b>Hivatkozások</b>	<b>47</b>

---

## Előszó a kollégák számára

Kedves kollégák!

Köszönjük az érdeklődést a D-MKT és az MKT-Silver iránt! Ez a kézikönyv olyan szakemberek (pl. pszichológusok, pszichoterapeuták, pszichiáterek, pszichiátriai nővérek, szociális munkások, ergo- és munkaterapeuták stb.) számára íródott, akik csoportos vagy egyéni terápiák keretében alkalmazzák a D-MKT és/vagy az MKT-Silver tréningeket depresszióval élő pácienseknél, legyen szó akár fiatal, akár idős személyekről. Weboldalunkról ingyen letölthető a D-MKT (10 nyelven) és az MKT-Silver (jelenleg csak német nyelven elérhető) minden nemzetközileg használható anyaga: [www.clinical-neuropsychology.de](http://www.clinical-neuropsychology.de). A D-MKT anyagához a Beltz (Jelinek, Hauschildt és Moritz, 2015) kiadott egy német nyelvű diasort és egy átfogó német nyelvű kézikönyvet is. A weboldalunkról letölthető anyagok közt található Power Point diasorok és a házi feladatokat tartalmazó feladatlapok a tréning mind a nyolc moduljához, általános információkat tartalmazó ismeretterjesztő anyagok, valamint csoportmunkára vonatkozó szabályzatok. Ebben a kézikönyvben találunk a tréningek lefolytatására vonatkozó konkrét információkat is, ideértve az összes modul elméleti hátterét bemutató rövid leírásokat, az adott modul tartalmának rövid bemutatását, illetve gyakorlati tanácsokat. Mi D-MKT tréningeket 2009, MKT-Silver tréningeket pedig 2016 óta tartunk. Ez alatt az idő alatt - mind az ambuláns, mind pedig az osztályos betegek körében végzett csoportos tréningek során - számos tapasztalatot szereztünk és sok visszajelzést kaptunk, és jó néhány randomizált kontrollált vizsgálatot is folytattunk a D-MKT vonatkozásában. Egy sikeres pilot vizsgálatot követően már az MKT-Silver első klinikai vizsgálata is elindult, amelynek első eredményei 2020-ra várhatóak.

Az 1. fejezetben a metakogníció meghatározását tekintjük át, és néhány általános információval szolgálunk a D-MKT és az MKT-Silver alkalmazásával kapcsolatban. A 2. fejezetben Jelinek, Hauschildt és Moritz a D-MKT nyolc modulját mutatja be röviden, míg a 3. fejezetben Schneider, Moritz, Bücker és Jelinek az MKT-Silver tréning specifikus moduljairól ad leírást. A 4. fejezetben a tréningek kapcsán eddig összegyűlt empirikus bizonyítékokat tekintjük át.

Bár ezeket az anyagokat sok tapasztalat és erőfeszítés nyomán fejlesztettük ki, tisztában vagyunk azzal, hogy mind a D-MKT, mind pedig az MKT-Silver csupán akkor tud hasznossá válni, ha azt Önök, kedves kollégák, alkalmazzák és használják. Mindebből kifolyólag nagy örömmel vennénk visszajelzéseiket az anyagokkal kapcsolatban, és őszintén kérjük Önöket, hogy kritikus szemmel, konstruktív módon jelezzenek vissza, de a pozitívumokat is írják meg. Ha kérdéseik lennének, akkor is közvetlenül velünk lépjenek kapcsolatba. Nagy örömünkre szolgálna az is, ha megírnák az anyagok használatával kapcsolatos tapasztalataikat. A következő e-mail-címeken vagyunk elérhetőek:

Lena Jelinek ([ljelinek@uke.de](mailto:ljelinek@uke.de))

Brooke C. Schneider ([b.viertel@uke.de](mailto:b.viertel@uke.de))

Marit Hauschildt ([mhauschildt@uke.de](mailto:mhauschildt@uke.de))

Steffen Moritz ([moritz@uke.de](mailto:moritz@uke.de))

[Nagyon sok sikert kívánunk a tréningek lefolytatásához!](#)

---

## 1. A D-MKT és az MKT-Silver bemutatása

írta Lena Jelinek, Marit Hauschildt, Brooke C. Schneider és Steffen Moritz

### 1.1 Bevezetés

Az utóbbi években a „metakogníció” fogalma egyre nagyobb figyelmet kap, legyen szó alapkutatásról vagy pszichoterápiás módszerek fejlesztéséről (Moritz, Lysaker, Hofmann, & Hautzinger, 2018; Moritz & Lysaker, 2018). A „metamemória” fogalmát a kutatások nyomán egyéb területekre is kiterjesztették, és helyette a „metakogníció” fogalmát használják a személy saját kognitív folyamatainak szabályozását illető tudásának tágabb értelemben történő leírására (Flavell, 1976). Általánosságban úgy definiálják, hogy „a gondolkodásról való gondolkodás” (görögül a meta = „túl”, latinul a cogitare = „gondolkodni”, lásd ehhez Moritz, 2008, 2013). A metakogníció egy komplex fogalom, amely az információfeldolgozás több területét és rétegét is érinti. A metakogníció fogalma Flavell szerint négy alkotóelemre bontható: (1) metakognitív tudás, (2) metakognitív élmények, (3) metakognitív célok, valamint (4) metakognitív akciók. Flavell elmélete mellett a metakogníció fogalmának számos heterogén definíciója és alkalmazása is létezik (Semerari és mtsai., 2012).

A mi értelmezésünk a metakogníció Flavell-féle értelmezésén alapul, és az őt követő kutatók, például Adher Koriat munkásságával áll összhangban, aki szerint az ítélet bizonyossága és a kétely alapvető szereppel bír a metakognitív folyamatokban (Koriat & Goldsmith, 1998). A metakogníció tág fogalma tehát nem csak az információ észlelésének és feldolgozásának alapvető aspektusait foglalja magába, hanem magasabb szintű kognitív funkciókat is, tehát a kogníció tartalmára és folyamataira is vonatkozik. Konceptiónk középpontjában az a cél áll, hogy ráébredjünk a pácienseket az információ feldolgozását kedvezőtlenül befolyásoló kognitív torzításokra - például a depresszióval élő páciensek hajlamosak alábecsülni a neurokognitív működésük színvonalát. Ráadásul úgy tűnik, hogy az egyéb metakognitív torzítások jelenléte szintén egy állandó jellemzője a depresszióknak (Faissner, Kriston, Moritz, & Jelinek, 2018; Ladegaard, Lysaker, Larsen, & Videbech, 2014; Ladegaard, Videbech, Lysaker, & Larsen, 2016), ami a metakogníció mint terápiás támadási pont előnyeit hangsúlyozza a depresszió kezelésében.

### 1.2 Mi áll a metakognitív tréning (MKT) középpontjában?

Az általunk alkalmazott metakognitív megközelítés 2003-ban kezdett körvonalazódni, a „metakognitív tréning szkizofrén páciensek részére” nevet viselő tréning használatával (MKT; Moritz, Krieger, Bohn, & Veckenstedt, 2017; Moritz és mtsai., 2013), amely a legfrissebb meta-analízisekben is hatékonynak bizonyult (Eichner & Berna, 2016; Liu, Tang, Hung, Tsai, & Lin, 2018). Azóta az MKT-t többször is újraértékeltek és különböző verzióit fejlesztettük ki az egyéb pszichiátriai zavarok (Moritz, 2013), például a depresszió (lásd a D-MKT 2. fejezetét, valamint a teljes német nyelvű változathoz Jelinek, Hauschildt, & Moritz, 2015 kiadását), a borderline személyiségzavar (Schilling, Moritz, Kriston, Krieger, & Nagel, 2018), obszesszív-kompulzív zavar (Jelinek, Zielke, és mtsai., 2018), illetve bipoláris zavarok (Haffner és mtsai., 2018) kezelésére. Nemrég kidolgoztuk a D-MKT tréning MKT-Silver elnevezésű adaptációját is depresszióval élő idősebb felnőttek számára (lásd a 3. fejezetet, Schneider és mtsai., 2018). A metakogníció általunk fentebb leírt értelmezési keretében minden, a csoportunk által kifejlesztett metakognitív tréningadaptáció átfogó célja az, hogy pácienseink ráébredjenek az empirikus eszközökkel alátámasztott betegség-specifikus kognitív torzításokra és módosítsák azokat. Idetartoznak mind

az információ észlelésére és feldolgozására vonatkozó torzítások, mind pedig a jellegzetes diszfunkcionális hiedelmek, vagy a saját gondolkodásra irányuló feltételezések, akárcsak a gondolati tartalmakkal való jobb megküzdésre irányuló stratégiák. Flavell metakogníció fogalomrendszerében gondolkodva pácienseink metakognitív tudását szeretnénk javítani, elsősorban szórakoztató feladatokon keresztül történő metakognitív tapasztalatok biztosítása révén (Moritz & Lysaker, 2018). Mivel integratív megközelítést alkalmazunk, a metakognitív tréning más terápiás megközelítések kompatibilis elemeit is felhasználja (Moritz és mtsai., 2018), megőrizve ugyanakkor az MKT egyedülálló szerkezetét és tartalmát.

A depresszióval élő embereknél két különböző típusú kognitív torzítás jelentkezhet, amelyek eléggé hasonlítanak egymásra, és nem mindig különíthetőek el egyértelműen. Az egyik típusba - ennek kezelését célozza elsősorban a kognitív-viselkedésterápia (KVT) - a „tipikus” gondolkodási hibák tartoznak, mint például a túláltalánosítás. Ez a személy számára releváns információk feldolgozására irányuló kognitív torzításokat jelenti. A másik típusú hiba az általános információfeldolgozás terén jelentkezik, a *kognitív stílus* vonatkozásában. A neuropszichológiai alap kutatásokban további kognitív torzításokat is kimutattak a depresszióban - ilyen például a negatív információk szelektív előhívása a depressziós időszakokban (hangulattal kongruens emlékezet), valamint az érzelmek téves azonosítása (ismertetésekhöz lásd Dalili, Penton-Voak, Harmer, & Munafò, 2015; Gaddy & Ingram, 2014). Mivel mindkét kognitív torzítás a negatív töltetű információfeldolgozást favorizálja, mindkettő központi szerepet játszik a depresszió kialakulásában és fenntartásában. Bizonyos metakognitív hiedelmek, mint például az, hogy „a negatív gondolatok veszélyesek”, illetve az olyan megküzdési stratégiák, mint a rumináció vagy a gondolatok elnyomása, kiemelt fontossággal bírnak a depresszió patogenezisét tekintve (az empirikus adatok, valamint a metakognitív terápiához [Wells, 2011] hasonló jellemzők vonatkozásában lásd a következő részt). Ebből kifolyólag a mind a D-MKT, mind az MKT-Silver tréning során történő „gondolkodásról való gondolkodás” a gondolatok *tartalmával* és magával az észlelés és gondolkodás *folymatával* is foglalkozik. Mivel a gondolatok tartalmát is fókuszba állítjuk, a D-MKT és az MKT-Silver általánosságban véve közelebb áll a depresszió KVT használatával történő kezeléséhez, mint Wells metakognitív terápiájához (Moritz & Lysaker, 2018). Összegezve, a D-MKT és az MKT-Silver is a kognitív torzítások, valamint a gondolkodás szubjektív voltának még tudatosabbá tételére törekszik egyfajta meta-perspektíva alkalmazásán keresztül, távolságot teremtve ezáltal ezektől a (negatív) gondolatoktól és növelve a kognitív rugalmasságot.

### 1.3 A D-MKT és az MKT-Silver indikációi

A D-MKT kifejlesztésekor alapul vett elméleti megfontolásaink, a program különböző kezelési környezetekben (pszichiátriai ambulancia, pszichiátriai rehabilitációs program, pszichiátriai fekvőbeteg ellátás) való alkalmazása során összegyűlt tapasztalataink, valamint klinikai vizsgálatokból származó eredmények (Jelinek és mtsai., 2016; Jelinek, Hauschildt, Otte, & Moritz, 2009; Jelinek, Faissner, Moritz, & Kriston, 2018; Jelinek, Moritz, & Hauschildt, 2017) alapján szeretnénk javaslatokat megfogalmazni a program használatára vonatkozóan, illetve annak korlátait is szeretnénk bemutatni. Meglátásunk szerint a D-MKT és az MKT-Silver összhangban vannak a depresszió kezelésére irányuló bizonyítékokon alapuló irányelvekkel, mint például a NICE irányelvekkel, valamint a Német Pszichiátriai, Pszichoterápiás és Neurológiai Társaság (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, DGPPN) irányelveivel.

A D-MKT és az MKT-Silver program is számos egyedi jellemzővel rendelkezik mind a tartalom, mind a struktúra tekintetében, ami döntő fontosságú a tréningek speciális alkalmazását és az indikációk körét illetően. Nevezetesen, mindkét program alacsony küszöbvel dolgozik (vagyis igen rugalmasak, annak érdekében, hogy a tartalom mélységét könnyen hozzá lehessen igazítani a csoport jellemző adottságaihoz), játékos elemeket tartalmaznak, könnyen átlátható a szerkezetük, koncepciójuk nyitott és modulárisan felépülő csoportokhoz tervezett. Továbbá a tréning könnyen kombinálható egyéb (klasszikus KVT/harmadik hullám) terápiás elemekkel, és ilyen elemeket már be is építettünk az MKT-Silver két moduljába.



### Diagnózisok

Mind a D-MKT, mind az MKT-Silver tréninget alapvetően olyan páciensek számára fejlesztették ki, akik elsődleges diagnózisa az unipoláris depresszió (major depresszió, perzisztáló depressziós zavar). Komorbid depressziós zavarban (pl. amikor az elsődleges diagnózis szorongásos zavar) is indikált a használata. Mivel nem alkalmaztuk a tréninget szkizofréniában vagy bipoláris zavarban vagy olyan kognitív funkciókárosodásban szenvedő személyeknél, mint például a demencia, ezek a kórállapotok nem szerepelnek az indikációk között (az MKT bipoláris zavarban történő alkalmazásához lásd Sondergeld és mtsai., 2016). Klinikai tapasztalataink azt mutatják, hogy az enyhe kognitív zavarral vagy egyéb eredetű (pl. enyhe agyi sérülés) kognitív hiányossággal élő páciensek számára is előnyös a csoportos terápia. Ilyen páciensek körében azonban a hatékonyságra irányuló empirikus vizsgálatok még nem történtek.

### A tréning időzítése a kezelés folyamatában






A tréning magasfokú rugalmasságának köszönhetően számos lehetőség közül választhatunk azzal kapcsolatban, hogy mikor alkalmazzuk a kezelést során. Úgy véljük, hogy a D-MKT és az MKT-Silver kifejezetten megfelelő olyan páciensek számára, akiknél első depressziós epizód zajlik, akiknek nincs korábbi (pszicho)terápiás tapasztalata, vagy csak kevés van, valamint azoknál, akik egy ideje már nem járnak terápiára. Szórakoztató és játékos elemeinek köszönhetően a program olyan páciensek számára is alkalmas, akik a kezelés kezdetekor korlátozottan motiváltak a (pszicho)terápia elkezdésére. A D-MKT és az MKT-Silver programban való részvétel nyomán tapasztalható tünetenyhülés növelheti a további kezelés iránti motivációt. Letisztult felépítésüknek köszönhetően a terápiás beavatkozások akut fekvőbeteg osztályos környezetben is jól használhatóak. Ez főként abból ered, hogy a szórakoztató és egyedi gyakorlatok, amelyek ugyanakkor magáról a depresszióról is információval szolgálnak, lehetővé teszik, hogy a páciensek kisebb sikereket érjenek el (lásd a lenti mintafeladatokat). A további lehetséges alkalmazási területek közé tartozik még a gondozás vagy a relapszusprevenció is.

### Kezelési környezetek

A tréning alkalmazható ambuláns keretek közt, nappali ellátásban vagy fekvőbeteg osztályokon is. A nyílt csoportos rendszerű felépítés például különösen nagy segítség lehet abban, hogy az ambuláns ellátást igénybe vevő páciensek időben kezeléshez jussanak (pl. a várakozási idő csökkentése révén). A pszichiátriai nappali ellátás keretei között a D-MKT és az MKT-Silver depresszió-specifikus csoportos tréningeket jelent, amelyek célja, hogy a metakognitív kompetenciák javítása és a kognitív torzítások csökkentése révén kiegészítsék és fokozzák a pszichiátriai kezelés hatékonyságát. Moduláris felépítése és strukturált, mégis rugalmas megközelítései, valamint tartalma lehetővé teszik, hogy pszichiáterek vagy pszichológusok mellett pszichiátriai nővérek vagy az ellátó személyzet más tagjai is vezessék a tréninget. Továbbá, az MKT-Silver jól használható olyan ellátóhelyeken is, ahol idősebb felnőttek kezelése folyik (pl. alapellátásban, időotthonokban, gondozó otthonokban). Meg kell említeni azonban, hogy az MKT-Silver tréninggel (még) nem folytattak vizsgálatokat nem pszichiátriai ellátóhelyeken.

---

Megjegyzendő azonban, hogy a D-MKT és az MKT-Silver program a következő korlátokkal rendelkezik:

-  A közepes vagy súlyos depressziós epizód tüneteit mutató páciensek számára nem ajánlott, hogy a D-MKT vagy az MKT-Silver legyen az egyetlen alkalmazott intervenciós ellátás, és az sem ajánlott, hogy egyéni terápiás formában végzett bizonyítékokon alapuló beavatkozások helyett alkalmazzák. A csoportos forma és a tréning tartalma túlzottan megterhelő lehet az akut és súlyos depressziós epizódot megélő páciensek számára (különösen azoknál, akiknél pszichotikus tünetek is jelentkeznek).
-  Akut öngyilkossági gondolatokkal foglalkozó ambuláns betegeknek nem javasolt a csoportokba való bekapcsolódás. Azt javasoljuk, hogy a potenciális jelölteknel érdemes egy rövid szűrést végezni öngyilkossági gondolatok vonatkozásában. Habár különösen a passzív típusú öngyilkossági gondolatok nem szokatlanok a depressziósok körében, azokat az személyeket, akiknek jelenleg is vannak öngyilkossági terveik, és különösen azokat, akik nem mondanak le ezen terveik megvalósításáról, intenzívebb kezelésre kell beutalni.
-  Mivel az írott anyagok központi szerepet játszanak a tréning során, megfelelő szintű írott és beszélt magyar nyelvtudásra (illetve annak a nyelvnek az ismeretére, amelyen a tréning zajlik) van szükség a tréningen való sikeres részvételhez (jelenleg csak a D-MKT érhető el további nyelveken).
-  Mivel a tréning anyagát diasorokon mutatjuk be, a jelentős látáskárosodással élő páciensek számára nehézkes lehet a csoportban való részvétel. A halláskárosultaknál előfordulhat, hogy nehezen értik meg a tréner vagy a többi résztvevő által elmondottakat. A trénernek esetleg megfontolhatják, hogy ezen páciensek számára valamilyen kiegészítő formában is rendelkezésre bocsátják a tréning tartalmát (pl. a diasorokat nyomtatott formában is odaadják a látáskárosultaknak, a halláskárosultaknak pedig megengedik, hogy a tréner mellé üljenek).
-  Az MKT-Silver: Habár önmagában nem tekinthető ellenjavallatnak, az éppen akut gyászt átélő páciensek (pl. közvetlenül a házastárs halálát követően) úgy érezhetik, hogy a csoportok tartalma túl általános, vagy az is előfordulhat, hogy ezen személyek még nem alkalmasak arra pszichológiai szempontból, hogy a tárgyalt technikák némelyikével foglalkozzanak. Tapasztalataink azt mutatják, hogy az ilyen páciensek hajlamosak különösen az MKT-Silver 3. moduljának tartalmát (azaz az az elfogadást) eléggé kritikusan kezelni. Ezért azt javasoljuk, hogy a trénernek előzetesen, még mielőtt a csoportos terápia elkezdődne, beszéljenek ezekkel a páciensekkel vagy a terapeutáikkal, és alaposan fontolják meg, hogy javasolt-e ezen személyek részvétele. Ugyanakkor valaki elvesztése az élet természetes velejárójának tekinthető, amire mindenki másképp reagál. Ebből kifolyólag ne zárjunk ki automatikusan vagy általánosítva minden olyan személyt, aki a közelmúltban valamilyen veszteséget szenvedett!

---

## 1.4 Tudnivalók a D-MKT és az MKT-Silver gyakorlati alkalmazásáról

### 1.4.1 Általános tudnivalók

#### 1.4.1.1 Gyakoriság, időtartam és a résztvevők száma

A D-MKT és az MKT-Silver tréningeket általában nyolc darab 60 perces modul formájában tartjuk meg (Jelinek és mtsai., 2015). Ambuláns ellátás keretében előfordult már, hogy az alkalmakat kitöltük 90 percre, hogy elegendő időt biztosítsunk az alkalom elején és a végén (pl. hogy a páciensek megismerkedhessenek). Az is előfordulhat, hogy kognitív korlátok vagy fáradtság miatt idősebb felnőtt pácienseknél hasznosabbak a 30 percig tartó alkalmak, ahol az egyes modulokat két különböző alkalom során végezzük el. A javallattól és a kezelési környezettől függően hetente egy vagy két modul elvégzése javasolt. Ha hetente két modult terveznek, akkor az alkalmak beosztását úgy kell időzíteni, hogy a résztvevőknek elég idejük legyen az alkalmak között a gyakorlásra és az elsajátított anyag feldolgozására. Tapasztalatok szerint az optimális csoportlétszám három és tíz között van.

#### 1.4.1.2 Forma (nyílt csoport)

A prezentáció diasorain levő anyagokat és azok felépítését nyílt csoportok számára terveztük (vagyis minden egyes alkalommal csatlakozhatnak új résztvevők a csoporthoz). A modulok egymástól függetlenek, és a fontos információkat minden modulban átismételjük (pl. a metakogníció fogalmának magyarázatát). Ám a konkrét kezelési környezettől függően a trénernek dönthetnek úgy is, hogy zárt csoportban használják a tréning anyagát, vagy éppen egyéni terápiás üléseken.

#### 1.4.1.3 Anyagok és technikai felszerelés

Minden szükséges anyagot PDF formátumban biztosítunk. A trénernek bemutatják a diasorokat, és minden foglalkozás végén odaadják a pácienseknek az otthon elvégzendő nyomtatott feladatlapokat (vagy a csoportos foglalkozás elkezdése előtt egy füzetet adnak, amely minden házi feladatot tartalmaz). A trénernek szükségük lesz egy számítógépre vagy laptopra is, illetve egy projektorra a diasorok kivetítéséhez. A páciensek félkörben ülnek az előtt a fal/kivetítő előtt, amelyre a diasorokat vetítik.

#### 1.4.1.4 Terapeuták/tréner

Amennyiben megoldható, azt javasoljuk, hogy két tréner (pl. pszichoterapeuta) vezesse le a tréninget. Mivel a tréningek felépítése teljesen érthető, tréningeket tartó terapeuták vagy a depresszió kezelésében jártas nővérek is vezethetik a D-MKT vagy az MKT-Silver csoportokat. Fontos, hogy a tréner(ek) rendelkezzenek valamennyi ismerettel a terápiás kommunikációs technikák terén, illetve tapasztalattal a terápiás csoportok vezetésében.

## 1.4.2 A tréningek alkalmazásának vezérgondolatai

### Pozitív megerősítés

Alapvető fontosságú, hogy a tréning légköre nyitott, barátságos és elfogadó legyen. A tréner feladata, hogy segítsék az ilyen jellegű légkör megteremtését és ezen vezérelv mentén cselekedjenek és kommunikáljanak. Egy másik kulcsfontosságú elem a humor, amit szeretnénk, ha a terapeuták a megfelelő helyzetekben alkalmaznának. A szórakoztató jellegű, interaktív és játékos hozzáállás pozitív tapasztalatokkal gazdagítja a pácienseket és elősegíti, hogy jól érezzék magukat. Minden lehetőséget javasolt megragadni ahhoz, hogy mind az egyén, mind pedig az egész csoport minél több pozitív visszajelzést kapjon.

### Együttműködés

Alapos megfontolás után döntöttünk a „tréner” szó használata mellett, hogy ezzel is hangsúlyozzuk az MKT együttműködésen alapuló természetét. Míg a tréner szerepe az, hogy bemutassák az anyagokat a csoporttagoknak, végső soron mégis a csoporttagok „a saját maguk szakértői”, akik az élettapasztalataik alapján hatalmas tudás birtokában vannak, amiből bármikor meríthetnek. Különösen az idősebb felnőttek értékelik, ha elismerik a tudásukat és tapasztalataikat, ezért javasoljuk, hogy a tréner végig aktívan utaljanak erre a foglalkozások során, és ne feledjék, hogy az MKT során alkalmazott stratégia csak egy (a sok közül), amivel javítani lehet a depresszív tüneteken.

### Személyessé tétel

Bár a digitális formátumnak köszönhetően a tréning tartalma könnyen átlátható felépítésű, a diákat semmiképp sem szabad rohamtempóban bemutatni. Az egyes tartalmi elemek megbeszélésének mind a ritmusa, mind pedig a mélysége igazodjon minden esetben a résztvevők képességeihez (a depresszív hangulatú páciens megláthatóan) és egyéni aggályaihoz. Ha szükséges, egyes gyakorlatokat vagy példákat át is lehet ugrani. A tréning elsődleges célja az, hogy tudásanyagot adjon át és gyakorlati feladatokat végeztesen a résztvevőkkel, de arra is elegendő időt kell hagyni, hogy a páciensek megoszthassák személyes véleményüket és tapasztalataikat.

### A megértés ellenőrzése

Mivel előfordulhat, hogy a depressziós emberek általában véve lassabban dolgozzák fel az információkat, nehezükre eshet a figyelem fenntartása, és különösen az idősebbeknél az is előfordulhat, hogy érzékszerveik nem működnek tökéletesen, ezért a trénernek ellenőrizniük kell, hogy a bemutatott tudásanyagot minden csoporttag hallotta és megértette. Emiatt több időbe telhet az egyes feladatok elmagyarázása és a megértés ellenőrzése. Ha a trénernek kétségeik merülnek fel, akkor a továbbhaladás előtt érdemes nyíltan rákérdezni a csoporttagoktól, hogy érthető-e minden.

## Motiválás

A D-MKT és az MKT-Silver tréning elsődleges célja nem az, hogy minden, a depresszióról vagy a metakognícióról jelenleg ismert információt átadjon a résztvevőknek, hanem hogy új élményekben részesítse őket. Az egyik leghatékonyabb tanulási stratégia az, ha próbálkozunk, és közben hibázunk. Így a kételkedés és a dolgok megkérdőjelezése gyakran beláttat velünk dolgokat. Több modulban is az a tanulási folyamat kulcseleme, hogy pozitívan viszonyuljunk a hibákhoz. A „hibák” generálása tudatosan történik, hogy általuk be lehessen mutatni a gondolkodás és információfeldolgozás általános folyamatait. Ennek érdekében a trénereknek nem szabad túl direkt és tanárszerű stílusban viselkedni. Ehelyett „tökéletlen példát” kell mutatniuk.

## Korlátozás

Miközben a tréning lefolytatásának egyik központi eleme végig a tartalom személyessé tétele kell, hogy maradjon, az is alapvető fontosságú, hogy a tréner tudjon korlátot szabni a résztvevők elhúzódo és hosszadalmas hozzászólásainak. Ez különösen fontos a panaszok, valamint a túl általános vagy a csoport szempontjából nem releváns hozzászólások esetén. Az ilyen jellegű hozzászólások nem cél-orientáltak, és általában minden résztvevő számára egyformán megterhelőek, illetve akár össze is zavarhatják a többi csoporttagot. Mindezek miatt ezeket a hozzászólókat - az elfogadásuk mellett - egyértelműen korlátozni kell azzal, hogy visszatérünk a mindenki számára releváns tartalomra.

## 1.4.3 A D-MKT és az MKT-Silver ismétlődő szerkezeti elemei

### 1.4.3.1 A D-MKT

#### Az ülés megnyitása és a bevezetés

A résztvevők számára összeállított tájékoztató bevezető információkkal szolgál, és magába foglalja a csoport működési szabályait is. Ez a honlapunkról letölthető (<https://clinical-neuropsychology.de/d-MKT-manual-english/> tölthető le, és a fájl neve: „information material and group rules”; Jelinek és mtsai., 2015). Ha a tréning nyílt csoportos elrendezésben zajlik (vagyis bármely ülésnél csatlakozhat új páciens), akkor azt javasoljuk, hogy a résztvevők köszöntése után röviden mutassák be a D-MKT tréninget. A tréning tartalmának bevezetéséhez először a „metakogníció” fogalmát érdemes elmagyarázni. Ezt ideális esetben egy tapasztaltabb résztvevő tegye meg, és a tréner csak akkor lépjen közbe további magyarázatokkal, ha szükséges. A következő szövegdobozban látható erre egy példa.

#### Példa (tréner)

A görög „meta” szó azt jelenti, hogy „túl/után”. A „kogníció” egy általános kifejezés a gondolkodási folyamatokra, mint amilyen például a figyelem, a memória vagy a tervezés, és tág értelemben „gondolkodásnak” fordítjuk. Ha ezt a kettőt együttesen nézzük, akkor a „metakogníció” egyszerűen a „gondolkodásról való gondolkodást” jelenti. A metakognitív tréning keretében a gondolkodási folyamatokat meta- vagy műhold-perspektívából nézzük, úgy beszéljük át őket. Azokra a gondolkodási sémákra koncentrálunk, amelyek a depresszió kialakulása és fennmaradása szempontjából fontosak.

---

### A „műhold- pozíció” elnevezésű dia

Minden D-MKT modul a műhold-pozíciót bemutató diával indul. Ennél elmagyarázzuk, hogy a páciensek innen letekinthetnek a „depresszió rossz frontját” hozó időjárás képre. Ez egy könnyen megérthető és megjegyezhető metafora arra a meta-perspektívára, amit a tréning során alkalmazni fogunk. Arra utal, hogy a gondolatokat „fentről” vagy „távolról” nézve fel lehet fedezni a kapcsolatot a kognitív sémák és a depresszió kialakulása és fennmaradása között. A D-MKT tréning célja az, hogy megtanítsa kritikus szemmel tekinteni a gondolkodási folyamatainkra, azonosítani azokat a lehetőségeket és gyakorolni azokat a stratégiákat, amelyek révén pozitívan meg tudjuk változtatni ezeket a folyamatokat, és hatékony használatukkal úrrá tudunk lenni a depresszión.

---

### A korábbi anyag ismétlése

A modul bemutatása előtt időt kell szánni a korábbi modul keretében tárgyalt tartalom rövid átismétlésére, valamint arra, hogy a résztvevők meg tudják beszélni a tárgyalt kognitív torzításokat, és megosszák tapasztalataikat, amelyeket az otthon elvégzett feladatok során megtanult stratégiák alkalmazásával szereztek.

---

### „Gondolkodás és következtetés” című dia

Az 1., 3. és 5. modul („gondolkodás és következtetés” téma) bevezetése előtt tisztázzuk (vagy ismételjük el) a „kognitív torzítás” fogalmát, valamint a kognitív torzítás megváltozása mögötti logikát is. Szeretnénk kihangsúlyozni, hogy több vizsgálatban is kimutatták, hogy sok páciensnél információ-feldolgozási deficit áll fenn, de ez nem minden egyénre igaz és nem az összes általunk tárgyalt kognitív torzítás jelenik meg minden személy esetében. Azt is szeretnénk javasolni, hogy a terapeuták tudatosan úgy jellemezzék a gondolatokat, hogy azok „torzultak vagy torzítottak”, illetve „hasznosak/reálisak” vagy „kevésbé hasznosak/nem reálisak”, mintsem hogy „helyes” vagy „helytelen” jelzőkkel illessék azokat.

---

### Az egyes modulok tartalma

A bevezetés után következik a modulok egyéni anyaga. A modulok ismétlődő és egymást követő elemei a következők: 1) a D-MKT tréning által alkalmazott fogalmak magyarázata, 2) az anyag tartalmának egyértelművé tétele a valós életből vett példákon keresztül, valamint 3) a megtanult stratégiák játékosan aktivizáló gyakorlatokon keresztül történő gyakorlása. Habár mindezen tartalmak relevanciája a depresszió kialakulása és fennállása vonatkozásában empirikusan bizonyított, előfordulhat, hogy a tartalom egyes részei nem minden résztvevő számára egyformán fontosak (az empirikus adatok a megfelelő moduloknál találhatóak). Ezért azt javasoljuk, hogy a modul megkezdése előtt a terapeuta minden résztvevőnél mérje fel az adott modul témájának relevanciáját („Hallott már erről/ Ismerős a téma?”). Amikor olyan témákat érintenek, amelyek egyes résztvevők számára kevésbé relevánsak, akkor ezek a résztvevők példaként szolgálhatnak a csoport számára, hiszen hasznos megközelítések és funkcionális stratégiák kialakításában és alkalmazásában segíthetnek. Ezáltal maguk a csoporttagok is példát adhatnak arra, hogy milyen sokféleképpen lehet vélekedni egy-egy szituációról és értékelni azt. Az ilyen beszélgetések arra is lehetőséget biztosítanak, hogy a résztvevők megosszák egymással különböző nézőpontjaikat.

## Tanulási célok

Minden modul az adott nap foglalkozásán kitűzött tanulási célt összefoglaló dia bemutatásával zárul. Ezen a ponton egyes résztvevők számára megkönnyebbülést jelenthet, ha kihangsúlyozzuk, hogy saját kognitív torzításaiknak az *azonosítása* az első és legfontosabb lépés a változás felé vezető úton. A gondolkodásban csak fokozatosan áll be a változás. Ezért hívjuk a D-MKT programot *tréningnek*. A pácienseknek pozitív megerősítést kell adni már azért is, ha egyszerűen sikerült azonosítaniuk egy kognitív torzítást vagy diszfunkcionális megküzdési stratégiát. Az esetleges új diszfunkcionális hiedelmek, mint például „most látom, hogy a gondolkodásom is rossz...”, „az, hogy depressziós vagyok, az az én hibám” kialakulását dialektikus nézőpont bemutatásával kell megakadályozni. Ez történhet úgy, hogy rámutatunk arra és elfogadtatjuk azt, hogy egyrészt a kognitív torzítások és a megküzdési stratégiák valahonnan származnak, oka van annak, hogy hogyan és miért alakultak ki (nem a semmiből születnek, hanem tanulási folyamatok során alakítjuk ki azokat), illetve arra is, hogy a pácienseknek ott van a választás lehetősége eldönteni, hogy meg akarják-e változtatni a status quo-t, és új stratégiákat és viselkedési mintákat szeretnének-e kialakítani. A D-MKT további célkitűzései között szerepel az is, hogy növeljük a páciensek tudatosságát és azon képességét, hogy „hatástalanítsák” a gondolataikat és (vissza)szerezzék kognitív rugalmasságukat.

## Lezárás

A találkozót lehetőleg azzal záruljon, hogy egy rövid megbeszélés formájában megerősítjük a bemutatott és megtanult ismereteket, illetve növeljük a motivációt és a megtanult anyag gyakorlása iránti elkötelezettséget. Ajánlott, hogy a tréner egy-két közvetlen kérdést intézzon minden egyes résztvevőhöz, például „Önnek ma mi volt a legfontosabb információ?” vagy „A bemutatott stratégiák közül Ön melyiket szeretné gyakorolni a héten?”.

## Írásos összefoglaló és utánkövetés

A résztvevők a megbeszélte ismeretekről írásos összefoglalót kapnak (akár az egyes alkalmak végén, akár egy kis füzetecske formájában a csoport regisztrációját követően; ez tartalmazza a házi feladatokat is). Az házi feladat során a résztvevők írásbeli feladatokat végeznek a megtanult ismeretek megszilárdítására és azoknak a mindennapi életben történő alkalmazásának támogatására.

### 1.4.3.2 Az MKT-Silver tréning

A D-MKT és az MKT-Silver következő strukturális elemei azonosak: A csoportülés megnyitása és a bevezetés; a korábban tanultak ismétlése; a modulok egyedi tartalma; tanulási célok; lezárás, írásos összefoglaló és utánkövetés. Ebből kifolyólag ajánljuk a fentiek elolvasását, mivel az ott említett elemek az MKT-Silver tréning során is alapvető fontosságúak.

[Az MKT-Silver a következő szempontokból különbözik a D-MKT tréningtől:](#)

#### „Labirintus” metafora

Az MKT-Silver keretében egy labirintus metaforát használunk a metakogníció („a gondolkodásról való gondolkodás”) fogalmának bevezetésére. Ezt így magyarázhatjuk el: ha valaki egy



labirintusban találja magát, nehéz eldöntenie, hogy merre is induljon el, hogy megtalálja a kijáratot, és mindig fennáll annak a kockázata, hogy elveszik a labirintusban. „Madártávlatból” sokkal könnyebb észrevenni, hogy hol van a kijárat és a siker (vagyis a kijárat megtalálásának) valószínűsége is sokkal nagyobb. Ugyanígy, ha valaki depressziós, nehéz eltávolodni a negatív és ruminatív gondolati sémáktól. Akárcsak a D-MKT esetében, az MKT-Silver is azt tanítja, hogy hogyan lehet kritikus szemmel nézni a saját mentális folyamatainkra, hogyan lehet beazonosítani a kedvezőbb megközelítéseket és gyakorolni olyan stratégiákat, amelyek pozitív irányban képesek megváltoztatni ezeket a folyamatokat és hatékonyan használni azokat annak érdekében, hogy kilábaljunk a depresszióból.

### „Miért az MKT?” című dia

A találkozó elején, ha egyes résztvevők vonakodnak részt venni az MKT-Silver tréningben, az érdekes röviden tudatosítani bennük, hogy a depressziós tünetek, melyektől sokuk nagyon hosszú ideje szenved, nem fognak hirtelen eltűnni attól, hogy a páciensek részt vesznek egy vagy két MKT-Silver ülésen. Ehelyett az MKT-Silver tréningben bemutatott, empirikus bizonyítékokon alapuló tudásanyag és feladatok egyfajta kiindulási pontként, első lépésként szolgálnak arra, hogy a páciensek az életük során megtanult és a depresszióhoz vezető gondolkodási mintákat és viselkedést meg tudják változtatni. A résztvevőket arra biztatjuk, hogy végig nyitott szemmel legyenek, főleg akkor, ha egyes feladatok „túl egyszerűnek” vagy „furcsának” tűnnek. Hangsúlyozni kell, hogy mivel a résztvevők mind a saját szakértőik, ők tudják eldönteni, hogy mi a legjobb a számukra, ugyanakkor a csoport lehetőséget teremt arra, hogy új dolgokat próbálhassanak ki vagy felfrissíthessék a már korábban megtanult készségeiket.

### Életrszakasz-specifikus példák

Minden MKT-Silver modulba olyan példákat és tudásanyagot iktattunk be, amely a (legtöbb) idősebb felnőtt számára releváns lehet. Fontos tudatosítani, hogy az öregedés önmagában véve nem egy pszichológiai probléma. Azonban az idősebb felnőttek által tapasztalt változások és kihívások mennyisége, illetve a változásokat követő pozitív megerősítések (néha) csökkent mennyisége miatt a depressziós tünetek gyakran ebben a késői életrszakaszban jelentkeznek először. Ugyanakkor ez a korosztály igen heterogén: míg egyesek a 80-as éveik derekán (vagy még később is) teljesen fittek fizikailag, addig mások mozgásbeli és érzékszervi korlátozottságokkal élnek együtt. Emellett pedig míg egyesek a hosszú távra kialakított és hosszú időn keresztül ápolott kapcsolataik gyümölcseit élvezik (pl. a gyerekeikkel), addig mások egyre inkább elszigetelve érzik magukat és magányosan élnek (vagy az is előfordul, hogy nincsenek gyerekeik). Mindezek miatt igen fontos, hogy a tréner ne általánosítsanak, és hangsúlyozzák ki, hogy előfordulhat, hogy az információk vagy a példák nem feltétlenül mindenki számára relevánsak.

## 1.5 A kézikönyv áttekintése

A 2. fejezetben röviden bemutatjuk a D-MKT egyes moduljait: először az elméleti hátteret ismertetjük röviden, empirikus alapokra helyezve azon témákat, melyeket beemeltünk a tréningbe, majd példákkal szemléltetjük az adott (meta)kognitív torzítással vagy viselkedéssel járó tipikus gondolatokat, végül pedig a modul tartalmának összefoglalásában általános javaslatokat teszünk a tréning alkalmazására, illetve (a modulok többségénél) példákat tartalmazó diákat és gyakorlatokat mutatunk be.

A 3. fejezetben a csak az MKT-Silver tréning részét képező modulokat mutatjuk be. A D-MKT tréning keretén belül tárgyalt „tipikus” kognitív és metakognitív torzításokon kívül az MKT-Silver



két további, újonnan kialakított modullal bővült (3. modul: Elfogadás; 4. modul: Értékek). Egy modult adaptáltunk az MKT-Silver tréninghez, és új tartalommal is bővítettük (8. modul: Önértékelés). A 3., 4. és 8. modul tartalma nagyrészt a kognitív terápia „harmadik hulláma” tartozó intervenciókon alapul, amelyek nagy része ma már jól megalapozott kezelésnek minősül depresszióban.

### 1.1. táblázat A D-MKT és az MKT-Silver moduljai és témái

Modul	Cím	Főbb témák	
		D-MKT	MKT-Silver
1.	Gondolkodás és következtetés 1	Szelektív szűrő, túláltalánosítás	
2.	Emlékezet	Emlékezeti torzítások; Emlékezési stratégiák	
3.	Gondolkodás és következtetés 2	„Kell” típusú állítások, a pozitívumok figyelmen kívül hagyása és fekete-fehér gondolkodás	
		A pozitív/negatív visszajelzések kezelése	Az élet során bekövetkező változások elfogadása
4.	D-MKT: Önértékelés   MKT-Silver: Értékek	Önértékelés	Értékek meghatározása és (újra)felfedezése
5.	Gondolkodás és következtetés 3	Nagyítás vagy kicsinyítés, és a depresszív attribúciós stílus	
6.	Viselkedés és stratégia	Diszfunkcionális viselkedési stratégiák: szociális visszahúzóds, rumináció, gondolat-elnyomás	
7.	Gondolkodás és következtetés 4	Elhamarkodott következtetések levonása, gondolatolvasás és jóvendőmondás (katasztrofizálás)	
8.	D-MKT: Érzelmek   MKT-Silver: Önértékelés	Érzelmek	Önbecsülés az élet későbbi szakaszaiban

## 2. Metakognitív Tréning depresszióval küzdő páciensek részére (D-MKT)

írta Lena Jelinek, Marit Hauschildt és Steffen Moritz

### 2.1 1. modul: Szelektív szűrő és túláltalánosítás

#### 2.1.1 Elméleti háttér

Vizsgálatok kimutatták, hogy a depressziós személyek inkább a negatív tartalommal bíró információk feldolgozására hajlanak (Gotlib, Kasch, és mtsai., 2004; Gotlib, Krasnoperova, Yue, & Joormann, 2004; Nunn, Mathews, & Trower, 1997), és nehezebben tudják elterelni a figyelmüket az ilyen információkról (Gotlib & Joormann, 2010). A külön a negatív részletek kiszűrésére és kizárólag az ezekkel való foglalkozásra irányuló tendenciát a kognitív modellek „szelektív szűrő” néven említik (Hautzinger, 2013). Azt is igazolták, hogy a kudarcok alapján történő általánosításra való hajlam gyakran jár együtt depressziós tünetek kialakulásával (Carver & Ganellen, 1983; Carver, 1998), de ritkábban társul hozzá szorongás, (Ganellen, 1988) illetve hogy a depressziós egyének hajlamosak olyan önéletrajzi események alapján általánosítani, amelyek jellemzően nem specifikusak (Liu, Li, Xiao, Yang, & Jiang, 2013; Sumner, Griffith, & Mineka, 2010; Van Vreeswijk & De Wilde, 2004). Ez a túláltalánosítás a depresszióban szenvedők nyelvhasználatában is szembeötlő. A kudarcokat gyakran olyan kifejezésekkel írják le, mint a „mindig” vagy a „soha”. Ez negatív előjelű világfelfogáshoz vezet, amihez fatalizmus is társul („ha egyszer nem sikerült valami, akkor sosem fog”).

A legtöbb modul diáin nyílt kérdésekkel biztatjuk a résztvevőket arra, hogy elmondják a saját tapasztalataikat („Ismerős ez a helyzet?”). Az alábbi példák segítségével könnyen ellenőrizhető, hogy a résztvevők megértették-e, amiről szó volt, illetve arra is jók, hogy a tartalmat a csoporthoz lehessen igazítani. Arra viszont egyetlen résztvevőt se kényszerítsünk, hogy megossza személyes élményeit. Az alábbiakban olyan megjegyzések olvashatók egyes résztvevőktől, amelyek szemléltetik egy adott modul témáit és a lehetséges beszélgetést a csoporton belül.

#### Példák

##### Szelektív szűrő

„Arra emlékszem, hogy a kórházban mindig szét voltak főzve a zöldségek, de most, hogy jobban meggondolom, a desszert úgy általában egész jó volt.”

##### Túláltalánosítás

„Tíz év balesetmentes vezetés után múlt héten megbüntettek gyorsajtásért. Most egyre csak az jár az eszemben, hogy 'Vezetni sem tudok, nem is vagyok igazi férfi.'”

#### 2.1.2 Tartalom

Az 1. modulban a fent említett kognitív torzításokat („szelektív szűrő” és „túláltalánosítás”) tárgyaljuk meg metakognitív szempontból. Először is, a résztvevők segítségével definiáljuk mindkét torzítást, és mind általános, mind pedig egyéni példák segítségével illusztráljuk azokat. Azonosítjuk ezen gondolkodási módok diszfunkcionalitását, valamint azt, hogy milyen negatív hatással vannak az önbecsülésre, a hangulatra és a viselkedésre, majd olyan értékelési módokat gyűjtünk össze, amelyek sokkal hasznosabbak. Ez a megközelítés nagyban egyezik a kognitív terápiákban alkalmazott gondolatnaplókkal, ám a D-MKT ennél tovább megy, itt még hosszabb

beszélgetések és szókratészi dialógusok folynak az egyes páciensekkel. Először is a pácienseknek azt kell elsajátítaniuk, hogy a mindennapi életükben gyorsan felismerjék a gondolati torzításokat. Meg kell tanulniuk „egyoldalúként” és „nem túl hasznosként” azonosítani ezeket a gondolatokat, és ennek megfelelően metakognitív szinten „gondolati torzításként” felcímkézni.

Ezt a megközelítést kell alkalmazni a többi modulban is. Az ülés második részében a pácienseknek konkrét stratégiákat mutatunk be arra vonatkozóan, hogy hogyan lehet ezeket a torzításokat megváltoztatni. Először a páciensek is javasolhatnak saját maguk által használt bevált stratégiákat, majd a tréner kifejtheti (vagy kiegészítheti) ezeket, illetve további olyan hasznos stratégiákat is bemutat, amelyeket a páciensek nem említettek. Ilyenek: az „itt és most”-on alapuló konkrét állítások, a nézőpontváltás, illetve a szándékos túlzás. Minden stratégiát példákon keresztül gyakorlunk.

## Összefoglalás

Az 1. modul arra fókuszál, hogy metakognitív szinten azonosítsuk

(1) a szituáció negatív aspektusainak szelektív észlelését és felnagyítását („szelektív szűrő”)

(2) az (egyes) negatív tapasztalatok „túláltalánosítását”,  
valamint módosítsuk azokat.

## 2.2 2. modul: Emlékezeti torzítások és téves emléknymok

### 2.2.1 Elméleti háttér

A depressziós zavarokat gyakran kísérik mérsékelt figyelmi és memóriazavarok (Beblo, Sinnamon, & Baune, 2011; Gotlib & Joormann, 2010; McDermott & Ebmeier, 2009). Depresszió esetén ezek általában időszakosak, és a tünetek enyhülésével javulnak. Ezek a depresszióhoz köthető zavarok nem olyan kifejezettek, mint a demenciához köthetők, és gyakran előfordul, hogy a rumináció, a csökkent motiváció és az önmagunk leértékelésére irányuló gondolatok másodlagosan is rontják azokat. Ezen általánosabb jellegű neuropszichológiai eltérések mellett a kutatások azt is kimutatták, hogy a depresszióval élő páciensek memóriája is torzult. Ez azt eredményezi, hogy hajlamosabbak a negatív eseményeket előhívni (hangulattal kongruens emlékezet) (Blaney, 1986; Gotlib & Joormann, 2010; Matt, Vazquez, & Campbell, 1992). Ezek a torzítások felelősek az úgynevezett „hamis emléknymokért” is. Önmagukban véve nem patológiásak, ám olyan információkra való hibás emlékezést eredményeznek, amelyekkel az egyén nem is találkozott, olyan eseményekre való emlékezést, amelyek meg sem történtek vagy nem teljesen úgy történtek meg, ahogy az egyén emlékszik rájuk. Szembetűnő módon a depresszióval élő emberek több olyan negatív (és nem pozitív vagy semleges) információra emlékeznek, amellyel nem is találkoztak, mint az egészséges személyek (Howe & Malone, 2011; Joormann, Teachman, & Gotlib, 2009; Moritz, Voigt, Arzola, & Otte, 2008).

#### Példák



„Korábban egy hétvége alatt is ki tudtam olvasni egy hosszú regényt. Mostanában még egy női magazin cikkét is alig tudom elolvasni” (példa a mindennapi életben tapasztalt koncentrációs problémákra)



„Úgy érzem, hogy semmit nem bírok már megjegyezni, nem bírok többé a memóriámban sem. Ez már a demencia jele!” (példa diszfunkcionális hiedelemre)



„Gyakran kell keresgélnem az olvasószemüvegem. Össze-vissza pakolom a lakásban, és gyakran nincs ott, ahol keresem, habár biztos vagyok benne, hogy oda tettem.” (példa a mindennapi életben előforduló téves emléknymokra)


### 2.2.2 Tartalom

A 2. modulban az emlékezettel és a koncentrációs nehézségekkel kapcsolatban kérdezzük a csoportot. Ezen problémák előfordulásának illusztrálására egy olyan feladatot végzünk, amely a figyelem szelektív jellegét (a diákat és a példát lásd alább) mutatja be. Megjegyzendő, hogy ezeket a problémákat átmenetinek tekintjük, ami remélhetőleg enyhíti a páciensek alaptalan félelmeit (pl. az amiatti aggodalmat, hogy a személy biztosan valamely degeneratív memóriazavarban szenved). Emellett további feladatok segítségével buzdítjuk a pácienseket arra, hogy végiggondolják az emlékezéssel kapcsolatos különböző elképzeléseiket, mint például azt, hogy az emlékezet egy kamerához hasonlóan működik. Valójában az emlékezetünk konstruktív módon működik, és hajlamos hibákat elkövetni. Ebben a kontextusban vezetjük be a „téves emléknymok” fogalmát, amelyet további gyakorlatokkal szemléltetünk.


A középpontban végig a hangulattal kongruens (negatív) emlékezet van, ami a téves emléknymokat is magában foglalja. Előfordulhat, hogy az ilyen szelektív jellegű negatív emlékek vagy téves emléknymok további „evidenciákkal” támogatják a depresszív információfeldolgozást. Végül olyan stratégiákat mutatunk be, amelyek segítségével ellensúlyozható a szelektív emlékezés (pl. örömnapló), az általános memóriaproblémák (pl. végiggondolás és megszervezés, jegyzetfüzet, emlékezést megkönnyítő eszközök), valamint a túláltalánosítás (pl. mások megkérdezése arról, hogy hogyan is történtek valójában a múltbeli események, vagy az ellentmondó bizonyíték aktív keresése).

### 2.2.3 Példát tartalmazó dia és gyakorlat

A depresszióra jellemző koncentrációs és memóriazavarok szemléltetésére megkérjük a pácienseket egy „matekfeladat” megoldására, amelyet dián vetítünk ki és amit a tréner hangosan felolvas (lásd 2.1 ábra).




D-MKT 2 – Emlékezet 37



## Matekpélda

A buszvezető reggel üres busszal hagyja el a buszállomást. Az első megállónál 5 személy száll fel. A következő megállónál még 4 fő száll fel és 2 fő száll le. A következő megállónál 1 utas száll fel. A következő megállónál még 6 személy száll fel. A következő megállónál 8 utas száll le és 3 fő száll fel. Ezt követően az az utáni megállónál még 2 személy száll le.



2.1. ábra Példát tartalmazó dia a 2. modulból.

A résztvevők előzetes elképzelésével ellentétben a következő dia a megálló számára kérdez rá és nem arra, hogy hány utas marad a buszon. Mivel a memóriánk szelektív és a legtöbb résztvevő arra koncentrál, hogy hányan vannak a buszon, nem fognak emlékezni a megálló számára. A gyakorlat megbeszélése során játékosan bemutathatjuk a koncentráció (vagy figyelem) és a memória közti kapcsolatot, ami akár magyarázattal is szolgálhat a depresszióban előforduló emlékezeti zavarokra. Szemléltetésként a „reflektorfény” metaforát is használhatjuk, amivel azt hangsúlyozhatjuk, hogy a reflektorfényhez hasonlóan az emberi figyelem is egyszerre csak néhány dologra irányítható, és a többi dolog nagy része „sötétben marad”. A matekfeladathoz kapcsolódva ez azt jelenti, hogy a figyelmünk szelektíven vagy az utasok számára vagy a megálló számára irányul. A következő lépésben azt tisztázzuk, hogy ez a feladat hogyan kapcsolódik a depresszió tüneteinekhez. Az olyan belső folyamatok, mint a ruminálás vagy az aggodás gyakran a teljes figyelmünket igénybe veszik, így a reflektorfény befelé fordul, kevésbé irányul a külső eseményekre. Ebből kifolyólag a minket körülvevő világra csak „hiányos” figyelem irányul, így arra később kevésbé tudunk emlékezni.

---

## Összefoglalás

A 2. modul fókuszpontjai:

(1) a depresszióhoz köthető (szubjektív) memória- és koncentrációs zavarok ismertetése és okainak magyarázata, valamint hasznosabb stratégiák bemutatása ezen (észlelt) problémák kompenzálására.

(2) a memóriatorzításokat illető tudatosság növelése (hangulattal kongruens emlékezet, negatív „téves emlékyomok” valószínűségének növekedése, a pozitív emlékek túláltalánosítása).

## 2.3 3. modul: „Kell” típusú állítások, a pozitívumok figyelmen kívül hagyása és fekete-fehér gondolkodás

### 2.3.1 Elméleti háttér

Kutatások kimutatták, hogy a perfekcionista gondolkodás depressziós tünetek megjelenéséhez vezet (Egan, Wade, & Shafran, 2011; Graham és mtsai., 2010). A perfekcionizmus merev szabályok és normák formájában nyilvánul meg, amelyek gyakran a személy verbális megnyilvánulásaiban is szembetűnőek, például olyan kifejezésekben, mint „az embernek muszáj...”, „az embernek kell...” vagy „soha nem lehet/szabad...”. Az ilyen állításokat „kell” típusú állításoknak nevezzük. A negatív, diszfunkcionális perfekcionizmus dichotóm gondolkodással jár együtt (Egan, Piek, Dyck, & Rees, 2007), és ezt ki is mutatták depressziós tünetekkel élő pácienseknél (Litinsky & Haslam, 1998; Teasdale és mtsai., 2001). A kognitív modellekben ezt „minden vagy semmi” gondolkodásnak nevezik (Hautzinger, 2013) arra utalva, hogy a páciens hajlamos fekete-fehéren gondolkodni. Azok a páciensek, akik ezt a stratégiát alkalmazzák, gyakran úgy gondolják, hogy egy elvárást vagy 100%-osan lehet teljesíteni vagy sehogy, egy arc vagy szép vagy csúnya, egy vacsora pedig vagy finom vagy undorító. Emellett a vizsgálatokból az is kitűnik, hogy a depressziós egyének nehezen fogadják el a pozitív visszajelzéseket (Bogdan & Pizzagalli, 2006; Eshel & Roiser, 2010), és könnyebben fogadják el a negatív visszajelzést (Cane & Gotlib, 1985). Ez összhangban van azzal a klinikai obszervációval, hogy a páciensek gyakran nehezen viselik a dicséretet, és a pozitív visszajelzést kevésbé relevánsnak értékelik, mint a negatívát. A kognitív modellekben ezt a *pozitívumok figyelmen kívül hagyásaként/diszkvalifikációjaként* említik.

#### Példák

„Kell” típusú állítások: „A gyerekeimnek otthon készített ételeket kellene adnom (különben rossz szülő vagyok).”

„Minden vagy semmi” gondolkodás: „Ha reggel 7-re már nem keltem ki az ágyból, akkor az egész nap odavan, akár maradhatok is az ágyban.”

A pozitívumok diszkvalifikációja: „Egy ügyféllel való tárgyalás után a kollégám megdicsérte a kommunikációs képességeimet. Erre én azt válaszoltam, hogy ‘Ha már három éve itt dolgoznál, te is pont ilyen ügyes lennél!’”

### 2.3.2 Tartalom

A 3. modulban két tipikus depresszív torzítást, a „kell” típusú állítások és a „pozitívumok diszkvalifikálása/figyelmen kívül hagyása”, mutatunk be megfelelő példákon keresztül. Először a „kell” típusú állításokat nézzük meg közelebbről, megvizsgálva költségeiket és hasznukat. Aztán bemutatjuk a „minden vagy semmi” típusú gondolkodást is. A cél az, hogy pácienseink megkérdőjelezzék a túlzott elvárásaik és a „minden vagy semmi” jellegű gondolkodásuk hasznát. Ez segíthet nekik abban, hogy realisztikus célokat állítsanak fel és depresszív időszakuk során a helyzetnek megfelelően módosítsák elvárásaikat. A következő lépésben a „pozitívumok figyelmen

---

kívül hagyása” nevű kognitív torzítást beszéljük meg két példán keresztül („Kritizálják Önt”, illetve „Megdicsérik Önt”). Itt két tipikusan depresszív gondolkodási mintázat, a „negatív visszajelzés elfogadása” és a „pozitív visszajelzés visszautasítása” kerül a középpontba. Ezután ezeknek a torzításoknak a valós életben megjelenő példái kapcsán vesszünk fontolóra további hasznos értékelési lehetőségeket. A tanultak megerősítésére dicséret-elfogadó stratégiákat fejlesztünk ki (pl. ne becsüljük alá a dicséretet; tekintsünk úgy a dicséretre, mint egy ajándékra).

### Összefoglalás

A 3. modul fókuszpontjai:

- (1) a rugalmatlan normák vagy túlzott elvárások („kell” típusú állítások) azonosítása és módosítása
- (2) a „minden vagy semmi” típusú gondolkodás előfordulásainak felismerése, valamint megfelelő értékelés kialakítása.

Emellett metakognitív nézőpontból felmérjük, hogy a résztvevő leértékeli-e vagy visszautasítja-e a pozitív tapasztalatokat, vagy visszajelzéseket („a pozitívumok figyelmen kívül hagyása”), ami abban nyilvánul meg, hogy a páciens nehezen fogadja el a dicséretet.



## 2.4 4. modul: Önértékelés és perfekcionizmus

### 2.4.1 Elméleti háttér

Az önbecsülésnek központi szerepe van a depresszió kialakulásában és fennmaradásában (Sowislo & Orth, 2013). Pontosabban fogalmazva, úgy néz ki, hogy az *alacsony* önértékelés kedvez a depresszív tünetek kialakulásának (Orth, Robins, Meier, & Conger, 2016; Orth, Robins, Trzesniewski, Maes, & Schmitt, 2009). A csökkent önértékelés depresszióban kifejtett szerepét önbevallásos kérdőívek használatával mutatták ki, ilyen a Rosenberg-féle Önértékelés Skála (RSE, Rosenberg, 1965); ugyanakkor az implicit mérőeszközök, mint például az Implicit Asszociációs Teszt (IAT) eredményei nem egyértelműek (Wegener és mtsai., 2015).

#### Példa

„Az olyan emberek, akik nem dolgoznak, mint én, értéktelenek. Semmit nem hozok létre, és semmivel sem járulok hozzá a társadalom működéséhez.”

### 2.4.2 Tartalom

A 4. modul középpontjában az önértékelés áll. A csoporttagok a trénerrel együtt fogalmazzák meg, hogy mit is jelent az önértékelés, és azonosítják az egészséges önértékelés kívülről is látható, valamint nem látható jeleit. Ezt követően az önértékelés különböző forrásait vesszük végig Poetreck-Rose könyvespolc-metaforája segítségével (Potreck-Rose, 2006; Potreck-Rose & Jacob, 2003), amely szerint az önértékelés különböző forrásokból ered. Ha valaki folyamatosan csak a gyengeségeire és hiányosságaira koncentrál, és nem értékeli az erősségeit és az önbecsülés más pozitív jellegű forrásait, akkor sérül az önértékelése. Ismertetjük ezeket a mintázatokat, illetve a többi olyan gondolkodási mintázatot is (pl. perfekcionizmus, irreális összehasonlítás másokkal), amely az önértékelés stabilitása ellen dolgozik, majd olyan hasznos stratégiákat dolgozunk ki, amelyek erősítik az önértékelést (pl. az erősségek felismerése az önbecsülés különböző forrásainak vizsgálatával, az irreális, egyoldalú hasonlítások csökkentése; örömnapló vezetése; pozitív cselekvésekben való rendszeres részvétel).

### 2.4.3 Példa és gyakorlat

Ha irreális módon hasonlítgatjuk magunkat más emberekhez, akkor csökkenhet az önértékelésünk (pl. a „kezdő,” ha az igazgatóhoz hasonlítja magát, akinek rengeteg munkatapasztalata van). Ezeknek a torzításoknak a szemléltetésére megemlítünk néhány hírességet (pl. Robbie Williams, David Beckham, Angelina Jolie), és feltesszük azt a kérdést, hogy mi a közös ezekben az emberekben. Általában gyorsan érkezik a válasz, miszerint „sztárok”. Kevésbé gyakran szokták tudni, hogy mindannyian pszichiátriai betegségtől szenvedtek vagy szenvednek (a háttérinformációkat később mondjuk el). A gyakorlat végére szeretnénk, ha egyértelmű lenne, hogy ha azt feltételezzük, hogy egy sztárnak „tökéletes” élete van, akkor gyakran irreálisan, egyoldalúan hasonlítjuk magunkat hozzájuk. Ha például pénz, siker vagy hírnév tekintetében hasonlítjuk magunkat össze velük, akkor azt látjuk, hogy mi kevésbé vagyunk jók, mint ők. Ám „senki sem tökéletes”, és előfordulhat, hogy ha az életük más területeit is megvizsgáljuk, kiderülhet, hogy a sztárok sem minden téren sikeresek.

---

## Összefoglalás

A 4. modul az önértékelésre összpontosít

(1) az alacsony önbecsüléshez hozzájáruló kognitív torzítások (pl. a gyengeségeinkre való koncentráció, perfekcionista gondolkodás, magunk másokhoz való irreális hasonlítás) enyhítésével és módosításával

(2) olyan stratégiák erősítésével, amelyek növelik az önértékelésünket (pl. a személy erősségeinek kihangsúlyozása az önbizalom különböző forrásainak áttekintésével; örömnapló vezetése; pozitív tevékenységekben való részvétel).

## 2.5 5. modul: Nagyítás vagy kicsinyítés, és a depresszív attribúciós stílus

### 2.5.1 Elméleti háttér

A depressziós emberek pesszimistán tekintenek a saját teljesítményükre, és a nem depressziós emberekhez képest rosszabbnak ítélik azt, mint amilyen valójában (Cane & Gotlib, 1985; Garber & Hollon, 1980). Beck kognitív torzításokról szóló klasszikus keretrendszerében ezt úgy nevezik, hogy a személy hibáinak és problémái mértékének, következményeinek *felnagyítása*, valamint a személy képességeinek *kicsinyítése* (Hautzinger, 2013). Bizonyított tény, hogy a nem depressziós emberekhez képest a depresszióval élők hajlamosak a sikertelenségeiket saját maguk hibájának, míg a sikereiket külső körülményeknek vagy más embereknek tulajdonítani (Ball, McGuffin, & Farmer, 2008; Mezulis, Abramson, Hyde, & Hankin, 2004; Sweeney, Anderson, & Bailey, 1986). Ez a *depresszív attribúciós stílus* kulcsfontosságú eleme Seligman átdolgozott tanult tehetetlenség elméletének, amely a depresszió magyarázatát célozza (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978; Peterson & Seligman, 1984).

#### Példák

##### Nagyítás és kicsinyítés

- „Visszajött egy levél, mert nem tettem rá elég értékben bélyeget. Jobban kellett volna figyelnem – nagyon hanyag voltam, hogy nem mértem meg. Semmit sem tudok jól csinálni.”
- „Abban, hogy szépen feldíszítettem a lakásomat, nincs semmi különös, bárki meg tudja csinálni. Csak fel kell rakni pár dolgot.”

##### Attribúciós stílus

Pozitív esemény: Azt mondja egy barátod: „Nagyon szépen beparkoltál háttal abba a parkolóba!”

- „Nem, egyszerűen csak jó nagy volt a hely. Plusz, jó volt az oktatóm.”

Negatív esemény: Az adománygyűjtő sütivásáron a vártnál kevesebb pénz gyűlt össze.

- „Több energiát kellett volna befektetnem. Más sütit kellett volna sütnöm, többet kellett volna mosolyognom, és kedvesebbnek kellett volna lennem az eladáskor. Több barátomnak kellett volna szólnom róla.”

### 2.5.2 Tartalom

Az 5. modulban a fent említett kognitív torzításokat („nagyítás és kicsinyítés”, valamint „attribúciós stílus”) tekintjük át metakognitív szempontból. A „nagyítás és kicsinyítés” elnevezésű torzítás bemutatását egy rövid gyakorlattal kezdjük. Megkérjük a pácienseket, hogy mondjanak két dolgot, amit aznap jól csináltak és kettőt, ami rosszul ment (ha a csoport ülése reggel van, akkor a tréner az előző nap eseményeiről is kérdezheti a pácienseket). Aztán arra kérjük a pácienseket, hogy mondják meg, „sikertelen” vagy „sikeres” tettet tudtak-e könnyebben felidézni, illetve melyiken gondolkodnak többet. Ez, valamint a diákon látható következő példák rendszerint jól mutatják, hogy amikor valaki depressziós, sikertelenségei sokkal több figyelmet kapnak, míg sikerei vagy képességei figyelmen kívül maradnak vagy leértékelődnek.

A modul második felében a depresszív attribúciós stílus jellemzőit beszéljük meg. Egy példa segítségével mérjük fel, hogy milyen negatív következményei vannak az ilyen jellegű attribúciós stílusnak a hangulatra és a viselkedésre. Végül bemutatjuk a kiegyensúlyozott attribúciós stílust -

itt a situációban számos releváns belső és külső tényező játszott szerepet (a gyakorlathoz lásd a 2.2 ábrát).

### 2.5.3 Példákat tartalmazó dia és gyakorlat

UK

D-MKT 5 – Gondolkodás és következtetés 3 69

## Egy barátja nem köszöntötte fel Önt a születésnapján

Miért nem kívánt Önnek boldog születésnapot a barátja?

Minek tulajdonítja mindezt?

A helyzet vagy a véletlen?

Egy másik személy vagy személyek?

Önmaga?



2.2. ábra Példát tartalmazó dia az 5 modulból.

A modul utolsó gyakorlati részében a megadott példák (lásd a 2.2 ábrát) segítségével kiegyensúlyozottabb attribúciós stílus kialakítására adunk ötleteket. Soha nincs „egy” jó válasz a bemutatott helyzetre. Ehelyett az a cél, hogy különböző megoldásokat/magyarázatokat keressünk és lehetséges okokat találjunk az „én”, „mások” és a „körülmények” kategóriáinak figyelembevételével. Ne feledjük, hogy ezek elméleti kategóriák és lehetnek köztük átfedések. Depressziós csoportok esetén azt javasoljuk, hogy a negatív esemény okainak (pl. „egy barátod nem köszöntött fel a születésnapodon”) keresését a „mások” és a „körülmények” kategóriák használatával, a pozitív események okainak (pl. „ajándékot kapsz”) keresését pedig az „én” kategória használatával kezdjük.

### Összefoglalás

Az 5. modul





- (1) saját képességeink és gyengeségeink megítélése (saját hibáink és problémáink mértékének és következményeinek túlzott felnagyítása; képességeink leértékelése)
- (2) az attribúciós stílusunk (a sikertelenségek önmagunknak való tulajdonítása, illetve egyetlen okság feltételezése) torzításainak metakognitív szinten történő azonosítására és megváltoztatására irányul.

## 2.6 6. modul: Diszfunkcionális viselkedési stratégiák

### 2.6.1 Elméleti háttér

A diszfunkcionális viselkedési stratégiáknak szintén igen fontos szerepe van a depresszív zavarok kialakulásában és fenntartásában. Ezek közül a „szociális visszahúzóds” bír különös jelentőséggel (Boivin, Hymel, & Bukowski, 1995; Lara, Leader, & Klein, 1997; Seidel és mtsai., 2010). Az utóbbi évtized azon kutatásainak eredményei, amelyek a maladaptív kognitív stratégiákra irányultak, bebizonyították, hogy a *rumináció* (Rood, Roelofs, Bögels, Nolen-Hoeksema, & Schouten, 2009) és a *gondolatok elnyomása* (van der Does, 2005) szoros kapcsolatban állnak a depresszió patogenezisével. A rumináció és gondolatelnyomás pozitív és negatív metakognitív aspektusai a Wells-féle terápiának is szerves részét képezik (Matthews & Wells, 2000; Wells, 2011). Mindezek mellett a 6. modul a szociális visszahúzóds-hoz kapcsolódó *diszfunkcionális metakognitív tartalmakkal* is foglalkozik.

#### Példák

-  „Csak akkor kellene összefutnom másokkal, amikor jó a hangulatom.”
-  „A rumináció segít a problémáim megoldásában.”
-  „Nem tudom kontrollálni a gondolataim.”
-  „Nem szabad negatív gondolatokra gondolnom.”

### 2.6.2 Tartalom

Ebben a modulban azt tisztázzuk, hogy a rumináció, a negatív gondolatok elnyomása és a szociális visszahúzóds érthető, de végső soron diszfunkcionális stratégiák. A pácienseknek lehetőségük van arra, hogy megosszák a saját élményeiket. A stratégiák megtárgyalása után megbeszéljük az ezekhez a stratégiákhoz kapcsolódó diszfunkcionális meta-feltevéseket is annak érdekében, hogy változtatni tudjunk rajtuk (pl. „Segít a rumináció a problémák megoldásában?”). Tisztázzuk, hogy a gondolatelnyomás egy gyakran használt, ámde ugyancsak diszfunkcionális stratégia a rumináció ellen, aminek a szemléltetésére egy gyakorlatot is elvégzünk („Ne gondoljon egy elefántra”). Ennek a gyakorlatnak az a célja, hogy bebizonyítsuk, ez a stratégia nem segít a rumináció leküzdésében. A következő lépésben funkcionális stratégiaként egy mindfulness légygyakorlatot javasolunk. A modul második felében a szociális visszahúzóds-sal foglalkozunk. Bemutatjuk a depresszióra jellemző inaktivitásból kiinduló ördögi kört, és megmutatjuk, hogy milyen lépésekben lehet növelni az aktivitást.

#### Összefoglalás

A 6. modul fókuszpontjai:

- (1) a diszfunkcionális megküzdési stratégiák (rumináció, negatív gondolatok elnyomása, szociális visszahúzóds) és meta-feltételezések csökkentése.
- (2) a funkcionális stratégiák és meta-feltételezések fejlesztése.

## 2.7 7. modul: Elhamarkodott következtetések levonása, gondolatolvasás és jövőmondás (katasztrófizálás)

### 2.7.1 Elméleti háttér

A depresszióban szenvedő egyének jövőképe sokkal negatívabb, mint a nem depressziós személyeké - az ilyen páciensek több negatív esemény előfordulására készülnek fel (Alloy & Ahrens, 1987; Miranda, Fontes, & Marroquín, 2008; Strunk & Adler, 2009). Egy vizsgálatban például azt mutatták ki, hogy a súlyosan depressziós résztvevők több negatív, nemkívánt eseményre készültek, mint amennyi valójában bekövetkezett (Strunk, Lopez, & DeRubeis, 2006). Ez a kognitív torzítás a *katasztrófizálás* (Hautzinger, 2013), amelyet a *mások feltételezeten negatív gondolatainak* (Hautzinger, 2013) az olvasására tett próbálkozással együtt a kognitív modellek *elhamarkodott következtetések levonása* néven tárgyalnak. Ez a fogalom arra a hajlamra utal, hogy valaki negatívan értelmezi az eseményeket még akkor is, ha semmilyen egyértelmű ok nem támasztja alá ezt a (egyoldalú és negatív) következtetést.

#### Példa


„Mindig a legrosszabbra számítok. Ez arra is vonatkozik, hogy mások mit gondolnak rólam, de legfőképp arra, hogy mi történhet a jövőben. Így nem csalódom sem magamban, sem másokban.”

### 2.7.2 Tartalom


A 7. modul témája a depresszióra jellemző elhamarkodottan levont következtetések két megjelenési formája: a „gondolatolvasás” (általában mások negatív gondolatai) és a „katasztrófizálás”. Mielőtt ezeket a kognitív torzításokat példákkal szemléltetnénk, először megpróbáljuk definiálni őket. Majd például a következő szituáció lehetséges értelmezéseit beszélhetjük meg: „Emberek állnak egy csoportban és nevetnek – a csoportból valaki megfordul és Önre néz”. Először a szituáció diszfunkcionális, majd funkcionális interpretációit beszéljük meg, aztán pedig a különböző értelmezések következményeit tárjuk fel. A téma bevezetése után egy gyakorlaton keresztül vizsgáljuk meg, hogy mennyire vagyunk képesek (már ha egyáltalán) mások gondolatainak olvasására (lásd a diát és a példaként bemutatott gyakorlatot). A modul második fele a „katasztrófizálással” foglalkozik. Példát adunk a katasztrófizálásra, majd más lehetséges gondolkodási módokat mutatunk be.


A modul utolsó részében az elhamarkodottan levont következtetésekkel kapcsolatban végzünk el egy általános gyakorlatot. Képsorozatok segítségével arra hívjuk fel a figyelmet, hogy milyen negatív következményei lehetnek annak, ha elhamarkodottan vonunk le következtetéseket. Három képet mutatunk meg egymás után, de kronológiailag fordított sorrendben. Arra kérjük a résztvevőket, hogy véleményezzék a megadott négy válaszlehetőséget a történet valószínű lefolyásával kapcsolatban. A helyes válasz eleinte valószínűtlennek tűnik a többi válaszlehetőséghez képest. Összességében nézve a modul arra kívánja felhívni a figyelmet, hogy nem mindig visz előbbre minket, ha a legelső megérzésünkre hagyatkozunk, mivel az csalóka lehet, és így egyoldalú és helytelen következtetésre juthatunk.

## 2.7.3 Példákat tartalmazó dia és gyakorlat




D-MKT 7 – Gondolkodás és következtetés 4 35





- a. A pedikűrös
- b. Csüggedő nő
- c. A lábat már nem lehet megmenteni
- d. Üszkösödés



**2.3 ábra** A fent bemutatott gyakorlat során arra kérjük a pácienseket, hogy találják ki, mi lehet a festmény címe (Az „A” válasz a helyes; A pedikűr; Edgar Degas, 1873).

A depressziós emberek gyakran megpróbálják kitalálni mások gondolatait. Egy feladat segítségével azt nézzük meg, hogy ez lehetséges-e egyáltalán. Arra kérjük a pácienseket, hogy „olvassanak a művész gondolataiban” és válasszák ki egy listából, hogy melyik a festmény helyes címe (lásd a 2.3 ábrát). Direkt olyan festményeket és címeket választottunk, amelyeknél könnyű elhamarkodott következtetéseket levonni (és nem a jó címet kiválasztani). Ha a gyakorlatot csoportos formában végezzük, akkor kérjük meg a résztvevőket, hogy együtt döntsenek a címről. A döntést követően beszéljük meg, hogy milyen érvek szólnak az egyes címlehetőségek mellett és ellen. A helyes cím felfedése után ki lehet emelni, hogy a festmény mely elemei utaltak a helyes címre, vagy segíthettek kizárni egy rossz válaszlehetőséget. Mint minden MKT feladat esetében, itt is nagyon fontos biztosítani, hogy a páciensek ne sikertelenségnek fogják fel, ha nem találták el a címet. Illetve fontos biztosítani, hogy a csoportban végig pozitív maradjon a légkör. A gyakorlatnak az a célja, hogy megmutassuk, mennyire nehéz kitalálni mások (jelen esetben a művészek) gondolatait, függetlenül attól, hogy depressziós-e valaki vagy sem.

### Összefoglalás

A 7. modul fókuszpontja az „elhamarkodott következtetések levonása” nevű kognitív torzítás (különösképpen a mások negatív gondolatainak az olvasása és a katasztrofizálás) azonosítása és megváltoztatása metakognitív szinten.

## 2.8 8. modul: Érzelemfelismerés és érzelmi következtetés

### 2.8.1 Elméleti háttér

A vizsgálati eredmények szerint a nem depressziós egyénekhez képest a depresszióval élő emberek másképp azonosítják az érzelmeket kifejező arckifejezéseket. Jobban figyelnek a negatív érzelmeket, például haragot vagy dühöt kifejező arcokra (Gotlib, Kasch, és mtsai., 2004; Leyman, De Raedt, Vaeyens, & Philippaerts, 2011), míg a pozitív érzelmeket mutató arcokat csak felszínesen nézik meg (Joormann & Gotlib, 2006; Yoon, Joormann, & Gotlib, 2009). A semleges arckifejezéseket pedig gyakrabban értelmezik félre (Douglas & Porter, 2010; Naranjo és mtsai., 2011). A nem egyértelmű érzelmelek negatívként való érzékelése rosszabb prognózist jelez mind a relapszusig eltelt időt, mind pedig a betegség remisszióját illetően (Hale, Jansen, Bouhuys, & van den Hoofdakker, 1998).

#### Példa



„Szerintem nagyon jól tudok olvasni a feleségem arckifejezéseiből. Olyan sok éve ismerem, hogy pontosan tudom, mikor nem tetszik neki valami.” Erre a többi résztvevő megkérdezi: „Oké, de honnan tudod, hogy csak nem annyira tetszik neki valami vagy egyenesen utálja? Ettől nagyon sok minden függhet, és könnyen lehet belőle veszekedés.”

### 2.8.2 Tartalom

A 8. modul bizonyos érzelmi kifejezések beazonosítására fókuszál. Első lépésként egy olyan emberről mutatunk képet, akinek össze vannak fonva a karjai, és megkérjük a pácienseket, hogy értelmezzék a képet. Arra kell megkérni a pácienseket, hogy mondják el, hogyan lehet többféleképpen értelmezni ezt a testhelyzetet, és próbálják meghatározni, hogy milyen információk segítenének a helyes értelmezés megtalálásában. A következő lépésben alapérzelmeket nevezünk meg, majd arra kérjük a résztvevőket, hogy döntsék el a különböző arckifejezések milyen érzelmekről árulkodnak. Ezek a gyakorlatok azt bizonyítják, hogy az (érzelmi töltetű) arckifejezéseket könnyű félreértelmezni. Azt is kiemelik, hogy az aktuális hangulat befolyásolhatja mások gesztusainak vagy mimikájának az értelmezését. Egy másik gyakorlat segítségével azt lehet illusztrálni, hogy ha például valakinek rossz a hangulata, akkor hajlamos a más emberektől érkező jelzéseket negatívként vagy visszautasításként értelmezni. Annak érdekében, hogy ne elhamarkodottan vagy helytelenül értelmezzük, amit látunk— hisz az jelentős következményekkel járhat— fontos a lehető legtöbb információt összegyűjteni az értelmezés kialakításakor (pl. szituációs elemekre, a személyre vonatkozó előzetes tudásunkra), és nem csupán egyes részletekre figyelni (például karba tett kéz). Az érzelmekkel kapcsolatos diszfunkcionális metakogníciók (pl. „nem elfogadható, hogy negatív érzéseim legyenek”) feldolgozása céljából az érzelmelek racionális kiértékelésére szolgáló információk a modul végén találhatóak.



## 2.8.3 Példákat tartalmazó dia és gyakorlat



**2.4a ábra.** Példát tartalmazó dia a 8. modulból (Képrészlet)      **2.4b ábra** Példát tartalmazó dia a 8. modulból (Kontextus és érzelem)

Ebben a gyakorlatban a résztvevőknek egy fotónak csupán egy részletét mutatjuk meg, ahol egy személy arca látszik, amely egy bizonyos érzelmet tükröz (lásd a 2.4a ábrát). A fotó alatt négy értelmezési lehetőség van feltüntetve (kontextus és a kifejezett érzelem). A résztvevőket megkérjük, hogy beszéljék meg, melyik lehetőséget tartják a legvalószínűbbnek, és válasszanak ki egyet. Ha befejeződött a megbeszélés, megmutatjuk nekik a következő dián a „megoldást” (lásd a 2.4b ábrát). Néha jól jön, ha kihangsúlyozzuk a résztvevőknek, hogy ehhez a gyakorlathoz direkt többféle képen értelmezhető képeket válogattunk össze, amelyek megfejtése nem egyértelmű. A cél az, hogy megmutassuk, hogy az arckifejezéseket könnyen félre lehet értelmezni. Ahhoz, hogy határozott és egyértelmű döntést hozhassunk, jó, ha több információt is összegyűjtünk.

### Összefoglalás

A 8. modul az érzelmi kifejezések azonosítására fókuszál, valamint az érzelmekhez kapcsolódó diszfunkcionális meta-feltételezések megváltoztatására.

## 3. Az időskori depresszió kezelését célzó metakognitív tréning (MKT-Silver)

írta Brooke C. Schneider, Steffen Moritz, Lara Bücker, Lena Jelinek

Az MKT-Silver 1., 2., 5., 6. és 7. moduljának tartalma majdnem egyezik a D-MKT modulokkal (az összehasonlítás az 1. táblázatban látható). Egyes példákat és gyakorlatokat azonban megváltoztattunk annak érdekében, hogy relevánsabbak legyenek az idősebb felnőttek számára. Emellett a formátumukat is a korosztályhoz igazítottuk. Emiatt a fent említett modulok (a 2. modulhoz tartozó emlékezeti részre vonatkozó megjegyzés kivételével) tartalmát ebben a fejezetben nem tárgyaljuk újra, így a trénereknek a D-MKT program megfelelő fejezeteit javasolt elolvasniuk ezen modulok elméleti háttérére és tartalmi összegzésére vonatkozóan, valamint a példákat tartalmazó diák és a modul céljainak összefoglalása tekintetében. A gyakorlatok és példák korosztályhoz való igazítása egyértelműnek mondható, nem tartjuk valószínűnek, hogy szükséges lenne még alaposabban megbeszélni ezeket. Ugyanakkor határozottan javasoljuk, hogy a D-MKT programot jól ismerő trénernek az MKT-Silver moduljainak első bemutatása előtt szánjanak időt az új példák átnézésére, főleg a példák fókuszára figyelve. Alább láthatók azok a tartalmak, amelyek tekintetében jelentős különbség fedezhető fel a D-MKT és az MKT-Silver között, főleg a 3., 4. és 8. modult illetően.

### 3.1 2. modul: A depresszióval élő idősebb páciensek emlékezete

Tekintettel arra, hogy sok idősebb ember jelzi azt, hogy problémák vannak a memóriájával, hiába hasonlít az MKT-Silver 2. moduljának tartalma nagy mértékben a D-MKT megfelelő moduljához, mégis szeretnénk kiemelni néhány olyan információt a kognitív változásokkal kapcsolatban, amelyek főként a depresszióval élő idősebb emberekre jellemzőek. Az idősebb emberek körében a szubjektív kognitív zavarok következetesen és egyértelműen összefüggésbe hozhatók az affektív tünetek jelenlétével (Hill és mtsai., 2016). Sok idősebb, de nem depressziós páciensnek félelmei vannak, hogy demencia vagy egyéb visszafordíthatatlan kognitív változás következik be náluk. Az azonban nem világos, hogy a szubjektív memóriapanaszok mennyire hozhatók összefüggésbe bizonyos kognitív zavarokkal vagy képesek lehetnek-e előre jelezni a kognitív változásokat (Brailean, Steptoe, Batty, Zaninotto, & Llewellyn, 2019; Montejo Carrasco és mtsai., 2017; Reid & MacLulich, 2006). Míg az olyan területek, mint a memória, a végrehajtó funkciók és az információfeldolgozási sebesség terén jelentősebb hanyatlás tapasztalható, addig az általános ismeretek és a szókincs megmaradnak, vagy akár javulás is tapasztalható, ahogy telnek az évek (Salthouse, 2010).

Bár az MKT-Silver tréning diáin nem mondjuk ki kifejezetten, a kognitív változások mindenki esetében egyediek, és a neurokognitív eltérésekkel (pl. enyhe kognitív zavar, demencia) élő személyeknél másképp jelentkeznek, mint az egészséges egyéneknél. Ha a páciensek a demenciával kapcsolatosan tesznek fel kérdéseket, akkor a trénernek demencia-specifikus forrásokat (pl. az Amerikai Alzheimer Társaság [American Alzheimer's Association], az Alzheimer Társaság [Alzheimer's Society] vagy az angol Demencia Társaság [Dementia UK] honlapját) javasolhatnak nekik olvasásra, mivel ezek az anyagok nem szerepelnek az MKT program diáin. Teljes körű neuropszichológiai felmérés hiányában azonban nem szabad arról biztosítani a pácienseket, hogy kognitív jellegű problémáik feltétlenül a depressziónak tulajdoníthatók, hanem



bátorítani kell őket arra, hogy beszéljenek kognitív jellegű félelmeikről a házi orvosukkal, neurológusukkal, pszichiáterükkel vagy egy másik orvossal.

## 3.2 3. modul: „Kell” típusú állítások és az elfogadás

### 3.2.1 Elméleti háttér

Tanulmányok szerint összefüggés mutatható ki az alacsony distressztűrő-képesség és a depresszív tünetek között, illetve fordított összefüggés a distressztűrő-képesség és az élmények elkerülése között (Feldner és mtsai., 2006; Zettle és mtsai., 2005). Az elkerülés az arra irányuló próbálkozásokat jelenti, hogy elkerüljük a (jellemzően negatív) gondolatokat, érzelmeket, fizikai érzeteket és egyéb belső élményeket. Az idősebb felnőttek esetében kimutatták, hogy a fiatal felnőtteknél jóval gyakrabban alkalmaznak olyan érzelmszabályozási stratégiákat, mint például az elfojtás, ami itt az elkerülés egy formájának tekinthető. Habár az elkerülés rövid távon enyhíti a negatív ingerek hatását, ez a megküzdési stílus növeli annak a valószínűségét, hogy az ilyen negatív gondolatok, érzelmek és érzetek később is visszatérnek (negatív megerősítés). Az Elfogadás és Elköteleződés Terápia (Acceptance and Commitment Therapy, ACT) szerint a pszichológiai tüneteket gyakran a megterhelő helyzetekhez vagy fájdalmas gondolatokhoz, emlékekhez (pl. tapasztalati elkerülés, Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996) kötődő distressz elkerülésére irányuló (diszfunkcionális) mechanizmusok idézik elő vagy súlyosbítják. Ebből kifolyólag, ha valaki folyamatosan arra törekszik, hogy elkerülje a negatív érzelmeket, akkor az gyakran inkább súlyosbítja, mintsem csökkenti a distressz mértékét. Ezzel szemben, ha megéljük a fájdalmas érzéseket és érzelmeket (pl. „elfogadva” azokat), akkor az enyhítheti a szenvedést. Az elfogadást úgy lehet definiálni, hogy nyitottak vagyunk a jelen pillanat valóságának megtapasztalására. (Fruzzetti, A. E., & Erikson, 2010; Harris, 2009). A harmadik hullámhoz tartozó megközelítéseket, mint amilyen például az ACT, egyre gyakrabban integrálják a hagyományos kognitív viselkedésterápiás keretbe (Fruzzetti, A. E., & Erikson, 2010), és a tanulmányok beszámolóit szerint a harmadik hullámhoz tartozó terápiák hatásosnak bizonyultak idősebb felnőttek körében is, és elfogadhatóak voltak számukra (Kishita, Takei, & Stewart, 2017; Wetherell és mtsai., 2016). Az elfogadás (acceptance) különösen fontos szerepet játszhat a sikeres öregedésben, mivel az idősebb felnőttek számos olyan változással kénytelenek szembenézni, amelyeket kevéssé vagy egyáltalán nem tudnak irányítani (pl. betegség, számukra fontos emberek elvesztése, életvitelbeli korlátozottságok; Wetherell és mtsai., 2011). Az ilyen jellegű események problémacentrikus megközelítése (korlátolt erőforrások és időszűke mellett) maladaptívnek bizonyulhat (Isaacowitz & Seligman, 2002). Az elfogadás megközelítési stratégiaként történő alkalmazásáról idősoththonokban lakó közösségek idősebb felnőtt tagjainál végzett keresztmetszeti vizsgálatokban azt találták, hogy az elfogadás jobb életminőséggel mutatott összefüggést, (Butler & Ciarrochi, 2007), továbbá diabétesszel élő páciensek körében jobb egészségi kimeneteket tapasztaltak (Gregg, Callaghan, Hayes, & Glenn-Lawson, 2007).

#### Példa



„Az egészségügyi problémáim miatt mostanában annyi erőm sincs, hogy bevessem az ágyam. Ez annyira felbosszant, hogy egyszerűen feladom, és igyekszem nem is gondolni rá.” (Ez a példa a gondolatok elnyomásával történő tapasztalati elkerülést mutatja be. Az, hogy nem kérünk másoktól segítséget, hanem elkerülést alkalmazunk, nem megfelelő megküzdési stratégia).

---

### 3.2.2 Tartalom

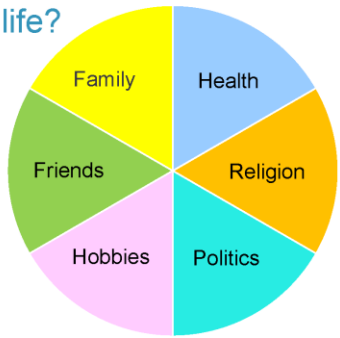
Akárcsak a D-MKT esetében, a 3. modul első fele a „kell” típusú állításokkal és a „fekete-fehér” gondolkodással foglalkozik. Az utolsó dia („Vedd észre magadban a rugalmasságot”) jól átvezeti a gondolatot a második témára, ami „A negatív érzésekkel való megküzdés”. Meghatározzuk, hogy milyen a sikeres öregedés, továbbá példákkal szolgálunk a pszichológiai szenvedésre (pl. rumináció és aggodalmaskodás). Az életnek különösen azokkal az aspektusaival lehet nehéz a megküzdés, amelyek megváltoztathatatlanok, vagy amelyeket annak fogunk fel. Az útelágazás metaforájával lehet bemutatni, hogy a résztvevőknek igenis van választásuk a szenvedést illetően. Itt azt kell kihangsúlyozni, hogy bár előfordulhat, hogy a negatív gondolatok és az aggályok jelen vannak, az ezekkel a negatív gondolatokkal és érzésekkel való harcnak az „elengedése” és az „itt és mostban” való létezés iránti elköteleződés az, ami a legfontosabb ahhoz, hogy a második (és végeredményben pszichológiailag kevésbé fájdalmas) utat választhassák. Ezután bevezetjük az „elfogadás” (commitment) fogalmát. Mivel az elfogadás fogalma félreértelmezhető úgy, hogy minden szituáció megkérdőjelezés nélküli elfogadását jelentse, azt javasoljuk, hogy az „hajlandóság” és „nyitottság” szavak használata kerüljön minél jobban előtérbe, mivel ezek jobban kifejezik az elfogadás végső célját. Ezek után a törött láb metafora jól érzékelteti a negatív érzésekben való „belefeledkezés” hiábavalóságát. Itt arra biztathatjuk a résztvevőket, hogy tekintsék át, hogy van-e az életüknek olyan területe, amelyben több „hajlandóságot” vagy „nyitottságot” mutathatnának (lásd a 3.1 ábrát). A modul végén, a szelektív optimalizálás és kompenzáció elméletéből (Baltes, 1997) merítve arra kérjük a résztvevőket, hogy azonosítsanak olyan módszereket, amelyek segítségével az elfogadás révén jobb megoldásokat találhatnak a saját problémáikra. Például egy olyan idős páciens esetében, akinek arthritis miatt nehezen megy a fadaragás, az elfogadás azt jelentheti, hogy egyszerre rövidebb ideig dolgozik, csak egy projektre figyel, visszamegy az orvoshoz, hogy felülvizsgáltassa a betegsége kezelését, illetve családtagok, barátok vagy mások segítségét kéri (pl. kisebb méretű, részletes kidolgozást igénylő daraboknál).

### 3.2.3 Példákat tartalmazó dia és gyakorlat

## Willingness in everyday life

Can you think of similar examples from your life?

- In which areas of your life would you like to be more open to negative feelings?
- If you could create more willingness for negative feelings in these areas, how could your life be different?



**3.1 ábra** Gyakorlat a 3. modulban. A résztvevők az életük azon területeit nézik át, ahol több nyitottságot (azaz elfogadást) tudnának mutatni a negatív érzelmeikkel szemben.<sup>2</sup>

#### Összefoglalás

A 3. modul fókuszpontjai:

- (1) a merev normák és elvárások (pl. „kell” típusú állítások, „minden vagy semmi” típusú gondolkodás) észrevése és megváltoztatása
- (2) a pszichológiai értelemben vett „elfogadás”, hajlandóság és nyitottság fogalmának bevezetése és azokról szóló pszichoedukáció nyújtása
- (3) példákat adni az élet (későbbi szakaszai) megváltoztathatatlan aspektusainak elfogadására, illetve arra biztatni a résztvevőket, hogy reflektáljanak arra, hogyan tudnák gyakorolni az elfogadást az életükben.



<sup>2</sup> Az MKT Silver magyar változata fordítás előtt áll. A magyar fordítás elkészültéig a példa diákat az angol nyelvű változatból emeljük át.

## 3.3 4. modul: Értékek

### 3.3.1 Elméleti háttér

Az értékalapú élet nagyobb fokú jólléttel áll összefüggésben, jobb distressztűrő-képességgel, illetve azzal, hogy könnyebben tudunk megbirkózni bizonyos stressztényezőkkel, mint amilyen az életünkben a krónikus betegség vagy a gyász (Ciarrochi, Fisher, & Lane, 2011; Davis, Deane, & Lyons, 2015; Smith és mtsai., 2018). Amint azt a fent említett ACT terápiás megközelítés is leírja, az értékek „arra vonatkozó kijelentések, hogy mit akarunk megvalósítani az életünkben [...], olyan vezérelvek, amelyek vezérelnek és motiválnak bennünket, ahogyan haladunk előre az életünkben.” (see Harris, 2009, p.189). Fontos, hogy megkülönböztessük az értékeket a céloktól, ugyanis míg a célok a jövőre koncentrálnak és megvalósíthatók (pl. maratont futni, elhagyni a húsevést), addig az értékek az „itt és most”-ra koncentrálnak, és egyfajta általános irányelvként szolgálnak arra, hogy valaki hogyan szeretné élni az életét (pl. egészséges életmód; Harris, 2009). A kutatások bebizonyították, hogy a *megvalósíthatatlan* célok elengedése csökkenti a pszichológiai distresszt, beleértve a depresszív tüneteket is, míg a *megvalósítható* célokra való koncentráció javíthatja a jóllétet és a pozitív affektivitást (Wrosch, Scheier, & Miller, 2013). Mindezek mellett longitudinális vizsgálatokból származó bizonyítékok is vannak arra vonatkozóan, hogy az elérhetetlen célok elengedése a funkcionális fogyatékossgal élő idősebb felnőttek körében csökkenti a depresszió mértékét (Dunne, Wrosch, & Miller, 2011).

#### Példák

-  „Amióta a férjem elhunyt, csak ülök otthon. Régen mindent együtt csináltunk, most pedig nem tudom, mit kezdjek magammal.”
-  „Most, hogy járókeretet kaptam, nem szeretném, hogy mások így lássanak, és az annyira terhes nekem. Hónapok óta nem tudom azt csinálni, amit szeretnék.”

### 3.3.2 Tartalom

A 4. modulban az értékek fogalmát a vitorlánhajó metaforán keresztül mutatjuk be. Megmagyarázzuk, hogy az érintettek a depressziós időszakban gyakran szem elől tévesztik az értékeiket (pl. alacsony motiváció vagy a depresszióra jellemző határozatlanság miatt). Ezután az értékek fogalmát definiáljuk úgy, hogy felsoroljuk, milyenek az értékek (pl. szabadon választottak) és milyenek nem (pl. szabályok). Ezt követően konkrét példákkal érzékeltetjük az értékek és a célok közti különbséget, és megkérjük a résztvevőket, hogy reflektáljanak a saját értékeikre és céljaikra. Mivel néhány idősebb depressziós felnőttet befolyásolhatnak az olyan negatív elképzelések, mint például öregkorban már nem lehet új szokásokat kialakítani, először fejtörőket adunk nekik, hogy arra készítsük őket, hogy ismerős problémákat új megközelítéssel próbáljanak megoldani. A következő lépésben a résztvevőknek felteszünk néhány kérdést és adunk egy feladatot, amely segíthet nekik felismerni az értékeket az életük különböző területein (lásd a 3.2 ábrát). A trénereknek azt javasoljuk, hogy adjanak elegendő időt a résztvevőknek arra, hogy alaposan átgondolják az értékeiket, és megosszák gondolataikat a csoporttal. Ugyancsak hasznos lehet, ha azt mondjuk a résztvevőknek, hogy a terápiás ülés után is folytathatják az értékekről való gondolkodást. Ha a résztvevőknek nehezebbé esik az értékek felismerése, akkor a „Találd ki, ki vagyok” gyakorlattal lehet segíteni nekik, hogy kilépjenek a hagyományos szerepeikből, és végiggondolhassák az életük valamennyi területét, az összes különböző szerepet, amelyben élnek (vagy valaha éltek). A következő gyakorlat – „Értékek felismerése – mi fontos nekem?” –

segítségével azt lehet bemutatni, miszerint normális (és jó), hogy nem minden érték rendelkezik abszolút prioritással. Az utolsó diákkal kapcsolatban meg lehet beszélni, hogy egy apró (mások számára talán észre sem vehető) lépés megtételével a résztvevők hogyan kezdhetnek értékvezérelt életet élni. Ez a változás lehet viselkedésbeli (pl. egy barát felhívása), de az is lehet, hogy először az csak belsőleg manifesztálódik (pl. elkezdni gondolkodni és megtervezni, hogy lehet elérni a célt). Csökkenthetjük annak a terhet, hogy egyes depressziós személyek hajlamosak túl magas elvárásokat megfogalmazni magukkal szemben, ha kihangsúlyozzuk: ennek a modulnak a célja csak annyi, hogy egyszerűen tudatosítsák magukban az életüket irányító értékeket. Ez a legfontosabb (és elégséges) első lépés, mivel ahogyan a 3. modulban már tárgyaltuk, a túlzottan magas elvárások frusztrációhoz vezethetnek, és végül visszafelé sülhetnek el.

### 3.3.3 Példákat tartalmazó dia és gyakorlat

**3.2 ábra** A 4-es modulból származó gyakorlat az élet különböző területeihez köthető értékeket mutat be a résztvevőknek, és arra ösztönzi őket, hogy ismerjék fel, melyek jellemzőek rájuk.

#### Összefoglalás

A 4. modul fókuszpontjai:

- (1) pszichoedukáció, mely az értékek és célok megkülönböztetésére, valamint az értékek és célok felismerésére irányul
- (2) a résztvevőket jellemző értékekbe való betekintés elősegítése, illetve reflektálás arra, hogy a résztvevők élete mennyire értékvezérelt (szembeállítva azzal, ha az értékeket elfedik a depresszív tünetek)
- (3) olyan stratégiák bemutatása, amelyek segíthetnek értékorientált és értékvezérelt életet élni





## 3.4 8. modul: Önbecsülés

### 3.4.1 Elméleti háttér

A depressziós egyének közel fele arról számol be, hogy gyakran felkavarják őket betörő emlékképek vagy elképzelt eseményekről alkotott képek (Moritz és mtsai., 2014; Patel és mtsai., 2007). A depressziós embereknél számos különböző mentális képzeti diszfunkciót figyeltek meg, ideértve a túlzott, betolakodó negatív képeket, leegyszerűsített, szegényes pozitív képeket és a túlzottan általánosított emlékeket (Holmes, Blackwell, Burnett Heyes, Renner, & Raes, 2016). Ezek a hiányosságok negatív hatással vannak a hangulatra és az önbecsülésre, ideértve azokat a negatív képzeteket is, ahogyan a depressziós emberek látják önmagukat (Dainer-Best, Shumake, & Beevers, 2018). A hagyományos kognitív viselkedésterápiákból kiindulva előfordulhat, hogy a pozitív mentális imaginációs stratégiák hatékonyabbnak minősülnek a magukban alkalmazott verbális stratégiákhoz képest (Holmes, Mathews, Dalgleish, & Mackintosh, 2006). Az imaginációs technikák segíthetnek a pácienseknek abban, hogy jobban irányítani tudják a negatív mentális képeket, ami növelheti az énhatékonyságot és csökkentheti a magára maradottság és kétségbeesés érzését. Az imaginációra irányuló randomizált kontrollált vizsgálatokban ezek az intervenciók pozitív hatással voltak a depresszív tünetekre (Brewin és mtsai., 2009; Dainer-Best és mtsai., 2018; Moritz és mtsai., 2018); és az imaginációs technikák elfogadottságát is sikerült kimutatni az idősebb felnőttek körében (Murphy és mtsai., 2015).

A longitudinális vizsgálatok eredményei szerint az önbecsülés az 50-es évek eleje és 60 éves kor között csökkenni szokott, és ebben az időszakban az alacsony önbecsülés a depresszió kockázati tényezőjének tekinthető (Orth és mtsai., 2009; Orth, Robins, & Widaman, 2012; Orth, Trzesniewski, & Robins, 2010). Az idősebb felnőttek negatív nézőponttal rendelkezhetnek az öregedéssel kapcsolatban, ami depresszióval és reménytelenséggel hozható összefüggésbe (Laidlaw, 2010; Laidlaw, Kishita, Shenkin, & Power, 2018; Laidlaw & Kishita, 2015). Például az idősebb felnőttek úgy vélhetik, hogy már kevés „szép évük” van hátra, és hogy a depresszió szerves része az öregedésnek. Így előfordulhat, hogy az életeseményeket „negatív szűrőn” keresztül nézik, méghozzá úgy, hogy az adott személy idősődéssel kapcsolatos elképzeléseivel összhangban álló negatív tapasztalatai még nagyobb figyelmet kapnak. Ha azon dolgozunk a pácienssel, hogy kijavítsa az idősődéssel kapcsolatos negatív feltételezéseit és egy kiegyensúlyozottabb képet alakítson ki róla, akkor enyhülhetnek a depresszív tünetek (Haslam és mtsai., 2012; Laidlaw & Kishita, 2015).

#### Példák

-  „Semmi jó nincs az öregedésben. Minden lépés lefelé húz.”
-  „Olyan értéktelennek érzem magam. Csak arra bírok gondolni, hogy milyen öregnek és magatehetetlennek nézek ki a járókeretemmel.”

### 3.4.2 Tartalom

A 8. modul a D-MKT 4. moduljának adaptációja. Foglalkozik önbecsülés kérdésével is, de ezen túlmenően az öregedéssel szembeni lehetséges negatív attitűdöket és sztereotípiákat is érinti, így segítve a résztvevőknek egy másik (vagyis pozitívabb) szemléletet kialakításában az öregedéssel kapcsolatban. A 8. modul a D-MKT-ből származó diákkal indul, először definiáljuk az önbecsülést, majd annak külsőleg is látható jeleit tárgyaljuk. A testtartás és hangulat közötti kapcsolatot egy

olyan gyakorlat szemlélteti, amelyben arra kérjük a résztvevőket, hogy próbáljanak ki különböző „negatív”, illetve „önbizalmat sugárzó” testtartásokat. (Megjegyzés: Ehhez a gyakorlathoz a résztvevőknek nem muszáj mozogniuk – a feladat széken ülve is elvégezhető. Egy másik lehetőség az, amennyiben a terem adottságai lehetővé teszik, hogy a résztvevők a teremben járókerettel és/vagy kerekesszékekkel mozogva gyakorolgassanak.) Jóllehet nem várható el, hogy az önbecsülés „csodával határos módon” megnő ettől az egy gyakorlattól, mégis úgy lehet bemutatni, mint első és könnyű lépést az önértékelés növelése felé vezető úton.

A következő részben, amelynek címe „Az önbecsülés és idősödés kapcsolata”, idézetek segítségével mutatjuk be, hogyan tekintenek különböző hírességek az öregedésre, ezzel ösztönözve a résztvevőket arra, hogy megbeszéljék, ők maguk hogyan látják az öregedést (lásd a 3.3 ábrát). Ezután megfogalmazzuk, hogy a nyugati társadalmak tagjainak jó része elég negatívan áll az öregedéshez, mert megpróbál megfelelni a „maradj fiatal és (így) vonzó” kulturális szlogen nyomásának, miközben gyakran elfelejtik vagy figyelmen kívül hagyják az idősödés pozitív aspektusait. Itt nem az a cél, hogy ignoráljuk az idősödés negatív aspektusait, hiszen egyes csoporttagok számára az a valóság. Ha felhozzák őket témaként a csoporttagok, akkor ezeket is el kell ismerni, de hangsúlyozni kell, hogy az idősödés nem *kizárólag* negatív. Különösen a fiatalabb trénerek esetében hasznos lehet, ha a modul ezen részében a csoporttagok bölcsességére és tapasztalataira támaszkodnak.

A 8. modul utolsó részében a résztvevőknek lehetőségük van megtapasztalni egy olyan imaginációs gyakorlatot, amelyben foglalkozhatnak a saját magukról alkotott esetleges negatív mentális képekkel. Míg egyesek azonnal megértik a feladatot és csatlakoznak a gyakorlathoz, addig előfordulhat, hogy mások jobban haboznak, és nem tudnak azonnal találni egy ilyen képet. Ezeket a résztvevőket lehet kicsit biztatni arra, hogy mindenképp próbálják ki a gyakorlatot, hogy megtanulják a technikát. Fontos megjegyezni, hogy ez a gyakorlat önmagában is igényel 10-15 percet vagy még annál is többet, attól függően, hogy mennyi időre van szükség a végén a gyakorlat megbeszéléséhez. Emiatt azt javasoljuk, hogy a tréner ne kezdje el a feladatot, ha már nem maradt elég idő a terápiás ülésből a teljes gyakorlat elvégzésére.

#### **Alább található egy szövegjavaslat, amit a trénerek használhatnak a gyakorlat vezetésekor:**

„A következő gyakorlatban arra kérjük Önöket, hogy azonosítsanak és változtassanak meg egy negatív képet, amelyet esetleg magukról alkottak. Például egyes depressziós páciensek azt mondták, hogy ők segítségre szoruló, gyenge kis fióknak látják magukat, amely védelemre szorul; vagy egy lassú, nyálas csigának, amelyik csak vissza szeretne húzódni a csigaházába; vagy egy szobornak, amelynek kemény külső burka van, hogy megvédje és elzárja magát a többiektől. Ezek csak példák.”

„Kérjük, hunyják le a szemüket és pár percig gondolkodjanak azon, milyen negatív képük lehet esetleg önmagukról. Előfordulhat, hogy egy olyan negatív képpel azonosulnak, amit már említettünk, de az is lehet, hogy valakinek a magáról alkotott negatív képe teljesen más. Nem feltétlenül kell egy élettelen vagy embertől eltérő tárgyat választani. Előfordulhat, hogy valaki a jelenlegi saját maga nagyon negatív verziójának látja magát – talán úgy gondolja, hogy nagyon leharcolt, zilált vagy visszataszító. Próbálja a negatív képet vagy szimbólumot a lehető legrészletesebben elképzelni, próbálja minden érzékszervét használni. Gondolja végig nem csak azt, hogyan néz ki, hanem azt is, hogy esetleg milyen szaga van, hogyan érzi magát (kívül vagy belül), tud-e azonosítani bármilyen ízt vagy hangot.” *Megjegyzés a trénerek számára:* Ez gyakran nehezebbre esik azoknak a pácienseknek, akik sohasem gondoltak még ilyen negatív képre. Adjon

---

legalább néhány percet a résztvevőknek, hogy elvégezzék a gyakorlatnak ezt a részét, illetve a következőket:

„A következő lépésben a szemüket tartsák csukva és próbáljanak keresni egy olyan pozitív képet, amellyel azonosulni szeretnének. Ez lehet egy gyönyörű vörös rózsza, amelynek bódító az illata, vagy lehet a legyőzhetetlen Superman, aki semmitől sem fél, vagy akár egy büszke ló, amely átvágta az életem. Itt is előfordulhat, hogy a pozitív kép önmaguk pozitív képe – akár teljesen pozitív, amely szerint Önök még vonzóbbak, erősebbek vagy fittebbek, mint valójában. Itt is szánjanak időt arra, hogy a lehető legrészletesebben el tudják képzelni a képet. Gondolja végig nem csak azt, hogyan néz ki, hanem azt is, hogy esetleg milyen illata van, hogyan érzi magát (kívül vagy belül), tud-e azonosítani bármilyen ízt vagy hangot.”

„Most kinyithatják a szemüket. Utolsó lépésként pedig próbáljanak arra gondolni, hogyan lehetne átalakítani a negatív képet a pozitívvá. Mint például egy csúnya festmény esetében, amelyet át lehet festeni, hogy valami gyönyörű jöjjön ki belőle. Itt nem az cél, hogy az egyik képet lecseréljük a másikra, hanem az, hogy valóban átalakulás menjen végbe. Gondolják végig az összes lépést, amelyekben a negatív képnek végig kell mennie az átalakulás során. Például a csúnya, esetlen fióka lassan átváltozik egy büszke sassá, amellyel senki sem mer kikezdeni. Vagy például a szobor széttörheti kemény külső burkát, hogy kiszabadulhasson belőle Superman.” *Megjegyzés a tréner számára:* Előfordul, hogy ez a lépés nem mindig egyértelmű a résztvevők számára, és további részletes magyarázatra szorul, további példákra van szükség.

„Most újra hunyják be a szemüket és valóban próbálják átalakítani a saját magukról alkotott negatív képet a pozitív képpé – jusson eszükbe mind az öt érzékszervük. Hogyan tudják úgy átalakítani a tárgyat, hogy minden jellemzőjét tekintve pozitívabbá váljon? Ne feledjék, a cél nem csupán az, hogy egyszerűen elnyomják a negatív képet, hanem az, hogy lassan átalakítsák.”



„Miután sikerült fejben befejezni az átalakítást, figyeljék meg a testüket. Húzzák ki magukat, ha tudják, húzzák a vállakat hátra, mellkast ki. Mint a hamvaiból feltámadó fönixmadár.”

„Emellett meg lehet fogalmazni egy pozitív mondatot vagy állítást, amely ráerősít erre a képre és illik hozzá. Például azt, hogy ‘Szabad erősnek és büszkének éreznem magam!’ Egy olyan állításra gondoljanak, amely a lehető legjobban illik a képhez.”

Általánosságban véve ösztönözze a csoporttagokat, hogy a lehető leginkább személyre szabott képeket alkossanak – ne használják automatikusan a diákon példaként megadott képeket, de ha azokat érzik találónak, vagy nem tudnak saját képet kialakítani, akkor természetesen azok is használhatók. A részletek kidolgozásának ösztönzésére a résztvevőket arra kérjük, hogy a képek elképzelése közben tartsák lehunyva a szemüket. Sok résztvevő nehéznek érzi ezt a gyakorlatot. Ez normális, ezért azt javasoljuk, hogy a tréner ösztönözzék arra a résztvevőket, hogy a következő terápiás ülésig még szánjanak időt a feladat gyakorlására – az ülés alatt elvégzett feladat csak egy bevezető gyakorlat a vizualizációhoz.

### 3.4.3 Példákat tartalmazó dia és gyakorlat

**There are many different opinions  
about getting older...**

<b>Ingmar Bergmann</b> (Director)		"Old age is like climbing a mountain... The higher you get, the more tired and breathless you become, but your views become more extensive."
<b>Joan Collins</b> (Actress)		"Age is irrelevant unless you're a bottle of wine."

(Ingmar Bergman, 1906" by Joost Evers; „Joan Collins beim Monte-Carlo Television Festival (2012)» by Frantogian)

**3.3 ábra** A 8. modulból vett gyakorlat, amelyben híres idősebb felnőttektől, például Ingmar Bergmantól és Joan Collinstól származó idézeteket mutatunk be. Ezután megkérjük a résztvevőket, hogy osszák meg pozitív és negatív hiedelmeiket és feltételezéseiket az idősödéssel kapcsolatban.

#### Összefoglalás

A 8. modul fókuszpontjai:

- (1) az önbecsülés és összetevőinek azonosítása, ideértve a testi aspektusokat, mint például a testtartás, illetve a mentális képzetek
- (2) olyan stratégiák bemutatása, amelyekkel azonosítani lehet, valamint megváltoztatni azokat a negatív mentális képzeteket, amelyek az alacsony önbecsüléshez köthetők. A pozitív énképünk azonosítása
- (3) az idősödéssel kapcsolatos negatív feltételezések és hiedelmek azonosítása és módosítása, valamint az idősödés pozitív aspektusainak azonosítása.

## 4. A jelenlegi kutatási helyzet

írta Lena Jelinek, Brooke C. Schneider, Marit Hauschildt és Steffen Moritz

### 4.1 D-MKT

A D-MKT megvalósíthatóságát, elfogadhatóságát és hatékonyságát először egy nyílt elrendezésű pilot vizsgálatban tanulmányoztuk, amelyben 104, depresszióval élő személy vett részt (Jelinek, Otte, Arlt, & Hauschildt, 2013). Ebben a vizsgálatban egy pszichiátriai járóbeteg intézet betegei heti egyszer vehettek részt D-MKT tréningen. Emellett a páciensek farmakológiai és/vagy pszichoterápiás kezelést is kaphattak párhuzamosan. A nyolchetes képzés előtt, illetve annak befejezése után a résztvevők több kérdőívet is kitöltöttek a depressziós tünetek és torzításaik felméréséhez. A tréning során közepes hatásnagyság mellett (Cohen-féle *d*-érték 0,56 és 0,73 között) volt megfigyelhető szignifikáns javulás a depressziós tünetek tekintetében. Ugyancsak javulás volt megfigyelhető a kognitív torzításokat, az önértékelést és a ruminációt mérő mutatókban (hatásnagyság értékei  $d = 0,26$  és  $0,64$  között voltak).

Az eredmények alapján a tréninget tovább fejlesztettük, született egy német nyelvű kézikönyv (Jelinek és mtsai., 2015), és a D-MKT tréninget egy randomizált klinikai vizsgálat (RCT) keretei között is értékeltük. Ebben az utánkövetéses vizsgálatban 84 depresszióval élő személyt randomizáltunk D-MKT csoportba vagy egy aktív kontroll csoportba (kontroll: egészségtréning, ami sétát és egészséggel kapcsolatos témákban való pszichoedukációt foglalt magába). A vizsgálatban közvetlenül a program indulása előtt, annak befejezésekor, illetve a befejezést követő 6 hónap (Jelinek és mtsai., 2016), valamint 3,5 év után végeztek méréseket (Jelinek, Faissner, és mtsai., 2018). Minden páciens intenzív pszichiátriai járóbeteg rehabilitációs programban is részt vett. Az eredmények azt mutatták, hogy a D-MKT befejezése után közvetlenül, illetve 6 hónap elteltével a D-MKT csoportban szignifikáns javulás volt észlelhető a kontroll csoporthoz képest (közepes-nagy hatásértékkel,  $\eta_p^2 = ,049 - ,114$ ). Továbbá, a hat hónapos utánkövetés idején a D-MKT csoportból több páciens volt remisszióban (38,7% vs. 13,8%, az előtte-utána különbség tendencia szinten volt jelentős). A D-MKT tréning a kognitív torzítások csökkentése és az életminőség javulása szempontjából is hatékonyabbnak bizonyult. Ami a 3,5 év utáni utánkövetést illeti, az elsődleges elemzés nem igazolta, hogy a D-MKT hatékonyabb lenne, de a másodlagos post hoc analízisek során nagyobb átlagos változás volt megfigyelhető a HDRS-nek a kiindulási értéktől a 3,5 éves utánkövetésig bekövetkezett értékének a változásában a D-MKT csoportban közepes hatásnagysággal ( $d = 0,47$ ;  $p = ,015$ ). Ezen analízisek során a D-MKT-t hatékonyan találtak a depresszió önbevalláson alapuló súlyossága (BDI), a diszfunkcionális kognitív hiedelmek, valamint a pozitív és negatív metakognitív meggyőződések, és a fizikai vagy pszichológiai életminőség vonatkozásában.

Azért, hogy felmérhessük, hogy a D-MKT javítja-e a tréning során megcélzott kognitív torzításokat, továbbá a változásra magyarázatul szolgáló mechanizmusok felderítésére a Metakogníciók Kérdőívet (MCQ-30, Wells & Cartwright-Hatton, 2004) használtuk, illetve annak alszállait (Jelinek és mtsai., 2013; Jelinek, Van Quaquebeke, & Moritz, 2017), valamint a vizuális téves emlékezet (DRM) paradigmát (Moritz, Schneider, Peth, Arlt, & Jelinek, 2018). Ezekben a vizsgálatokban a kezelés során javult a metakogníció (ezt is lásd fentebb). Először sikerült bizonyítékot találni arra, hogy különösen az MCQ egyik alszállájának, az kontroll szükségességének (Need for Control, NFC) a csökkenése bír közvetítő szereppel a depresszió kimenetelét tekintve a D-MKT-ben (Jelinek, Van Quaquebeke, & Moritz, 2017). Ami a téves emlékeket illeti, a D-MKT csoport tagjai kevesebb olyan téves emléket produkáltak a kezelés után, mellyel kapcsolatban jelentős bizonyosságról

számoltak be, mint a kontroll kezelésben részesülő páciensek, ami megerősíti azt, hogy a metakognitív tréning elérte azt a célját, hogy enyhítse a téves ítéletek emlékezeti funkciókra gyakorolt hatását.

A hatékonyságra vonatkozó adatok mellett a páciensek szempontjait is igen fontosnak tartjuk, vagyis azt, hogy hogyan értékeli és fogadják a tréninget. A tréning javításai és átdolgozásai során az ő visszajelzéseiket is figyelembe vesszük. A tréning szubjektív megítélését az első pilot vizsgálatban és a fent bemutatott RCT-ben is mértük. Mindkét vizsgálat magas szintű elfogadhatóságot igazolt, hiszen magasabb pontszámok keletkeztek e téren a D-MKT vonatkozásában, mint az RCT kontroll csoportjában (Jelinek és mtsai., 2017).

## 4.2 MKT-Silver

A D-MKT tréning idősebbek körében való megvalósíthatóságát, elfogadhatóságát és hatásosságát egy olyan pilot vizsgálatban tanulmányoztuk, amelybe 116, depressziós tüneteket mutató személyt vontunk be (Schneider és mtsai., 2018). A vizsgálat egyik további célkitűzése az volt, hogy megtudjuk: szükséges-e a D-MKT anyagok módosítása az idősebb felnőttek számára. Mindezek miatt ebben a pilot vizsgálatban csak a D-MKT tartalmait használtuk (addigra még nem fejlesztettük ki a MKT-Silver tartalmát). Ebben a vizsgálatban a D-MKT tréninget kiegészítő intervencióként ajánlottuk fel idősebb (55 éves és annál idősebb) felnőttek számára, akik akkor egy fekvő- vagy járóbetegnek szóló intenzív kezelési programban vettek részt. A koron kívül nem alkalmaztunk egyéb formális beválasztási vagy kizárási kritériumot a vizsgálatban való részvételhez. Megkértük azonban az intézményi pszichiátereket, hogy ne utaljanak hozzánk olyan pácienseket, akiknél jelentős kognitív zavar, pszichózis vagy aktív öngyilkossági szándék állt fenn. A páciensek bármikor beléphettek a csoportba vagy abbahagyhatták a részvételt, és többüket haza is bocsátották a kezelési programból, mielőtt mind a nyolc modult teljesítették volna. A csoportterápia elkezdése előtt és után a depressziós tünetek mennyiségének felmérése céljából a páciensek kitöltötték az Epidemiológiai Kutatási Központ Depresszióskálájának (Center for Epidemiological Studies Depression Scale, CES-D) német nyelvű változatát: *Allgemeine Depressionsskala*), valamint a Diszfunkcionális Attitűd Skála rövid változatát (Dysfunctional Attitudes Scale-18B, DAS-18B) a depressziós kognitív hiedelmek mérésére.

A tréning során a depressziós tünetek szignifikánsan javultak közepes vagy nagy hatásnagyság mellett (Cohen  $d$  0,50 és 1,06 között volt), és a kitöltők 49,1%-a már nem érte el a depresszió klinikai küszöbértékét a CES-D skálán. Továbbá a DAS-18B összpontszámában is javulások mutatkoztak (Cohen  $d$  = 0,33). Az intervenció elfogadhatósága összességében jónak minősült. A legtöbb résztvevő azt nyilatkozta, hogy az intervenciót hasznosnak (84,0%), élvezetesnek (64,3%), és a kezelés fontos részének (75,0%) érezte. Kevés résztvevő (5,5%) jelezte, hogy negatív kimeneteleket (azaz mellékhatásokat) tapasztalt volna. Ugyanakkor a D-MKT tréninget az idősebb felnőttek a szubjektív értékelésnél relatíve alacsonyabb pontokkal illették, mint a fiatal felnőttek a korábbi vizsgálatok során (Jelinek, Moritz, és mtsai., 2017). Körülbelül 12%-uk nyilatkozott úgy, hogy a gondolkodásuk egyre „kaotikusabb és zavarosabb” lett a kezelési időszakban. Ezek az elfogadhatóságra vonatkozó alacsonyabb értékelések, a páciensektől kapott informális visszajelzések, illetve a klinikusok azon megfigyelései, hogy a D-MKT tréning során használt egyes példák nem megfelelőek az idősebb felnőttek számára, együttesen vezettek a MKT-Silver tréning kifejlesztéséhez (a modulok leírását lásd fentebb). Jelen kézikönyv megírásával párhuzamosan kutatócsoportunk egy randomizált kontrollált vizsgálatot folytat, amelyben az MKT-Silver tréning hatékonyságát egy aktív kontroll csoporttal hasonlítják össze.

---

## 5. Hivatkozások

- 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 (MKT) 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). 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-MKT): 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-MKT)]. 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-MKT): 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](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](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-MKT) 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-MKT) 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.
- Semerari, A., Cucchi, M., Dimaggio, G., Cavadini, D., Carcione, A., Battelli, V., ... Smeraldi, E. (2012). The development of the Metacognition Assessment Interview: Instrument description, factor structure and reliability in a non-clinical sample. *Psychiatry Research, 200*(2-3), 890–895. doi:10.1016/j.psychres.2012.07.015
- 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 \[pii\]\r10.1016/j.brat.2008.10.008](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.