

КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ тривожних розладів: модель розуміння, терапії та емпіричні докази ефективності



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

Тривожні розлади – найпоширеніший вид психічних розладів, які можуть суттєво впливати на якість життя пацієнтів та спричиняти виражене страждання. У даній статті розглядається когнітивно-поведінкова модель розуміння та лікування тривожних розладів методом когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), який включений у більшість сучасних емпірично-обґрунтованих протоколів допомоги особам з тривожними розладами як втручання першого вибору.

Проблема тривожних розладів

Сумарно тривожні розлади відносяться до групи найбільш поширених психіатричних розладів. Загалом, наприклад у США, країні, в якій ведуться ретельні епідеміологічні дослідження, позитивний ризик для людини становить 28,8%, поширеність у популяції – 18,1% дорослого населення, 25,1% підлітків (NIMH, 2012). Загальна поширеність тривожних розладів у дітей оцінюється приблизно в 20% (Morris, 2004). Порівняння поширеності окремих тривожних розладів у дорослих представлено на рисунку 1.

Попри те, що тривожні розлади можуть сприйматися як «легкі» психіатричні розлади, їх вплив на якість життя може бути дуже суттєвим, тому адекватне і вчасне їх виявлення та надання належної допомоги – надзвичайно важливе завдання системи охорони психічного здоров'я. Серед наявних методів допомоги з



Рис. 1. Показники поширеності окремих тривожних розладів у дорослих (за даними NIMH, 2012)

емпірично доведеною ефективністю на сьогодні є КПТ та фармакотерапія. З огляду на високу ефективність як щодо терапії самого розладу, так і щодо запобігання рецидиву, відсутність симптомів побічної дії більшістю сучасних протоколів, орієнтованих на дані доказової медицини, КПТ рекомендована як терапевтичний метод першого вибору. Однак у багатьох країнах, як і, зокрема, в Україні, через дефіцит належно освічених фахівців у цьому методі КПТ є недоступною для більшості потребуючих її осіб.

КПТ-модель розуміння тривожних розладів

У чому ж секрет ефективності КПТ при тривожних розладах і чому саме цей метод з-поміж багатьох інших психотерапевтичних та фармакологічних підходів сьогодні є методом «першого вибору» у терапії тривожних розладів? Емпірично доведена ефективність КПТ пов'язана, мабуть, насамперед з тим, що її терапевтична модель базується на сучасних наукових підходах розуміння механізмів тривоги, страху та відповідних патогенетичних, нейробіологічних основ розвитку окремих тривожних розладів. Які ж складові цієї моделі?

Насамперед, КПТ-модель тривожних розладів пояснює механізм переходу нормальної тривоги, яка носить лінійний характер, у тривожний розлад, при якому тривога має циклічний характер. Звичайно система тривоги діє як у людини, так і у тварин для того, щоб відповідним чином забезпечувати виявлення небезпеки/загрози, а

тоді мобілізацію організму (психофізіологічну відповідь на тривогу) й адекватну поведінкову реакцію, спрямовану на нейтралізацію небезпеки (наприклад, реакція нападу/втечі).

Наприклад, коли людина йде лісом і щось раптово зашаруділо у траві, то мозок миттєво реагує на це (мобілізуються тіло для втечі/нападу, емоційне відчуття страху, що сигналізує про загрозу), і ми відскакуємо/утікаємо. Тоді з безпечної відстані бачимо, що це, скажімо, була жаба, а не змія, і наш мозок «вимикає» систему тривоги і ми продовжуємо спокійну прогулянку (рис. 2).

При тривожних розладах тривожна реакція «заклюється» і, відповідно, утворюється підтримуючий цикл, який веде не до редукції тривоги, а навпаки, до її підтримки. Це пов'язано з тим, що когнітивні інтерпретації, які робить людина, набувають неадекватного характеру (наприклад, пацієнтка з панічним розладом може сприймати панічні атаки як загрозу її життю, думаючи, що може померти від інфаркту чи інсульту під час нападу), та/або тим, що способи подолання тривоги ведуть лише до тимчасового її зменшення, але загалом не вирішують проблеми, а швидше сприяють її повторній появі (наприклад, пацієнт з агорафобією уникає виходити на вулицю сам, що зменшує тривогу з одного боку, але з іншого – сприяє тому, що вихід на вулицю далі сприймається як небезпечний і, відповідно, хвороба посилюється, а не зменшується).

Поведінка уникнення теж не дає можливості перевірити правильність когнітивних інтерпретацій і, відповідно, вони залишаються незмінними. Так, наприклад, пацієнт із соціальною фобією думає, що якщо він наважиться публічно виступити, то його голос сильно тремтітиме, він увесь почервоніє і це всі помітять і подумают, «що він ненормальний» – отже, уникаючи виступів, він не має можливості переконатися у тому, що є

і «варіант Б»: голос тремтітиме лише частково спочатку, в цілому виступ вдасться і т. п. – таким чином, залишається у полоні негативного переконання, яке призводить до посилення розладу.

Завдяки циклічності підтримуючих процесів тривога набуває постійного характеру, неадекватного до ступеня загрози, починає негативно впливати на якість життя людини, внаслідок чого розвивається тривожний розлад у тій чи іншій формі. Залежно від специфічного типу тривожного розладу підтримуючі цикли можуть носити різний характер, але загальний принцип циклічності зберігається (рис. 3).

У розвитку такого роду підтримуючих циклів ключову роль відіграють неадекватні когнітивні інтерпретації, які ведуть до сприйняття певних нейтральних (наприклад, відкритий простір) або умовно безпечних, хоч і неприємних (наприклад, панічна атака) ситуацій як небезпечних, а також неадекватні поведінкові відповіді, що у свою чергу посилюють проблему. Когнітивний стиль багатьох пацієнтів з тривожними розладами характеризується типовими когнітивними спотвореннями, такими як «катастрофізація» (схильність робити катастрофічні, найгірші можливі у даній ситуації прогнози та «уявляти» їх, наприклад у сина телефон поза зоною досяжності – «він розбився на машині»), «перебільшення» (у пацієнта з соціальною фобією було незначне тремтіння рук під час виступу – «у мене жакливо тряслися руки»), «читання думок» (пацієнт з соціальною фобією помітив, що головуючий на засіданні подивився на годинник – «я знаю, він подумав: коли цей зануда вже завершить свою доповідь»), «ясновидіння» (у пацієнта з обсессивно-компульсивним розладом [ОКР]: «я знаю, якщо не помию зараз руки, то моя тривога буде наростати безкінечно, що аж збожеволію»), «емоційне мислення» («я відчуваю тривогу у цій ситуації, отже, це підтверджує, що повинна бути якась небезпека») тощо. Окрім когнітивних спотворень, які ведуть до створення «суб'єктивної реальності», переповної відчуттям загрози/небезпеки там, де насправді її нема, або ж статистичний ризик її дуже низький, характерними є також помилкові інтерпретації різного роду стимулів (наприклад, для людини з ОКР наявність обсессивної думки «я можу вбити свою дитину» означає «якщо мені приходить така думка, то це вказує на те, що я ненормальна і дійсно можу таке зробити»). Відповідно,



Рис. 2. Лінійний характер нормальної реакції тривоги



Рис. 3. Циклічний характер тривоги при тривожних розладах

при тривожних розладах класичний для КПТ когнітивний принцип, який свідчить, що ми реагуємо не стільки на реальність, як на нашу її інтерпретацію, веде до того, що реальність інтерпретується невідповідно небезпечною і людина починає постійно перебувати у стані тривоги (рис. 4).

Поведінковий компонент підтримуючих циклів при тривожних розладах пов'язаний з неадекватними діями, які робить людина, щоб зменшити тривогу/відчуття загрози, причому ці дії можуть проявлятися як у зовнішній поведінці, так і у внутрішніх ментальних діях (наприклад, ментальні компульсії при ОКР). При тривожних розладах дії, спрямовані на нейтралізацію небезпеки, є переважно неадекватними і радше ведуть до посилення розладу, аніж до його редукції. Найбільш класичною поведінковою реакцією є поведінка уникнення – усіх тих ситуацій, що пов'язані з можливим розвитком тривоги. У багатьох пацієнтів, попри реальне розуміння відсутності небезпеки, поведінка уникнення часто пов'язана з самим «страхом страху»: «я знаю, що катастрофи не станеться, якщо піду в супермаркет, але у мене виникне сильна тривога, і я не хочу цього». Таким чином, поведінка уникнення отримує негайне підкріплення (почалася тривога – я одразу вийшов із супермаркету – тривога спала), але на довгий термін вона стає основною перешкодою до зцілення, бо людина потім боїться/уникає певних ситуацій і, відповідно, її свобода пересування суттєво обмежується тощо. Людина завдяки поведінці уникнення не дає можливості відбутися «габітуації» (згасанню тривоги при достатньо тривалій експозиції до тривожного стимулу), а також корекції когнітивних переконань («якщо я не вийду з супермаркету, тривога зростає, але за якийсь час самостійно спаде і я зможу це перебороти, отже, наступного разу буде не так страшно» і т. д.) (рис. 5).

Схожу роль до поведінки уникнення відіграють різного роду інші «заходи безпеки». Для прикладу, пацієнтка з агорафобією, коли у неї розвивається тривога, відчуває симптом «ватних ніг», відповідно, вона інтерпретує це як

те, що у неї порушується координація, і робить катастрофічний прогноз («я зараз упаду і не зможу піднятися, збіжаться люди, викличуть швидку допомогу, мене заберуть у психіатричну лікарню» і т. п.). Така пацієнтка, коли йде в супермаркет, бере візок і намагається весь час міцно триматися за нього. Знову ж таки, попри те, що вона начебто не уникає місць, що викликають тривогу, особа не звільняється від тривоги і агорафобічного розладу, бо переконана, що передбачувана катастрофа не сталася тому, що дотримувалася «заходів безпеки» (трималася за візок) – відповідно, не було можливості перевірити припущення на практиці і звільнитися від переконання, яке генерує тривогу.

Не менш важливою складовою неадекватної поведінки, що веде до формування підтримуючих циклів, є також невідповідне фокусування уваги – наприклад, в особи, яка хвилюється за різного роду тілесні симптоми тривоги, котрі інтерпретує як ознаки недиагностованої тілесної недуги. Постійне фокусування уваги на тілі та «прислухання» до того, чи є симптоми, чи нема, збільшують реєстрацію різних тілесних відчуттів, які знову ж таки отримують відповідні негативні інтерпретації, що призводить до тривоги і генерування нових тілесних симптомів (рис. 6).

Схожу роль можуть відігравати і різного роду дії, спрямовані на перевірку наявності небезпеки: наприклад, жінка з надмірною тривогою, аби запобігти розвитку раку молочної залози, щодня інтенсивно її пальпує \, що спричиняє болючість, а це у свою чергу інтерпретує як ознаку хвороби, що, знову ж таки, посилює тривогу і т. д.

Розуміння ролі підтримуючих циклів у сучасній КПТ є центральним щодо тлумачення механізму розвитку тривожних розладів та ефективних підходів до їх терапії. Підтримуючі цикли пояснюють, які механізми підтримують існування тривожного розладу тут і тепер – якщо використати метафору пожежі, то можна сказати, що підтримуючий цикл пояснює, чому пожежа не згасє: бо є контакт між полум'ям, киснем та матеріалом, який може горіти. У схожий спосіб при тривожних розладах неадекватні когнітивні інтерпретації та дії у відповідь на ситуацію, що сприймається як загрозна, ведуть до того, що

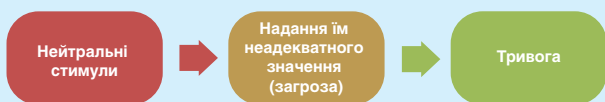


Рис. 4. Роль когнітивних факторів у походженні тривожних розладів



Рис. 5. Приклад ролі поведінки уникнення у підтримуючому циклі соціальної фобії



Рис. 6. Приклад селективного фокусування уваги у підтримуючому циклі при тривозі за здоров'я

тривога не згасає, а «розгорається». Неадекватність дій, спрямованих на нейтралізацію, можна порівняти з намаганням погасити полум'я дровами – можливо, це дає на початку відчуття зменшення тривоги, втім за якийсь час стає основою нового «спалаху» тривоги. Відповідно, і з точки зору ефективних втручань ми розуміємо, що робота «тут і тепер» у КПТ є дуже важливою і часто центральною: якщо зупинити підтримуючий цикл, розлад приречений на «згасання». Інколи методу КПТ закидається, що він ігнорує минуле і роль факторів дитинства тощо, які спричинили розвиток розладу. Насправді – це міф, бо в моделі КПТ завжди обстежується минулий досвід, і якщо робота з ним є важливою для досягнення терапевтичних цілей, вона буде проводитися (для прикладу, при посттравматичному стресовому розладі, розладах особистості та ін.). Втім, КПТ наголошує, що при багатьох розладах, зокрема тривожних, ті фактори, які спричинили розвиток проблеми, не є вже тими факторами, що підтримують/утримують її існування. Знову ж таки, за аналогією з пожежею: щоб її зупинити, не так важливо спочатку виявити, що її спричинило, головне зупинити підтримуючі процеси. Проте, коли пожежу загашено, тоді шукаємо причини, аби зрозуміти, яким чином можна попередити її повторення. Інша аналогія – перелом руки: що спричинило перелом, зазвичай, не так важливо у його лікуванні, насамперед слід усунути наявні на даний момент перешкоди до загоєння.

У розумінні етіопатогенетичного походження тривожних розладів КПТ інтегрує знання сучасної нейробиології і, зокрема, ролі генетичних факторів та «тривожного» темпераменту як факторів схильності. До цих чинників можна віднести і негативний травматичний досвід у дитинстві, який міг спричинити відчуття, що світ небезпечний і щось погане рано чи пізно станеться (уявімо собі для прикладу життя дитини у сім'ї алкоголіків з постійними бійками, дебошами і т. п.) – це так звана схема очікування на небезпеку, а також інші психосоціальні причини, які могли вплинути на формування низької самооцінки і невпевненості у собі, моделювали тривожні переживання. Відповідно, з огляду на тип темпераменту, генетичні фактори (які спричиняють, зокрема, специфічні порушення у нейротрансмітерних системах) і в окремих випадках специфіку формування особистості внаслідок негативного досвіду з минулого, можна говорити, що окремі люди мають схильність до розвитку тривожних розладів. Це можна порівняти за метафорою пожежі в лісі у посуху: він схильний до займання, втім однієї схильності мало – необхідно, щоб відбулося займання внаслідок певної події (непогашеного вогнища). У КПТ такого роду події називають критичним випадком – взаємодіючи із факторами схильності, вони провокують «дебют» тривожного розладу, а підтримуючі процеси тоді сприяють його подальшому розвитку та утриманню.

Наприклад, у пацієнтки О. обсесії (я можу вбити свою дитину, рідних) розвинулися після того, як вона побачила у новинах репортаж про психічно хвору жінку, яка вбила свою дитину, а за день до того під час побутової сварки чоловік сказав їй, що вона «хвора на голову і їй треба до психіатра». Її факторами схильності були біологічно-детермінована тривожність та низька самооцінка, переконання, що вона «недостатньо хороша, гірша інших, що з нею щось не так».

На дію підтримуючих циклів будуть впливати модифікуючі фактори, які, як при лісовій пожежі, можуть сприяти її швидкому поширенню (вітер) або ж, навпаки, зменшенню (дощ). До таких чинників можуть відноситися наявні на даний момент у житті людини ресурси (соціальні, психологічні, духовні тощо), а також негативні фактори (подружній конфлікт, безробіття та ін.). Відповідно, у кожному конкретному випадку тривожного розладу ми маємо неповторний процес, який хоч і проявляється типовими симптомами тієї чи іншої його форми, може мати специфічні чинники схильності, критичні події, модифікуючі фактори та підтримуючі цикли. Попри те, що у КПТ є специфічна модель для кожного окремого тривожного розладу, яка враховує як специфічну схильність, так і типові підтримуючі цикли для того чи іншого розладу, реальна терапія завжди основана на ретельному обстеженні та індивідуальному формулюванні випадку. Типова загальна модель тривожних розладів у КПТ зображена на рисунку 7.

КПТ-модель терапії тривожних розладів

КПТ-модель терапії тривожних розладів впливає з моделі розуміння походження та розвитку специфічних розладів та загальних «трансдіагностичних» особливостей усіх тривожних розладів, які були представлені вище. Можна сказати, що з огляду на важливість підтримуючих циклів, метою є вироблення адекватного сприйняття та коупінг-реакції, які переведуть тривогу з циклічного процесу у лінійний, що сприятиме поступовому згасанню тривоги та редукції розладу.

Попри те, що існує загальна модель специфічних розладів, пацієнти навіть з однаковими підвидами тривожних розладів становлять дуже гетерогенну групу: з різними формами розладу, різною супутньою патологією, особистісними характеристиками і т. д. Тому КПТ завжди індивідуалізована, виходить з ретельного обстеження випадку, побудови його індивідуального формулювання та терапевтичного плану. Обстеження у моделі КПТ виходить за межі класично-психіатричного обстеження, метою якого є встановлення діагнозу, – у процесі обстеження відбувається співпраця пацієнта і терапевта для виявлення специфічних проявів тривоги, думок, дій та детальної «інвентаризації»

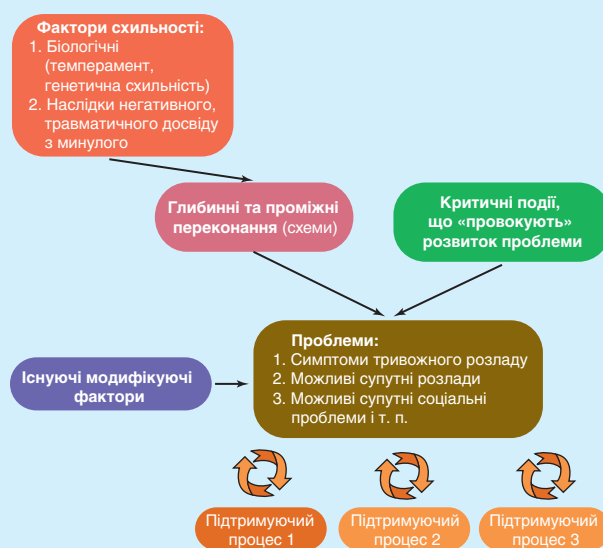


Рис. 7. Загальна модель тривожних розладів та індивідуального формулювання випадку у КПТ

наявних підтримуючих процесів і т. д. Власне, це дозволяє врешті в результаті обстеження спільно побудувати діагностичне формулювання, яке є свого роду картою розладу і планом психотерапевтичних втручань. Під час побудови цього формулювання важливо, щоб пацієнт за допомогою технік КПТ (кероване відкриття, сократівські запитання) зміг відкрити та ідентифікувати специфічні підтримуючі цикли взаємодій між думками, емоціями, поведінкою, тілесними симптомами тривоги. В процесі побудови формулювання, яке, зазвичай, відображається графічно схемою, терапевт також надає психоедукаційну інформацію пацієнту щодо конкретного розладу, намагається «нормалізувати» досвід хворого та «інсталювати» надію, надаючи інформацію про дані доказової медицини щодо можливості ефективного лікування тощо.

Процес обстеження та побудови формулювання завершується представленням можливостей допомоги (КПТ, фармакотерапія, інші види допомоги за наявності супутніх проблем) та прийняттям інформованої згоди щодо лікування. Терапевт, як правило, теж представляє модель КПТ пацієнту, знайомить його з тим, як зазвичай виглядає лікування, скільки очікувано воно може тривати, наголошує активну роль хворого у ній (КПТ – це не те, що терапевт робить пацієнту, а те, що роблять разом терапевт і пацієнт). Психоедукаційна інформація надається і рідним пацієнта за потреби, а у разі КПТ з дітьми і підлітками залучення батьків має важливе значення – певною мірою вони є свого роду ко-терапевтами.

Коли між терапевтом і пацієнтом сформовано ефективний робочий альянс, є спільне розуміння механізмів підтримки тривожного розладу («підтримуючих циклів») та готовність до терапевтичної праці, настає другий, основний етап терапії. Його суть полягає у «звільненні» від розладу за допомогою методичної праці, спрямованої на корекцію неадекватних когнітивних інтерпретацій (класичними когнітивними техніками КПТ та поведінковими експериментами); розриву зв'язку між умовним стимулом (наприклад, ситуація, коли пацієнт у центрі уваги) та тривогою шляхом сприяння процесу габітуації – «звикання» і згасання тривоги при тривалій конфронтації зі стимулом (зазвичай використовуються поведінкові техніки покрокової експозиції та поведінкові експерименти). Власне, на цьому етапі відбуваються зупинка підтримуючих циклів та корекція проблемних когнітивних інтерпретацій.

Як правило, важливим є не просто досягнення «раціонального» розуміння безпечності певних стимулів чи ситуацій, а поведінкове закріплення цього знання, досягнення відчуття безпеки на рівні «глибокої переконаності». Щодо цього у сучасній КПТ увага акцентується на застосуванні техніки поведінкових експериментів, які вважаються більш ефективними, ніж класичні вербальні когнітивні техніки, оскільки й дають таке знання, що не є виключно «у голові», але більш глибоке, здобуте з власного досвіду. Наприклад, для вищезгаданої пацієнтки із симптомом ватних ніг заходами безпеки, які полягали у тому, що у супермаркеті вона міцно трималася за візок, аби не впасти, буде серія «польових» поведінкових експериментів тестувати гіпотезу А («у мене порушення координації рухів і я впаду, якщо не триматимуся за візок») і гіпотезу Б («ватні ноги – це просто симптом тривоги, при ньому нема порушень координації, а тому

я можу ні за що не триматися і не впаду»). Відповідно, такі поведінкові експерименти, підтверджуючи гіпотезу Б, вестимуть до зростаючої переконаності у загальній безпечності ситуації, що сприятиме зменшенню тривоги, більшій свободі пересування і поступовій редукції симптомів агорафобії. Детальний огляд застосування специфічних технік при тому чи іншому тривожному розладі див. у відповідних джерелах (Leahy, 2000; Butler, 2008).

Заключна фаза КПТ орієнтована на попередження рецидиву, розвиток навичок самопомоги. У цій фазі може мати місце корекція переконань та припущень, які були основою вразливості, схильності до тривожного розладу (схеми очікування небезпеки, низька самооцінка тощо). При окремих розладах, зокрема при соціальній фобії, роль таких переконань (низька самооцінка і, відповідно, страх осудження) є доволі вагомою і може потребувати окремого «модуля» терапії. У випадках, коли ці негативні особистісні схеми значно виражені, суттєво впливають на якість життя і залишають певну вразливість до рецидиву тривожних розладів чи розвитку інших проблем, може бути показано більш тривала терапія, сфокусована власне на зміні оцих глибинних особистісних переконань/схем.

В третій фазі закріплюється також консолідація набутих пацієнтом навичок самопомоги. Хворий з терапевтом з усвідомленням того, що тривожний розлад може повернутися, тепер свідомо готуються до цього, виробляючи відповідну стратегію та арсенал технік. Останні сесії КПТ розтягуються в часі – 1 раз у 2 тижні, у 4 тижні, у 2 місяці, щоб мати змогу слідкувати за динамікою та здатністю пацієнта давати собі раду самостійно.

В середньому терапія тривожних розладів методом КПТ триває 8-16 сесій, однак при супутніх коморбідних розладах, особистісних порушеннях таке лікування, звісно, може бути і значно довшим.

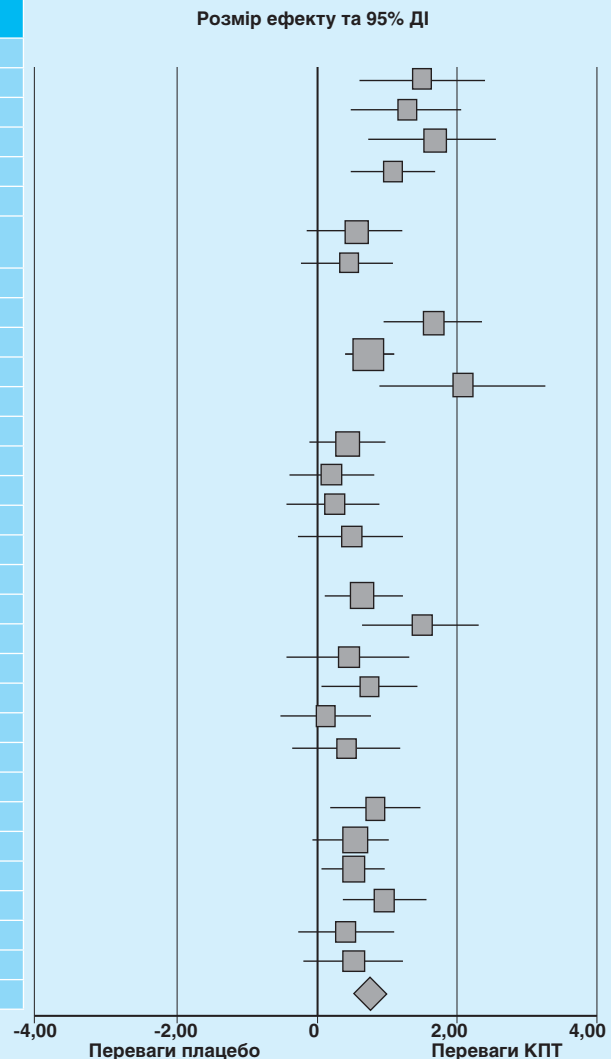
Емпіричні докази ефективності КПТ тривожних розладів

Ретельний метааналіз 27 рандомізованих контрольованих плацебо досліджень застосування КПТ при різних тривожних розладах, проведений Hofman (2008), підтвердив встановлену ефективність методу – з розміром ефекту від помірному до високого та сумарним розміром ефекту за усіма дослідженнями 0,73 (таблиця).

Без сумніву, КПТ сьогодні має дуже велику доказову емпіричну базу – загальна кількість досліджень методу при тривожних розладах становить близько 400. Тож не дивно, що при такій емпірично встановленій ефективності КПТ рекомендована в усіх сучасних західних протоколах допомоги особам з різними формами тривожних розладів як єдиний (за винятком ПТСР, при якому також встановлена ефективність методу EMDR) показаний для застосування психотерапевтичний підхід. У вищезгаданих протоколах (APA, NICE) КПТ є втручанням першого вибору при усіх специфічних формах тривожних розладів (поруч «на вибір» з фармакотерапією СИЗС). Втім, КПТ має і ряд суттєвих переваг порівняно з фармакотерапією – при ряді розладів її ефект є більш вираженим, а ефективність щодо профілактики рецидивів – також більш високою (наприклад, аналіз досліджень ефективності КПТ при ОКР Foa, 1997, 2005). При тяжких резистентних формах тривожних розладів поєднане застосування КПТ і фармакотерапії

Таблиця. Зведені дані метааналізу 27 рандомізованих контрольованих плацебо досліджень застосування КПТ при тривожних розладах (Hofman, 2008)

Дослідження	Розмір ефекту	95% ДІ	Значення z
Гострий стресовий розлад			
Bryant et al. (1998)	1,49	0,60-2,38	3,29
Bryant et al. (1999)	1,28	0,52-2,04	3,29
Bryant et al. (2003)	1,66	0,75-2,58	3,57
Bryant et al. (2005)	1,08	0,47-1,69	3,47
Генералізований тривожний розлад			
Borkovec & Costello (1993)	0,57	-0,08-1,21	1,71
Wetherell et al. (2003)	0,44	-0,21-1,10	1,34
Обсесивно-компульсивний розлад			
Foa et al. (2005)	1,65	0,95-2,35	4,62
Grelst et al. (2002)	0,74	0,40-1,08	4,32
Lindsay et al. (1997)	2,08	0,91-3,26	3,48
Панічний розлад			
Bakker et al. (1999)	0,43	-0,09-0,96	1,62
Barlow et al. (2000)	0,23	-0,35-0,81	0,77
Black et al. (1993)	0,25	-0,40-0,92	0,78
Craske et al. (1995)	0,49	-0,25-1,22	1,29
Посттравматичний стресовий розлад			
Blanchard et al. (2003)	0,65	0,11-1,20	2,35
Bryant et al. (2003)	1,48	0,68-2,29	3,61
Foa et al. (1991)	0,44	-0,39-1,28	1,05
Marks et al. (1998)	0,75	0,11-1,40	2,28
McDonagh et al. (2005)	0,13	-0,50-0,77	0,41
Neuner et al. (2004)	0,41	-0,32-1,14	1,10
Соціальна фобія			
Clark et al. (2003)	0,89	0,25-1,53	2,72
Cottreau et al. (2000)	0,51	-0,02-1,04	1,89
Davidson et al. (2000)	0,52	0,09-0,96	2,36
Helmberg et al. (1998)	0,94	0,36-1,52	3,15
Lucas et al. (1994)	0,43	-0,23-1,09	1,28
Smits et al. (2006)	0,53	-0,15-1,21	1,52
Загалом	0,73	0,56-0,90	8,62



рекомендоване як таке, що більш ефективно, ніж та чи інша монотерапія. Суттєва перевага КПТ – відсутність ризику розвитку симптомів побічної дії як у антидепресантів, з огляду на це даний метод є більш безпечним втручанням при застосуванні у дітей, підлітків та вагітних. Втім, сьогодні основним недоліком КПТ в Україні є її недоступність – з огляду на дефіцит КПТ-терапевтів, можливість для пацієнтів з тривожними розладами отримати кваліфіковану психотерапевтичну допомогу даним методом є дуже лімітованою, тож одним із національних пріоритетів розвитку сфери охорони психічного здоров'я в Україні має стати навчання відповідних фахівців КПТ та забезпечення доступності цього виду психотерапевтичної допомоги у державній системі охорони психічного здоров'я. Цікавим прикладом, вартим уваги і аналізу, може бути проект «Збільшення доступності психологічних видів допомоги» (ІАРТ) уряду Великобританії, який, проаналізувавши дані досліджень та оцінивши вплив поширених психіатричних розладів на якість життя громадян, їх інвалідизацію та інші показники, 2007 р. виділив 170 млн фунтів на навчання та створення робочих місць у державній (безкоштовній у Англії) системі охорони здоров'я для 3 тис. КПТ-терапевтів, які б мали забезпечити доступність КПТ як ефективного, дієвого методу допомоги потребуючим його пацієнтам (ІАРТ, 2007).

Література

1. Офіційний портал проекту уряду Великобританії «Збільшення доступності психологічних видів допомоги» (ІАРТ) www.iapt.nhs.uk.
2. Статистичні дані Національного інституту психічного здоров'я уряду США (NIMH): www.nimh.nih.gov.
3. Butler J., Fennell M., Hackmann A. Cognitive therapy for anxiety disorders: mastering clinical challenges. – NY: Guilford Press, 2008.
4. Foa E., Kozak M., Liebowitz M.: Randomized, Placebo-Controlled Trial of Exposure and Ritual Prevention, Clomipramine, and Their Combination in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder // American Journal of Psychiatry. – 2005. – 162. – P. 151-161.
5. Foa E., Kozak M. Psychological treatments for obsessive-compulsive disorder. Mavissakalian M. Long term treatments of anxiety disorders. – Washington, DC: APP, 1997. – P. 285-309.
6. Hofman S. An introduction to modern CBT. – Oxford, Wiley-Blackwell, 2012.
7. Hofman S., Smits J. CBT for Adult Anxiety Disorders: A Meta-Analysis of Randomized Placebo-Controlled Studies // Journal of Clinical Psychiatry. – 2008. – Vol. 69. – P. 621-632.
8. Leahy R., Holland S. Treatment plans and interventions to CBT of anxiety disorders and depression. – NY: Guilford Press, 2000.
9. Morris T., March J. Anxiety Disorders in Children and Adolescents. – NY: Guilford Press, 2004.

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

Контрольні запитання

1. Поширеність тривожних розладів у дітей становить:

- а) 10%;
- б) 5%;
- в) 20%;
- г) 15%.

2. Третє і четверте місце за поширеністю між тривожними розладами становлять:

- а) ОКР і ПТСР;
- б) соціальна фобія і панічний розлад;
- в) ГТР і ОКР;
- г) ПТСР і ГТР.

3. Когнітивне спотворення у формі «катастрофізації» означає:

- а) прогнозування найгірших можливих наслідків розвитку ситуації;

- б) 100% впевненість у власній здатності передбачати майбутні катастрофи;
- в) сприйняття буденних стресових подій як «катастроф»;
- г) звинувачення себе як відповідального за катастрофічні події, які відбуваються у світі.

4. До факторів схильності у розвитку тривожних розладів можна віднести усе нижчезгадане, крім:

- а) хронічного психотравмуючого досвіду у дитинстві;
- б) генетичної схильності;
- в) тривожного типу темпераменту;
- г) перегляду передачі про техногенні катастрофи.

5. Згідно з даними метааналізу досліджень Hofman (2008), розмір ефекту КПТ при тривожних розладах був у межах:

- а) помірного-високого;
- б) легкого-помірного;
- в) високого;
- г) помірного.

Правильні відповіді дивіться на С...

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