

ОЛЕГ РОМАНЧУК: «КПТ не вона спрямована на об'єктивне від ілюзій, помилкових



Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є однією з найпоширеніших форм психотерапевтичної допомоги людям з різними психічними розладами. Вона також є одним із найбільш науково досліджених психотерапевтичних методів, щодо її ефективності існує велика доказова база. Втім в Україні, на жаль, КПТ мало розповсюджена, фахової літератури на цю тему обмаль, як і відповідних навчальних програм,

що готували б фахівців з КПТ. У цьому відношенні віховою подією став початок у Львові трирічного навчального проекту з КПТ, який реалізується Українським інститутом когнітивно-поведінкової терапії у співпраці з Оксфордським центром когнітивної терапії. Про сучасний розвиток КПТ, її місце у системі охорони психічного здоров'я та перспективи розвитку КПТ в Україні говоримо з лікарем-психотерапевтом, дитячим психіатром, головою правління Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії **Олегом Романчуком**.

– Пане Олеже, КПТ є одним із провідних сучасних методів психотерапії. У багатьох протоколах КПТ згадується як метод вибору для лікування того чи іншого психіатричного розладу. Завдяки чому КПТ зайняла таке важливе місце у системі охорони психічного здоров'я у розвинених західних країнах?

– Мабуть, насамперед, завдяки науково доведеній ефективності та прагматизму. Ефективність КПТ завжди досліджували науково – ще задовго до того, як принцип доказовості став золотим стандартом у медицині. Власне саме тому, коли розпочалася ера доказової медицини і стали розробляти протоколи рекомендованих втручань на основі даних досліджень, виявилося, що КПТ має найвищу доказову базу. І, звісно, наукові та фахові товариства, а також урядові інституції, страхова медицина цілком обґрунтовано рекомендують та підтримують цей метод. А прагматизм КПТ полягає в «лаконічності» втручання – окреслене у часі, чітко сфокусоване на узгоджених цілях/проблемах. Відповідно, КПТ з економічної точки зору має оптимальне співвідношення ціна/результат.

– При яких саме розладах КПТ є ефективною?

– На сьогодні є значна доказова база щодо ефективності КПТ як монотерапії при депресії, тривожних розладах, посттравматичному стресовому розладі (ПТСР), булімії, окремих розладах особистості тощо. Так само застосування КПТ у комплексі з медикаментозним лікуванням робить більш ефективною терапію шизофренії та біполярного розладу. При тривожних розладах, депресії та ПТСР КПТ належить до групи найефективніших втручань з доказовою базою, тому у терапевтичних протоколах їй відводиться місце серед «втручань першого вибору».

– Відомо, що дослідження ефективності КПТ при депресії в кінці 70-х рр. викликало справжню «революцію» у ставленні наукового світу до психотерапії як дисципліни. Тоді було виявлено, що ефект КПТ та трициклічних антидепресантів однаковий. Чи сьогодні, коли ми маємо сучасні препарати, зокрема селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, ефект КПТ є такий же виражений порівняно з ними?

ВЧИТЬ ЛЮДЕЙ «ПОЗИТИВНО» ДУМАТИ, СПРИЙНЯТТЯ РЕАЛЬНОСТІ, ЗВІЛЬНЕННЯ СУДЖЕНЬ ТА ПЕРЕКОНАНЬ»

– Питання КПТ власне депресії є чи не найбільш дослідженим – на даний час проведено близько 80 рандомізованих контрольованих досліджень щодо ефективності КПТ при депресії. В деяких з них порівнювали ефективність КПТ й антидепресантів з групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, де була показана однакова ефективність цих двох підходів. У це може бути важко повірити прихильникам біологічно-орієнтованої психіатрії – але це так. До того ж виявлено і ряд переваг КПТ – відсоток осіб, які припиняли лікування КПТ, нижчий, ніж при фармакотерапії, де можливі симптоми побічної дії. Так само ризик рецидиву у пацієнтів, які пройшли і завершили КПТ, є дещо нижчий, ніж в осіб, що застосовували і завершили фармакотерапію антидепресантами. Ймовірно, це пов'язано з тим, що однією з цілей КПТ є навчання пацієнта бути «собі самому психотерапевтом» і набуття навичок попередження депресії. Втім це не означає, що КПТ і фармакотерапія є обов'язково аль-

...ризик рецидиву у пацієнтів, які пройшли і завершили КПТ, є дещо нижчий, ніж в осіб, що застосовували і завершили фармакотерапію антидепресантами.

тернативами одна одній. В дослідженнях, де порівнювали ефективність комбінації КПТ + антидепресант та монотерапії КПТ або лише антидепресанту, показано, що при тяжких формах депресії комбінована терапія є значно ефективнішою, аніж монотерапія. Тому, як

правило, при тяжких депресіях рекомендують поєднувати ці два види втручань. Таке ж лікування рекомендоване і при рекурентних та терапевтично-резистентних депресіях. Є також один з нових напрямків КПТ – майндфулнес-орієнтована КПТ, яка показала у дослідженнях свою ефективність щодо попередження рецидиву депресії у людей, котрі перенесли вже два і більше таких рецидивів. Цей підхід застосовується не під час самої депресії, а під час ремісії – пацієнт вчиться певних метакогнітивних навичок, які власне, на думку авторів цього методу, є ключовими у попередженні рецидиву, зокрема уміння абстрагуватися від думок, переключати увагу на «тут і тепер».

– **Ви згадали про побічну дію антидепресантів. Чи має КПТ свою «побічну дію», свої обмеження?**

– Звісно, КПТ попри свою ефективність у багатьох випадках не є чудо-методом, вона не вирішує усіх проблем і не може допомогти усім людям. У певних ситуаціях інші методи психо- чи фармакотерапії можуть бути більш ефективними. Для прикладу, одне з недавніх досліджень терапії тяжких форм депресії у підлітків показало, що лікування антидепресантами дає більш швидкий результат (на 6-й тиждень), тоді як ефект КПТ як монотерапії був дещо нижчим і розвивався значно пізніше (на 12-й тиждень). При біполярному розладі та шизофренії головним втручанням є

фармакотерапія, а КПТ відіграє допоміжну роль. Щодо побічної дії, то насамперед хочеться сказати, що існує серйозна побічна дія будь-якої некомпетентної, неякісної психотерапії, у тому числі і когнітивно-поведінкової – це втрата довіри до психотерапії як такої.

– **Чи ця проблема присутня в Україні? Як би ви оцінили доступність і якість психотерапевтичної допомоги в нашій державі, зокрема методом КПТ?**

– Гадаю, ми всі знаємо, що ситуація з психотерапією в Україні є дуже неоднозначною. З одного боку, будь-яке «психологічне» втручання можуть називати психотерапією, починаючи з гри на барабанах, з іншого – програм якісної психотерапевтичної освіти в Україні не так багато. Звісно, я не маю нічого проти гри на барабанах, це чудова річ. Вона може мати психотерапевтичний ефект. Більше того, коли це одна з технік, яку застосовує належно освічений фахівець-психотерапевт за напрямком музикотерапія, це може бути справді психотерапією, але у більшості випадків це лише гра на барабанах, а не психотерапія в сучасному, науковому та клінічному

...існує серйозна побічна дія будь-якої некомпетентної, неякісної психотерапії, у тому числі і когнітивно-поведінкової – це втрата довіри до психотерапії як такої.

значенні цього слова. Багато людей в Україні отримують допомогу, яка не завжди відповідає сучасним стандартам якості психотерапії. Відповідно, коли нема результату – а ми знаємо, для прикладу у КПТ, що результат психотерапії – це не лише наслідок емоційної підтримки, доброго терапевтичного стосунку, але й хорошого обстеження, адекватного плану терапії, грамотного застосування належних технік – тоді є розчарування: «мені не допомагає психотерапія». Це може підтримуватися і поширеними в суспільстві переконаннями, що «психотерапія – це тільки марна трата грошей, витягування з людей грошей», «вся робота психотерапевта – мовчки слухати і кивати головою, краще з товаришкою на каву ходити» і т. п. І, відповідно, людина, страждаючи на розлад, при якому головним втручанням (і часто єдиним ефективним) є психотерапія (наприклад, при ПТСР), не звернеться за належною допомогою. Тож дуже важливо захистити юридично і професійно поняття психотерапії незалежно від конкретного напрямку. У КПТ це реалізується через чіткі етичні стандарти (наприклад, ти не можеш з рекламною метою представляти себе у спосіб, що не відповідає твоїй дійсній освіті та кваліфікації, ти не можеш займатися лікуванням того, чого ти не вчився, або щодо чого КПТ неефективна) та чіткі стандарти освіти й акредитації як КПТ-терапевта.

– **Які ж ці стандарти освіти у КПТ?**

– Європейська асоціація поведінкових та когнітивних терапій (ЕАВСТ) встановила мінімальні освітні вимоги, свого роду мінімальний стандарт. Це, насамперед, базова освіта у сфері охорони психічного здоров'я (тобто спеціальність клінічного психолога, психіатра, психотерапевта тощо), тоді щонайменше

...результат психотерапії – це не лише наслідок емоційної підтримки, доброго терапевтичного стосунку, але й хорошого обстеження, адекватного плану терапії, грамотного застосування належних технік...

450 годин вивчення теорії та практики КПТ від визнаних викладачів цього методу, 200 годин супервізованої клінічної практики, проведення під супервізією не менше восьми пацієнтів від початку до завершення терапії, причому у трьох випадках на супервізію мають представлятися аудіо- або відеозаписи сесій. Студент повинен мати

«прохідний бал» при оцінюванні знань та практичних навичок, а також записів сесій за стандартизованою шкалою компетентності КПТ-терапевта. Обов'язковим є написання на належному рівні щонайменше двох детальних описів випадків та дипломної роботи. Студент має продемонструвати належний рівень практичних навичок та теоретичних знань. Такий високий стандарт захищає якість КПТ, довіру до неї як до методу.

– **Чи в Україні є можливість здобути освіту у КПТ згідно з цими європейськими стандартами?**

– На жаль, на даний час мені відома лише одна навчальна програма, яка реалізується в Україні відповідно до цього освітнього стандарту – це програма Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії у Львові. І сумно, що таких програм так мало, бо з огляду на доказову ефективність та важливе місце цього методу у сфері

...потреба у КПТ дуже велика, втім реально КПТ як такої в Україні дуже мало... в Україні дуже мало...

охорони психічного здоров'я потреба у КПТ дуже велика, втім реально КПТ як такої в Україні дуже мало... Для порівняння: у більшості західних країн освіта в КПТ входить у базову освіту усіх клінічних психологів, психіатрів, лікарів-психотерапевтів. У багатьох країнах розвиток КПТ активно підтримується державною системою охорони здоров'я, як у Великобританії, де у 2007 р. уряд виділив 170 млн фунтів на навчання 3 тис. когнітивно-поведінкових терапевтів, які б працювали у державній системі охорони здоров'я, яка у них є безкоштовною.

– **Це дуже цікавий факт. Ви можете про це розповісти детальніше?**

– Так, великою мірою це безпрецедентний факт в історії. Він пов'язаний, власне, з усвідомленням важливості ролі КПТ у сфері охорони психічного здоров'я та з економічними прорахунками. У Великобританії, наприклад, є розрахунки, що економічні наслідки неналежно діагностованої депресії у дітей та підлітків становлять 2879 млн фунтів на рік, тоді як витрати на надання КПТ усім пацієнтам цієї вікової категорії (у Британському протоколі КПТ є основним методом допомоги дітям та

підліткам з депресією) становлять 173 млн фунтів на рік. Економічна вигода від інвестиції 170 млн фунтів у те, щоб КПТ була доступною, очевидна, навіть не беручи до уваги усі інші розлади як у дітей, так і у дорослих, де КПТ є одним з основних втручань.

– **На цьому фоні ситуація в Україні виглядає доволі сумно... Чи є якісь зміни у нашій державі, та які перспективи розвитку КПТ в Україні?**

– Звісно, в Україні неможливо досягти якісного покращання ситуації у сфері психічного здоров'я дітей, підлітків, дорослих та людей похилого віку без розвитку фахової, компетентної, доступної психотерапевтичної допомоги методом КПТ. Тому КПТ у нашій країні вже розвивається, і я певен, що займе важливе місце у сфері охорони психічного здоров'я. Останні два роки у цьому відношенні ми були свідками ключових подій – заснування Української асоціації когнітивно-поведінкової терапії та Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії, розвиток у Львові на базі Українського католицького університету школи психологічного консультування, основаної на КПТ, початок трирічного навчального проекту відповідно до Європейських вимог освіти у КПТ у Львові. Це маленькі кроки, але вони закладають основу до майбутнього розвитку КПТ...

– **Пане Олеже, якщо можна, ще декілька слів про трирічний навчальний проект з КПТ, про який ви щойно згадали. Як вдалося організувати таку навчальну програму?**

– Ми свідомі – я кажу про позицію Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії, що зараз найважливішим питанням для розвитку КПТ в Україні є організація якісних освітніх програм. Якість освіти у КПТ – це насамперед хороша організація навчальної програми згідно із сучасними стандартами освіти, а також якість викладачів та супервізорів. Нам вдалося встановити хороші партнерські стосунки з Оксфордським центром когнітивної терапії, який є лідером освіти КПТ у Великобританії і має 18-річний досвід реалізації навчальних програм. Більша частина наших викладачів і супервізорів з Оксфорду, а також з Лондонського університету, університету Гронінгену у Голландії. Ми дуже вдячні нашим західним колегам за їхню допомогу у розробці програми та за безпосередню участь у її реалізації. Сподіваємося, що протягом найближчого року вона буде акредитована ЕАВСТ, і учасники, що успішно її завершили, зможуть отримати «європейський сертифікат», який є важливим в плані дотримання відповідного «європейського стандарту якості» у КПТ. Ми свідомі, що в Україні за відсутності належних програм багато людей здобувають свого роду «міні-освіту» у КПТ шляхом опрацювання літератури, онлайн-навчання, участі у різних навчальних проектах з КПТ, що дають лише часткову освіту і не вповні відповідають

Якість освіти у КПТ – це, насамперед, хороша організація навчальної програми згідно із сучасними стандартами освіти, а також якість викладачів та супервізорів.

«евростандарту». Це нормальна для нашої дійсності дорога. Втім, щоб реалізувати якісну КПТ, принциповим є повна освіта, яка неможлива без супервізованої досвідченими КПТ-терапевтами клінічної практики, належного напруження як теоретичних знань, так і практичних навичок – знову ж таки «з перших рук» від досвідчених викладачів, а також належного оцінювання набутих знань та навичок. Це вимогливе навчання, але воно є таким задля головної мети – гарантувати якість освіти, набуття належної компетентності у психотерапії психічних розладів.

– Перший проект уже стартував. Як часто ви плануєте проводити новий набір?

– Якщо все буде так, як ми запланували, то щороку. Початок наступного навчального проекту заплановано на березень 2012 р.

– Цікаво, що попри те, що інші психотерапевтичні напрямки в Україні від початку 90-х рр. доволі інтенсивно розвивалися, чому КПТ приходить в Україну з таким запізненням?

– Це дійсно так. Порівняно з багатьма іншими психотерапевтичними методами КПТ приходить із запізненням. Я можу лише припускати, що після падіння певних «інформаційних мурів», коли розпався Радянський Союз, і Україна почала спілкуватися із західним світом,

...у КПТ ми не міняємо сприйняття дійсності пацієнтом у «правильному напрямку», а лише супроводжуємо їх у самостійному відкритті об'єктивної реальності.

найбільший інтерес викликали «заборонені», «відсутні» у радянські часи методи психотерапії, наприклад психоаналіз. Це, імовірно, було також пов'язано з відкриттям табу йованих тем, як-от сексуальність. І, звісно, нічого нема поганого у тому, що розвивався психоаналіз чи будь-який інший метод, бо кожен метод

має свою цінність і своє значення. Однак інтерес до КПТ не був таким великим у ті часи. Це теж, мабуть, спричиняло і те, що «поведінковий» компонент начебто був уже присутній у психотерапії радянської доби і був пов'язаний з відомим усім Павловим. Можливо, ще один чинник у тому, що за радянської доби була так звана психотерапія «переконанням», яка не має нічого спільного з КПТ, бо у КПТ ми не міняємо сприйняття дійсності пацієнтом у «правильному напрямку», а лише супроводжуємо їх у самостійному відкритті об'єктивної реальності. Водночас і емпірична, наукова орієнтованість КПТ теж ішла у розріз з «модою» на ірраціональне та таємниче. Існували (до речі, існують і зараз) також певні поширені міфи про КПТ як про «поверхневий», раціональний метод, який ліквідує поверхневі симптоми, а глибинні не вирішує, тож рано чи пізно у пацієнта розвиваються нові симптоми. Втім, без сумніву, зараз в українську психотерапію приходить час КПТ...

– Ви згадали міфи про КПТ – які вони?

– Так, я вже згадав міф про «поверхневість» КПТ і те, що вона неефективна при особистісних розладах. Насправді КПТ працює з глибинними переконаннями,

особистісними порушеннями. Ефективність методу при розладах особистості, зокрема його підвиду, так званої схема-терапії, теж встановлена в наукових дослідженнях. Так, у 2000-2006 рр. у Голландії група дослідників на чолі з доктором Арнтзом реалізували дуже цікаве мультицентрове рандомізоване дослідження, в якому порівнювали ефективність схема-терапії та психодинамічної трансференс-фокусованої терапії (ТФТ) в лікуванні пограничного розладу особистості. Терапія обома методами тривала близько трьох років, 88 пацієнтів були рандомізовано розподілені між терапевтами. В результаті обидва методи продемонстрували свою ефективність, однак схема-терапія виявилася ефективнішою порівняно з ТФТ. При схема-терапії у 66% пацієнтів та при ТФТ у 43% хворих були досягнуті клінічно значима редукція симптомів розладу та покращання якості життя; повна редукція симптомів, «зняття діагнозу» при схема-терапії – у 46% випадків проти 24% при ТФТ. Причому ці зміни утримувалися для обох методів і при контрольному обстеженні через рік після завершення лікування. Так, йшлося не просто про зменшення частоти самопошкодження чи суїцидальних спроб, а загалом оцінювалися покращання самооцінки, нормалізація міжособистісних стосунків, емоційного життя – справді «глибинна» зміна.

Міф про «поверхневість» пов'язаний з міфом про «заміну симптомів». Дослідження показують, що КПТ тривожних розладів чи депресій дає ефект не лише щодо редукції симптомів, але і профілактики рецидиву – в цьому одна з її сильних сторін. І робота методом КПТ з симптомами і проблемами, присутніми «тут і тепер», зовсім не означає, що при потребі, коли є особистісні порушення/ПТСР, КПТ не працює з минулим, насправді КПТ працює з минулим досвідом, з наслідками травматичних подій з минулого.

Інший поширений міф про «механістичність» КПТ: мовляв, на проблему Х КПТ пропонує протокол Y. У КПТ дійсно є протоколи, вони важливі для емпіричної валідації ефективних компонентів втручання, але протоколи не керують процесом терапії. На основі обстеження будуються індивідуальне формулювання, план лікування, у який можуть бути включені і творчо використовуватися ті чи інші техніки з протоколу залежно від потреб та особливостей кожного випадку. Як і будь-яка інша психотерапія, КПТ є і наукою, і мистецтвом, і творчим процесом...

Міф про «суху раціональність методу» – КПТ не цікавиться емоціями, працює лише на рівні думок. Це твердження не відповідає дійсності, оскільки основною метою методу і є досягнення змін на емоційному рівні, наприклад полегшення емоційного страждання

...основною метою методу і є досягнення змін на емоційному рівні, наприклад полегшення емоційного страждання пацієнтів, і не просто шляхом інтелектуалізації, втечі від емоцій, а шляхом зміни способу сприйняття та ставлення до ситуації, свого внутрішнього світу, за допомогою ефективних дій, спрямованих на вирішення проблем.

пацієнтів, і не просто шляхом інтелектуалізації, втечі від емоцій, а шляхом зміни способу сприйняття та ставлення до ситуації, свого внутрішнього світу, за допомогою ефективних дій, спрямованих на вирішення проблем. КПТ сприяє емоційній інтеграції, розвитку емоційної регуляції. Для КПТ важливо, щоб пацієнт з низькою самооцінкою не просто почав думати «я вартий любові та поваги такий, як я є», але й відчував це на емоційному рівні, щоб це було справді нове відчуття себе, а не лише нова думка про себе.

Ще один міф – «терапевтичний стосунок неважливий у КПТ». Він дуже важливий у всіх видах лікування – це однозначно. У КПТ важливими є і належне формулювання/розуміння випадку та план лікування, грамотне застосування відповідних технік, активне залучення пацієнта у терапію, навчання бути собі самому психотерапевтом та багато інших ключових компонентів.

Часом КПТ плутають із «позитивним мисленням». Цей метод не вчить людей «позитивно» думати, а спрямований на об'єктивне сприйняття реальності, звільнення від ілюзій, помилкових суджень та переконань. І

якщо у людини, наприклад, термінальне захворювання, то КПТ допомагає не сприймати це «позитивно», а виробити оптимальне ставлення до реальних проблем. Є цілий ряд досліджень, у яких підтверджується ефективність КПТ у таких випадках. КПТ з онкохворими однозначно зменшує показники депресії та сприяє покращенню якості життя.

– Тож на завершення – яке основне послання про КПТ ви б хотіли передати читачам журналу?

– Воно вже було сказане: КПТ є провідним, сучасним, науково обґрунтованим методом психотерапевтичної допомоги людям з багатьма видами проблем та розладів у сфері психічного здоров'я. І в Україні неможливо досягти якісного покращення ситуації у сфері психічного здоров'я дітей, підлітків, дорослих та людей похилого віку без розвитку фахової, компетентної, доступної психотерапевтичної допомоги методом КПТ.

Підготувала **Тетяна Ільницька**

Эффективность жирных кислот омега-3 в лечении СДВГ у детей

Внимание к роли длинноцепочечных жирных кислот n-3 в нормальной жизнедеятельности человека, а также в развитии многих заболеваний в последнее время значительно возросло. Во многих клинических и эпидемиологических исследованиях было показано положительное влияние n-3 жирных кислот на развитие ребенка, исход сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, а также и на течение многих психиатрических заболеваний, включая депрессию, синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) и деменцию. Жирные кислоты омега-3 обладают противовоспалительным действием и могут влиять на текучесть мембран и фосфолипидный состав клеток нервной системы. В нескольких исследованиях были выявлены различия в составе плазмы крови и в эритроцитах жирных кислот омега-3 у пациентов с СДВГ и здоровых людей. Поскольку результаты проведенных исследований были достаточно неоднозначны, возникла необходимость в проведении обобщенного метаанализа имеющихся данных. В результате про-

веденного метаанализа, данные которого опубликованы в *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, М.Н. Bloch et al. пришли к выводу, что добавление жирной кислоты омега-3 может уменьшить проявления СДВГ у детей. В ходе исследования, в которое было включено 10 испытаний при участии 699 детей с СДВГ, было обнаружено, что у пациентов, которые получали кислоту омега-3, отмечалось небольшое, но существенное снижение тяжести симптомов по сравнению с теми, кто получал плацебо ($p < 0,0001$). Все наблюдения проводились в период между 2001 и 2009 гг., их продолжительность составила от 7 недель до 4 месяцев. При вторичном анализе исследователи провели оценку дозозависимого эффекта следующих жирных кислот омега-3: эйкозапентаеновой, докозагексаеновой и α -липовой кислот. Улучшения состояния были значительно выражены у детей с СДВГ, которые получали пищевые добавки с эйкозапентаеновой кислотой ($p = 0,04$). Не было установлено никаких дозозависимых различий между доко-

загексаеновой и α -липовой кислотами, а также монотерапией жирными кислотами омега-3 и комбинированного лечения жирными кислотами со стандартной фармакотерапией.

М.Н. Bloch заявил, что полученные результаты стали неожиданностью, так как не ожидалось, что лечение будет настолько эффективным, потому как для проявления эффективности пищевой добавки требуется некоторое время. Тем не менее, не стоит надеяться, что пищевая добавка сможет заменить стандартное медикаментозное лечение.

Исследователи отметили, что эффективность данной терапии была незначительной по сравнению с доступной на сегодняшний день фармакотерапией СДВГ. Однако, учитывая относительно положительный профиль побочных явлений, жирная кислота омега-3 представляет собой потенциально более безопасную альтернативу стандартному лечению и может быть разумным дополнением, особенно в легких случаях, к традиционной фармакотерапии.

www.medscape.com

ШАНОВНІ ЧИТАЧІ!

**Звертаємо вашу увагу,
що на сторінках журналу «НейроNEWS:
психоневрологія і нейропсихіатрія»
буде проведений семінар на тему
КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ.**

Семінар орієнтований на практичних психологів, психотерапевтів, психіатрів,
а також буде інформативним і корисним для всіх лікарів,
що цікавляться проблемами психіатрії та методами надання
допомоги пацієнтам з психічними розладами.

В рамках семінару будуть представлені наступні теми:

1. Когнітивно-поведінкова терапія obsесивно-компульсивного розладу.
2. Посттравматичний стресовий розлад – дані доказової медицини щодо ефективних шляхів допомоги.
3. Майндфулнес-орієнтована когнітивна терапія – ефективний метод попередження рецидиву депресії.
4. Схема-терапія пограничного розладу особистості.
5. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів.

Першу публікацію на тему «Когнітивно-поведінкова терапія obsесивно-компульсивного розладу» читайте в № 8, 2011.

**УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ
у співпраці з
ОКСФОРДСЬКИМ ЦЕНТРОМ КОГНІТИВНОЇ ТЕРАПІЇ
презентують**

ТРИРІЧНУ НАВЧАЛЬНУ ПРОГРАМУ «КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ»

- Навчання КПТ згідно зі стандартами Європейської асоціації поведінкових та когнітивних терапій (ЕАВСТ)
- Навчання сучасних підходів КПТ, що мають доказову базу ефективності
- Набуття компетентності у КПТ депресії, тривожних розладів, посттравматичного стресового розладу, розладів харчової поведінки, поширених розладів дитячого та підліткового віку тощо
- Викладачі – провідні фахівці у галузі КПТ Оксфордського центру когнітивної терапії та інших Європейських країн
- Три роки навчання, що включають 12 навчальних модулів, супервізовану клінічну практику, опрацювання літератури, стандартизоване оцінювання – загалом 450 годин теорії та практики КПТ, 200 годин клінічної практики, 64 годин супервізій.

Відкрито прийом аплікаційних заявок на набір 2012 р.
www.i-cbt.org.ua



**УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ
КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ**