

6. Всесвітня організація охорони здоров'я. (2023). ВООЗ.
7. National Institute on Drug Abuse. (2020). *Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide for parents, educators, and community leaders* (2nd ed.). National Institutes of Health.
8. World Health Organization. (2021). *Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents*. WHO.
9. World Health Organization. (2022). *Adolescent mental health*. WHO.
10. Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., Williams, E., & Thigpen, J. C. (2017). Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychological Bulletin*, 143(9), 939–991.
11. Nawil, A. M., Ismail, R., Ibrahim, F., Amit, N., Manaf, R. A., Ibrahim, N., Midin, M., & Nik Jaafar, N. R. (2021). Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: A systematic review. *BMC Public Health*, 21, Article 2088.
12. Werner, K. B., McCutcheon, V. V., Agrawal, A., Sartor, C. E., & Heath, A. C. (2023). Coping strategies and substance use outcomes in young adulthood: A longitudinal study. *Addictive Behaviors*, 139, 107595.
13. Grégoire, J. (2020). Maladaptive coping strategies and substance use among adolescents. *Journal of Substance Use*, 25(6), 580–588.
14. Elam, K. K., Wang, F. L., Chassin, L., & Hussong, A. M. (2023). Adolescent polysubstance use and adult substance use disorders: The mediating role of coping. *Psychology of Addictive Behaviors*, 37(2), 182–193.
15. United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). *International standards on drug use prevention* (2nd updated ed.). UNODC.
16. Griffin, K. W., & Botvin, G. J. (2010). Evidence-based interventions for preventing substance use disorders in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(3), 505–526.

Ісько Н.Р., студентка БП-4
кафедри «Школа соціальної роботи ім. В.І. Полтавця»,
Національний університет «Києво-Могилянська академія»
n.isko@ukma.edu.ua

Максименко А.В., старша викладачка
кафедри «Школа соціальної роботи ім. В.І. Полтавця»,
Національний університет «Києво-Могилянська академія»
av.maksymenko@ukma.edu.ua

МЕТАКОГНІТИВНИЙ ТРЕНІНГ ЩОДО ДЕПРЕСІЇ ЯК ІНСТРУМЕНТ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

В умовах повномасштабної війни в Україні проблема психічного здоров'я набула системного та масового характеру. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, 46% українців повідомляють про погіршення психоемоційного стану (WHO, 2025), а близько 50% внутрішньо переміщених осіб мають симптоми депресії (ІОМ, 2024). За оцінками Міністерства охорони здоров'я України та міжнародних організацій, після завершення війни 10–15 мільйонів осіб потребуватимуть психологічної підтримки, з них 3–4 мільйони — спеціалізованої допомоги із застосуванням медикаментозного лікування (International Committee of the Red Cross, 2024). Водночас наявні кадрові ресурси залишаються обмеженими: безоплатну психологічну допомогу надають близько 9 тис. лікарів первинної ланки та

орієнтовно 1,8 тис. фахівців у сфері психічного здоров'я, що є недостатнім для забезпечення індивідуальної підтримки такої кількості людей, особливо у віддалених громадах, серед внутрішньо переміщених осіб та ветеранів (НІСД, 2025). Це зумовлює потребу в доступних, низькоінтенсивних і масштабованих інтервенціях, які можуть бути впроваджені в системі соціальної роботи.

Новітнім та ефективним прикладом доказової психологічної інтервенції є метакогнітивний тренінг щодо депресії (D-MCT), розроблений німецькими дослідниками під керівництвом Стефана Моріца (Moritz, Jelinek & Hauschildt, 2015). Підхід базується на поєднанні елементів когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) і метакогнітивної теорії, що зосереджується на мисленневих процесах і переконаннях людини щодо власного мислення (Moritz & Lysaker, 2018). У цьому сенсі D-MCT відрізняється від класичної КПТ, адже працює не лише з конкретним змістом думок, а й з тим, як людина мислить про власні думки, тобто на рівні «мислення про мислення» (Moritz & Lysaker, 2018). Метакогнітивний тренінг щодо депресії спрямований на усвідомлення когнітивних викривлень — стійких моделей мислення, що підтримують депресивну симптоматику, наприклад, румінацію, катастрофізацію чи генералізацію (Jelinek et al., 2016). Через структуровані вправи учасники вчаться розпізнавати упереджене сприйняття інформації, сумніви у власних судженнях та тенденцію до самозвинувачення, формуючи більш гнучке ставлення до своїх думок. Цей підхід дозволяє зменшити інтенсивність негативного мислення та підвищити почуття контролю над власними емоційними реакціями (Moritz et al., 2018).

Суттєвою перевагою D-MCT є його стандартизований і водночас гнучкий формат. Зміст програми складається з чітко структурованих модулів, які можуть проводитися у груповому або індивідуальному форматі з використанням готових вправ. Важливо, що підхід уже реалізується і в цифровому форматі — через мобільні застосунки (Moritz et al., 2024). У цьому випадку D-MCT може виступати як інструмент самодопомоги, що дозволяє користувачам самостійно опановувати навички, або як доповнення до роботи з фахівцем у межах змішаного формату підтримки. Для соціальних працівників це відкриває можливість поєднання групової та індивідуальної підтримки з цифровими ресурсами, підсилюючи ефективність роботи з клієнтами. Цифровізація підходу розширює його доступність, зменшує бар'єри звернення по допомогу та створює можливості для масштабування інтервенції в умовах обмежених ресурсів системи психічного здоров'я.

Ще однією особливістю підходу є відсутність потреби у тривалому клінічному навчанні для його впровадження. Завдяки високому рівню стандартизації та чітко визначеній методології D-MCT може застосовуватися після короткотривалої підготовки фахівців (Jelinek, Moritz & Hauschildt, 2015). Зокрема, для навчання спеціалістів розроблено онлайн-семінар, що

скаладається з п'яти навчальних блоків загальною тривалістю близько 5,5 годин і містить текстові матеріали, аудіо- та відеофайли, інтерактивні вправи й практичні рекомендації щодо проведення тренінгу. Після завершення навчання учасники отримують сертифікат, що підтверджує статус фахівця D-МСТ. Таким чином, D-МСТ може реалізовуватися не лише психологами чи психотерапевтами, а й соціальними працівниками та іншими представниками допоміжних професій, які пройшли навчання (Metacognitive Training e-Training, 2024).

Отже, в умовах масштабної потреби у психологічній підтримці та обмежених ресурсів системи психічного здоров'я метакогнітивний тренінг щодо депресії постає як доказовий, доступний і ефективний інструмент, який відповідає сучасним викликам. Для соціальної роботи цей підхід є особливо цінним, оскільки дозволяє соціальним працівникам інтегрувати доказові психологічні інтервенції у практику роботи з клієнтами. Поєднання науково обґрунтованої теоретичної бази, стандартизованого формату, можливості цифрового впровадження та короткотривалої підготовки фахівців створює реальні передумови для посилення ролі соціальних працівників у системі охорони психічного здоров'я. Запровадження D-МСТ може сприяти розширенню доступу населення до якісної психосоціальної підтримки, підвищенню психологічної стійкості та зміцненню індивідуальних ресурсів подолання стресу в умовах тривалої війни.

Список використаних джерел:

1. Національний інститут стратегічних досліджень. (2025). Поліпшення психологічного стану населення в умовах війни. <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/sotsialna-polityka/polipshennya-psykholohichnoho-stanu-naselennya-v-umovakh>
2. International Committee of the Red Cross (ICRC), & International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC). (2024). Report on 33rd International Conference Resolution 2: Addressing mental health and psychosocial needs of people affected by armed conflicts, natural disasters and other emergencies (33IC/19/R2) – Ukraine. International Conference of the Red Cross and Red Crescent.
3. International Organization for Migration (IOM). (2024, November). Психічне здоров'я в Україні: Вимушене переміщення, вразливість і підтримка [Mental health in Ukraine: Displacement, vulnerabilities and support].
4. Jelinek, L., Hauschildt, M., & Moritz, S. (2015). Metakognitives Training bei Depression. Beltz.
5. Jelinek, L., Hauschildt, M., Wittekind, C. E., Schneider, B. C., Kriston, L., & Moritz, S. (2016). Efficacy of metacognitive training for depression (D-MCT): A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85, 231–234. <https://doi.org/10.1159/000443699>
6. Metacognitive Training e-Training. (2024). Metacognitive training e-training (D-MCT) – Ukrainian. *Clinical Neuropsychology*. <https://clinical-neuropsychology.de/dmct-e-training-ukrainian/>
7. Moritz, S., Grudzień, D. P., Gawęda, Ł., Aleksandrowicz, A., Balzan, R., Shaffy, A., Bruhns, A., Borsutzky, S. M., & Rolvien, L. (2024). A randomized controlled trial on COGITO, a free self-help smartphone app to enhance mental well-being. *Journal of Psychiatric Research*, 174, 254–257. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.04.021>
8. Moritz, S., Lysaker, P. H., Hofmann, S. G., & Hautzinger, M. (2018). Going meta on metacognitive interventions. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 18, 739–741. <https://doi.org/10.1080/14737175.2018.1520636>
9. World Health Organization. (2025). Three years of war: Rising demand for mental health support, trauma care and rehabilitation. World Health Organization.