

МАЙНДФУЛНЕС-ОРІЄНТОВАНА КПТ – новий ефективний метод попередження рецидиву депресії



Ведучий семінару
Олег Ігорович Романчук –
лікар-психотерапевт, дитячий
та підлітковий психіатр,
керівник відділення
розвитку дитини
навчально-реабілітаційного
центру «Джерело» у м. Львові
Адреса для кореспонденції:
i.cbt.org.ua@gmail.com

Велика проблема сучасної психіатрії – це попередження рецидивів депресії, адже більш ніж у 50% осіб, які мали один епізод депресії, спостерігатиметься рецидив, а з-поміж тих пацієнтів, в яких було три епізоди і більше, ризик рецидивів становить 70-80%. Поряд із вже встановленими методами, спрямованими на попередження рецидиву, такими як підтримуюча фармакотерапія антидепресантами, класична когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), розвиваються і вивчаються інші підходи. Дана стаття представляє один із таких сучасних підходів – майндфулнес-орієнтовану КПТ (МО-КПТ), яка у рандомізованих мультицентрових контрольованих дослідженнях показала високу ефективність щодо попередження рецидивів депресії в осіб, які перенесли три епізоди депресії й більше, – для таких пацієнтів ризик рецидиву протягом трьох років після завершення програми МО-КПТ зменшується вдвічі порівняно з контрольною групою.

Проблема депресії, без сумніву, є однією з найбільших у сфері охорони психічного здоров'я: це не тільки «лідер» поряд з тривожними розладами серед психіатричних за поширеністю (16% дорослих, 8% підлітків, 2% дітей), але й розлад, який може мати значний вплив на якість життя. Згідно з оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), на 2020 р. депресія займе друге місце після ішемічної хвороби серця за так званим «тягарем хвороби» – сумарним показником негативних наслідків хвороби, що впливають на якість життя людини. Окрім того, близько 80% завершених суїцидів скоюють люди, хворі на депресію. У деяких країнах це одна з ведучих причин смертності в окремих групах населення (наприклад, у США третя за частотою причина смерті підлітків). Однак попри таку високу виразність та наявні ефективні методи терапії (в сучасних дослідженнях встановлено високу ефективність фармакотерапії антидепресантами, а також психотерапії методом КПТ, інтерперсональної та сімейної терапії), більша частина пацієнтів з депресією не звертаються за належною фаховою допомогою.

Втім проблема допомоги таким хворим – це не лише проблема вчасного виявлення та належної терапії епізоду депресії (у цьому напрямку в сучасній

психіатрії/психотерапії досягнуто дуже багато) – значної уваги потребує попередження рецидивів розладу. Згідно з даними досліджень Segal (2002), щонайменше 50% осіб, які мали один епізод депресії, матимуть рецидиви, а серед хворих, в яких було три епізоди і більше, ризик рецидивів становить 70-80%. Виявлено, що більшість із цих пацієнтів будуть мати щонайменше чотири епізоди депресії за життя з середньою тривалістю кожного до 20 тижнів.

Які ж можуть бути відповіді на проблему попередження рецидивів депресії? Без сумніву, одна з найбільш поширених і емпірично доведених – довготривала (інколи багаторічна) підтримуюча терапія антидепресантами. Дослідження підтверджують як ефективність цього підходу, так і його обмеження: зокрема, комплаєнс хворих доволі низький – близько 40% пацієнтів, яким лікарі рекомендують тривалу підтримуючу терапію, самостійно припиняють її за декілька місяців після покращення стану. Іншу відповідь пропонує класична КПТ (Beck, 1979), яка ставить за мету навчання пацієнта бути «собі самому психотерапевтом» і набуття навичок попередження рецидивів. Ефективність КПТ щодо попередження рецидивів депресії встановлено у багатьох дослідженнях. Зокрема, у двох дослідженнях (Blackburn, 1986; Evans, 1992) порівнювали ризик

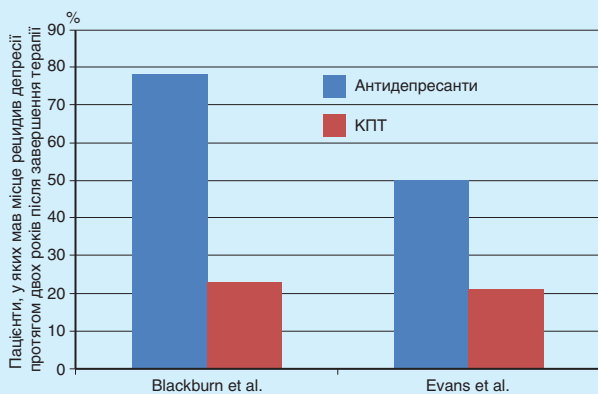


Рис. 1. Порівняння ризику рецидиву депресії у пацієнтів груп антидепресантів та КПТ (Blackburn, 1986; Evans, 1992)

рецидиву депресії протягом трьох років у пацієнтів, які мали перший гострий епізод депресії та успішно пройшли лікування: одна група отримувала ізольовану фармакотерапію антидепресантами, яку було припинено після досягнення ремісії, друга – лише КПТ, яку теж завершили після належного проходження усіх пунктів протоколу, що включав також навчання попередження рецидиву. В результаті було показано значно вищу ефективність КПТ щодо попередження рецидиву депресії (хоч при терапії епізоду депресії ці два методи в цілому однаково ефективні) – у пацієнтів групи КПТ він виявився меншим більш ніж удвічі порівняно з групою антидепресантів (рис. 1).

Метааналіз восьми досліджень, проведений Gloaguen (1998), де порівнювали ризик рецидиву після КПТ порівняно з хворими, які пройшли терапію антидепресантами, дозволив зробити дослідникам наступний узагальнений висновок: в середньому тільки у 29,5% пацієнтів групи КПТ мали місце рецидиви проти 60% у хворих групи антидепресантів (рис. 2).

Дані цих досліджень та багатьох інших стосовно превентивної цінності КПТ вплинули на розвиток відповідних рекомендацій/протоколів щодо допомоги особам з рекурентною депресією. Наприклад, Британський національний інститут клінічної майстерності (NICE), емпірично обґрунтовані протоколи якого мають великий авторитет в усьому світі, у своєму керівництві допомоги особам з депресією рекомендує КПТ як обов'язковий компонент допомоги людям, що мали два епізоди депресії і більше (NICE, 2004).

Однак у межах самої КПТ протягом останніх років велику увагу було зосереджено на розумінні того, що робить людину схильною до рецидиву, а що, навпаки, підвищує її опірність до повторних епізодів; які мають бути «мішені» терапевтичних втручань, як оптимізувати методи допомоги пацієнтам із рекурентною депресією, як розвинути такі методи лікування, які могли б бути еквівалентами «підтримуючої» терапії, застосовуватися у період ремісії та максимально мінімізувати ризик рецидивів. У самому КПТ-підході увага акцентується також і на розвитку «фінансово недорогих» форм втручань, аби зробити їх оптимально доступними для потребуючих осіб. Таким чином розвинувся новий підхід, що відноситься до так званої «третьої хвилі» КПТ (пост-класичної) – МО-КПТ (Segal, Williams, Teasdale, 2002). Він пропонує цілісну модель розуміння схильності до рецидиву і «пакедну форму» втручання, яка

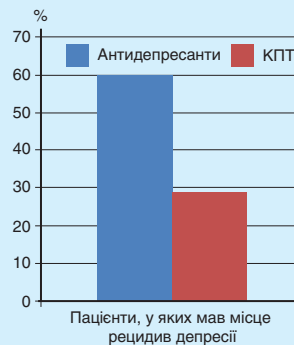


Рис. 2. Порівняння ризику рецидиву депресії у пацієнтів груп антидепресантів та КПТ (Gloaguen, 1998)

реалізується в період ремісії у груповому форматі протягом 8 двохгодинних сесій. У декількох дослідженнях цей підхід показав високу ефективність щодо попередження рецидиву і на сьогодні входить до групи рекомендованих втручань у пацієнтів з рекурентною депресією у протоколі NICE.

Модель попередження рецидиву депресії у МО-КПТ

Дослідники Segal, Williams та Teasdale, які розробили МО-КПТ, провели ряд цікавих досліджень та експериментів з метою виявлення того, що власне є характерним для пацієнтів, які мають рецидиви депресії. Їх увагу привернув той факт, що в осіб з багатьма епізодами депресії, згідно з даними досліджень Post (1992), у розвитку повторних епізодів усе меншу роль відігравав фактор стресових життєвих подій – з кожним наступним епізодом роль зовнішнього стресу зменшувалася. Складалося враження, що «програма» (дослідники порівняли типові емоційно-когнітивно-поведінкові патерни при депресії до комп'ютерної програми) депресії все легше активувалася з кожним наступним епізодом. Їхні експерименти були зосереджені на тому, щоб виявити, в чому ж особливість цієї «програми» і що відрізняє людей зі схильністю до рецидиву. В одній серії експериментів досліджували вплив індукції сумного настрою на когнітивні процеси (наприклад, пацієнтам давали читати сумну новелу та аналізували їх реакцію на неї). У людей, які пережили раніше епізод депресії, чітко відслідковувався певний патерн (взірець) реакції – при однаковому рівні у цих пацієнтів у стані смутку «індуковано» активувалося типове депресивне, румінативне мислення, описане у класичних працях, що присвячені КПТ депресії: вони занурювалися у потік думок, переважно негативного характеру, згадували негативні події з власного життя, фокусували увагу на негативних аспектах теперішнього, будували несприятливі прогнози на майбутнє тощо. Причому характерним був не лише депресивний зміст думок, але й сам перехід у «румінацію», тобто постійне негативне обдумування, «пережовування» негативних думок, певного роду «занурення», фокусування уваги на обдумуванні. При цьому фокус уваги переносився «всерединою», здатність помічати те, що відбувається «тут і тепер», суттєво зменшувалася. Вищезгадані вчені висунули гіпотезу, що пережитий епізод депресії залишає у мозку, як у комп'ютері, «програму депресивного мислення», яка може бути легко індукована будь-якими



Рис. 3. Загальна модель підтримуючих циклів при депресії у КПТ

подіями, що викликають смуток. І що власне емоція смутку активує цю «програму», а коли її вчасно не зупинити, то вже сама починає генерувати вторинно негативний афект, що породжує нові серії несприятливих думок, посилення румінації, може призводити до пасивності, самоізоляції та інших «депресивних» дій, і зрештою – до типових підтримуючих циклів депресії (рис. 3). Саме завдяки цим підтримуючим циклам/процесам «маленький вогник депресивного афекту» переходить у «пожежу» депресивного епізоду.

Ці ж вчені припускалися думки, що метод КПТ щодо попередження рецидиву депресії виявився ефективним, оскільки вчить пацієнтів не лише міняти зміст думок, але й децентруватися від них (дивитися на них з боку), що є свого роду протидією румінації. Вбачаючи центральну роль румінації у розвитку рецидиву, Teasdale et al. висунули гіпотезу, що центральним компонентом ефективності КПТ у попередженні рецидиву може бути не стільки навчання пацієнта протидіяти негативним думкам, надаючи їх когнітивній корекції, скільки вироблення у нього метакогнітивної позиції децентрування від румінативного потоку депресивних думок. Це було революційне припущення, оскільки радикально міняло парадигму КПТ: у класичній когнітивній терапії мішенню завжди був зміст думок. Дослідники зосередили увагу на розвитку терапевтичного підходу, який пропонував не стільки аналізувати зміст думок, скільки взагалі «виходити» з потоку румінативних

Клінічний випадок

Микола, 17 років, студент університету, у минулому пережив епізод депресії, звертається за допомогою зі скаргою на те, що «депресія повертається». При мікроаналізі процесу «повернення» описує, що депресія почала «тихо прокрадатися» після того, як довідався про те, що друг вирішив виїхати жити за кордон, що призвело до «каскаду» негативних думок («у цій країні в мене немає майбутнього, усі мої друзі порозїжджаються, я лишуся сам, а мій настрій знову стає поганим – я ніколи з депресії не вийду, я приречений закінчити життя психічнохворим невдахою і т. д.»). Відповідно, почав більше часу проводити на самоті, думаючи про те все, стало важче зосереджуватися на навчанні, що породило новий цикл думок («я завалю сесію, вилечу з університету» тощо).

думок, фокусуючи увагу на чомусь іншому, наприклад, диханні. Також вони припустили, що об'єм фокусу уваги в людини має обмеження і, фокусуючи її на чомусь іншому, ми не лишаємо «простору» для депресивної румінації і, таким чином, не даємо можливості розвиватися підтримуючим циклам депресії та запобігаємо розвитку рецидиву (рис. 4).

Модель МО-КПТ депресії розвинулася на основі попереднього розвитку МО-програм протидії стресу (MBSR), а також допомоги хронічно хворим, з больовим синдромом тощо. Ці програми вже мали на той момент розроблені протоколи та емпірично встановлену ефективність (Kabat-Zinn, 2003). Основним «технічним компонентом» даних програм було застосування технік концентрації уваги та розширення поля свідомості (саме слово «mindful» означає «повна свідомість/уважність») поза межі потоку мислення, що походили з медитативних традицій буддизму (у східному християнстві схожі підходи до «стишення думок» мають місце у молитовній традиції ісихазму). Втім з цих традицій застосовувався лише компонент фокусування уваги у певний спосіб на тому, що є тут і тепер, з відкритістю, без осудження, з прийняттям того, що є – поза релігійним аспектом використання «внутрішнього стишення думок» з метою молитви/відкритості до трансцендентного.

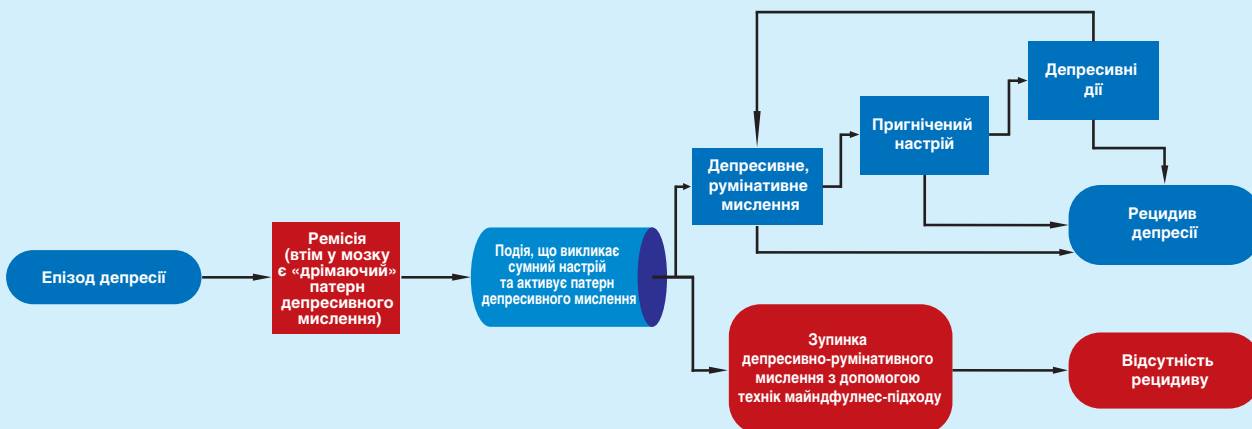


Рис. 4. Модель розвитку/профілактики рецидиву депресії

Огляд технік майндфулнес-підходу

У МО-КПТ депресії (пригадаймо, що це насамперед превентивно-орієнтований підхід, що застосовується у фазі ремісії) за мету ставиться допомогти пацієнтам зрозуміти, як може розвинути рецидив депресії: зокрема, значення румінативного мислення та пов'язаного з ним «занурення в себе», фокусування уваги на негативному, підтримуючих циклів депресивні думки – дії – пригнічений настрої тощо. У традиції МО-КПТ стан румінативного мислення називають станом «автопілоту» – людину несе потік депресивних думок і вона йому віддається. Одна з поширених метафор – порівняння потоку думок з потягами, що проходять повз станцію: людина «на автопілоті» сідає у кожен потяг і дозволяє йому везти себе, гадаючи, що ці думки допомагають вирішити існуючі проблеми – врешті він завозить її «глибше і глибше» на територію депресії. Альтернатива, яку пропонує МО-КПТ, – навчитися займати децентровану позицію щодо думок. Мовою метафори: коли потяг зупиняється, відчиняє двері й звучить запрошення «сісти», людина може просто розпізнати, що це не її потяг. Те саме вона може зробити, коли «вже сіла і їде» – просто вчасно вийти. МО-КПТ вчить шляхом регулярної практики різних медитативних технік (сканування тіла, медитація в русі, фокусування уваги на диханні, на природі) розвивати в собі здатність споглядати потік думок і робити свідомий вибір, чи це корисні думки, і раз дійсно варто про це подумати, чи це небезпечний «депресивний потяг», з якого треба вийти. Власне в останньому випадку людині рекомендовано переходити в «стан буття тут і тепер», який розвивається і закріплюється за допомогою регулярної практики медитативних технік. При цьому дуже важливо, що людина вчиться не «супресії» (пригніченню) негативних думок чи емоцій, а просто приймати їх як один з аспектів своєї свідомості, пам'ятаючи, що «думки – не факти», і роблячи свідомий вибір, на чому буде зараз найбільш корисно сфокусувати увагу. У цьому відношенні майндфулнес-підхід можна теж розглядати як одну з адаптивних технік інтеграції емоцій, емоційної саморегуляції. Особи, що проходять курс МО-КПТ, відкривають для себе, що «думати» – це лише один із можливих станів нашої свідомості, до певних завдань він корисний і потрібний, але в певних ситуаціях більш корисним та відновлювальним буде стан «просто бути», який пов'язаний з безпосереднім відчуттям життя, себе самого, інших людей, природи тощо. У МО-КПТ наголошується, що «постійне перебування в думках» дуже часто зменшує нашу здатність бачити, відчувати реальність, зокрема красу і неповторність життя – пацієнти з депресією можуть справді перенестися значною мірою у життя в негативній внутрішній реальності. Тож стан «майндфулнес» (широка, повна свідомість/уважність) дозволяє бути більше у контакті з реальністю та робити кращий свідомий вибір щодо подальших дій і т. д. Важливо підкреслити, що майндфулнес-підхід не є методом релаксації (хоч і може мати ефект релаксації) чи «втечі від реальності у змінений стан свідомості». Це метод, що веде до більш повноцінного життя. Тож не дивно, що у дослідженнях

було виявлене не лише запобігання рецидиву депресії, але й більше задоволення учасників самим життям, відчуття більшої його «повноти». Тому і сам підхід застосовується і розвивається інтенсивно у багатьох інших сферах поза профілактикою рецидивів депресії – зокрема, як метод, що сприяє особистісному розвитку та більш повноцінному життю, подоланню стресу, розвитку емоційної регуляції, допомозі хронічно хворим, з больовим синдромом тощо. Існує велика кількість досліджень (Siegel, 2007), у яких продемонстровано позитивний ефект майндфулнес-практик на:

- імунну систему (у хворих, які практикують майндфулнес, титр антитіл у відповідь на вакцинацію значно вищий, ніж у контрольній групі);
- на перебіг хронічних розладів (зокрема, онкологічних, кардіологічних, тих, що супроводжуються хронічним больовим синдромом) – кращі показники одужання, емоційної адаптації, толерантності болю, якості життя при загальній протидії стресу, «емоційну врівноваженість» при стресових подіях;
- на інтерперсональні стосунки (підвищує інтерперсональну чутливість, емпатичність);
- у сфері психічного здоров'я ефективність даного підходу встановлена не лише щодо депресивних розладів, але й стосовно тривожних, при яких схожу роль відіграє «тривожна румінація».

Дуже цікавими є також нейробиологічні дослідження стану майндфулнес – у цьому стані в інструментальних дослідженнях чітко фіксуються типові взірці активації специфічних зон префронтальної кори, функції якої пов'язані з виконанням ролі «внутрішнього спостерігача», рефлексивною позицією, функціями емоційної та поведінкової регуляції, модуляцією страху, емпатичним відчуттям себе та інших осіб (детальний огляд нейробиології майндфулнес дивіться у класичній праці Данієля Сігеля «Мозок у стані майндфулнес» [Siegel, 2007]).

Емпіричні дані щодо ефективності МО-КПТ

Група дослідників на чолі з Teasdale провела два рандомізованих контрольованих мультицентрових дослідження (2000, 2004), в яких взяли участь 220 пацієнтів, що страждали на рекурентну депресію. Учасників рандомізовано розподілили на контрольну групу і таку, що пройшла восьмижневий курс МО-КПТ. Усі хворі перебували під моніторингом протягом трьох наступних років щодо наявності рецидиву. В обох дослідженнях чітко показано, що ризик рецидиву для осіб, які пережили три епізоди депресії і більше, зменшується приблизно вдвічі після проходження програми МО-КПТ (рис. 5).

У дослідженні Kuyken (2008), проведеному у Великобританії, в якому взяли участь 123 пацієнти, порівнювали ефективність МО-КПТ та підтримуючої терапії антидепресантами групи інгібіторів зворотного захоплення серотоніну у попередженні рецидиву депресії. Учасники були рандомізовано розподілені на дві групи: 1-а отримувала підтримуюче лікування антидепресантами, 2-а пройшла курс МО-КПТ. Пацієнти перебували під спостереженням протягом 15 місяців.

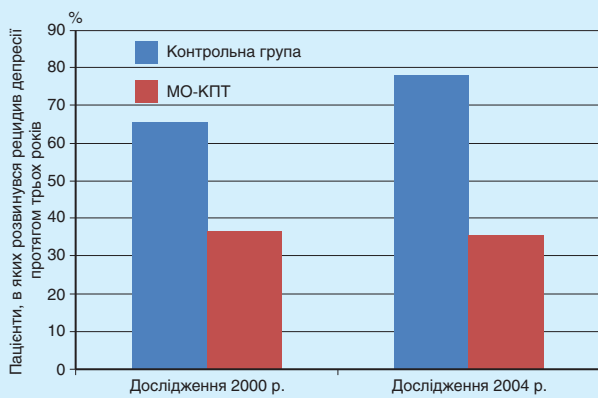


Рис. 5. Дані досліджень ефективності МО-КПТ щодо попередження рецидиву депресії (Teasdale, 2000, 2004)

Дослідження показало, що частота рецидивів у хворих 2-ї групи була нижчою (47%) порівняно з 1-ю (68%) (рис. 6). Цікавим було те, що пацієнти 2-ї групи частіше відзначали суб'єктивне відчуття покращення якості життя, ніж хворі 1-ї групи.

Отже, МО-КПТ може бути ефективною альтернативою підтримуючій терапії антидепресантами щодо попередження рецидиву депресії, і ця альтернатива є також хорошою з точки зору економії фінансових ресурсів (нагадаймо, що МО-КПТ застосовується у груповому форматі, що робить її доволі недорогим втручанням).

Як згадувалося вище, майндфулнес-підхід ефективний не лише при депресії, але й при багатьох інших психіатричних розладах, зокрема тривожних. Останній метааналіз досліджень МО-КПТ Hofman (2010), у якому проаналізовано дані 39 досліджень із загальною кількістю застосування МО-КПТ у 1140 пацієнтів із депресивними та тривожними розладами, показав сумарний помірно високий показник ефективності методу щодо цих розладів.

Висновки

Інтенсивний розвиток майндфулнес-підходу в світі завдячує як відносній простоті цього методу, наявності емпіричних доказів його ефективності, так і високій превентивній активності, здатності збільшувати загальну «опірність» до порушень психічного здоров'я, загального покращення якості життя. Зараз цей метод інтенсивно розвивається, розробляються його модифікації до різних груп населення (від навчання дітей у школах до використання його для людей похилого віку та помираючих у хоспісах), до різних видів проблем та розладів (нині досліджується його роль і значення у допомозі особам з тривожними розладами, порушеннями харчової поведінки, пограничним розладом особистості, посттравматичним стресовим розладом тощо). В Україні, на жаль, МО-КПТ практично відсутня. З огляду на проблему депресивних розладів в Україні, важливість розвитку превентивних програм, відносну «економність» МО-КПТ та високу ефективність щодо попередження рецидивів депресії, дуже важливо, щоб цей метод розвивався і в Україні. Пріоритетним на сьогодні є навчання фахівців, які б могли реалізовувати цей метод. Навчання МО-КПТ включене в освітню програму Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії. Сподіваємося,

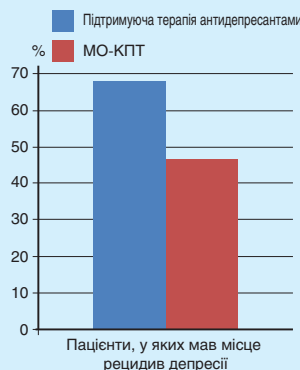


Рис. 6. Порівняння ефективності підтримуючої терапії антидепресантами та МО-КПТ (Kuyken, 2008)

що спільними зусиллями спеціалістів Оксфордського центру МО-КПТ, які викладатимуть цей метод, і українських фахівців, що його вивчатимуть, він поширюватиметься і у нашій країні.

Література

1. Beck A. Cognitive therapy of depression. – NY: The Guilford Press, 1979.
2. Blackburn I. et al. A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both // Journal of Affective Disorders. – 1986. – Vol. 10. – P. 67-75.
3. Crane R. Mindfulness-Based Cognitive Therapy. – London: Routledge, 2009.
4. Evans M. et al. Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression // Archives of General Psychiatry. – 1992. –Vol. 49. – P. 802-808.
5. Gloaguen V. et al. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients // Journal of Affective Disorders.– 1998. – Vol. 49, № 1. – P. 59-72.
6. Hofman S. The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2010. – Vol. 78, № 2. – P. 169-183.
7. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future // Clinical Psychology Science and Practice. – Vol. 10. – 2003. – P. 144-156.
8. Kuyken W. et al. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2008. –Vol. 76, № 6. – P. 966-978.
9. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Management of depression in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists. – London, 2004.
10. Post R. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder // American Journal of Psychiatry. – 1992. – Vol. 149. – P. 999-1010.
11. Segal Z., Williams M., Teasdale J. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression. – NY: The Guilford Press, 2002.
12. Siegel D. The Mindful Brain. – NY: Norton, 2007.
13. Teasdale J. et al. MB-CBT for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2004. – Vol. 72, № 1. – P. 31-40.
14. Teasdale J. et al. Prevention of relapse/recurrence in major depression by MB-CBT // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2000. – Vol. 68, № 4. – P. 615-623.

Для перевірки власних знань дайте відповіді на наступні запитання – у кожному запитанні можна вибрати лише одну відповідь.

Контрольні запитання

1. Ризик розвитку рецидиву депресії у пацієнтів, що мали перший епізод, становить щонайменше:

- а) 50%;
- б) 60%;
- в) 80%;
- г) 40%.

2. Згідно з даними метааналізу Gloaguen (1998), частота рецидивів депресії у пацієнтів, які отримали КПТ, порівняно з тими, хто отримував фармакотерапію антидепресантами, становить:

- а) 43,5 проти 68,5%;
- б) 60 проти 40%;
- в) 29,5 проти 60%;
- г) 35 проти 40%.

3. МО-КПТ, орієнтована на попередження рецидиву депресії, надається пацієнтам, які мали у минулому епізод депресії:

- а) під час рецидиву депресії;
- б) під час терапії першого епізоду;
- в) під час ремісії;
- г) будь-коли.

4. Згідно з даними досліджень Teasdale (2000, 2004), МО-КПТ знижує ризик рецидиву депресії в осіб, які перенесли три епізоди депресії і більше:

- а) втричі;
- б) вдвічі;
- в) не зменшує;
- г) незначно зменшує.

5. Згідно з даними досліджень Kuypken (2008) щодо попередження рецидиву депресії, МО-КПТ порівняно з підтримуючою терапією антидепресантами:

- а) менш ефективна;
- б) однаково ефективна;
- в) більш ефективна;
- г) з огляду на методологічні проблеми, їх ефект на основі цього дослідження достовірно порівняти неможливо.

Правильні відповіді дивіться на С. 74.

Когнітивно-поведінкова терапія є провідним сучасним науково-обґрунтованим методом психотерапевтичної допомоги людям з багатьма видами проблем та розладів у сфері психічного здоров'я.

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.

Український інститут когнітивно-поведінкової терапії ставить собі за мету сприяти розвитку КПТ в Україні шляхом організації якісних освітніх програм з КПТ відповідно до сучасних європейських стандартів.

Від турботи про психічне здоров'я окремої особи, родини – до більш здорового та гармонійного суспільства...



УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ

КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ

www.i-cbt.org.ua