



УКРАЇНСЬКИЙ  
ІНСТИТУТ  
КОГНІТИВНО-  
ПОВЕДІНКОВОЇ  
ТЕРАПІЇ

**ДИПЛОМНА РОБОТА**  
на тему:

**ОГЛЯД ДОСЛІДЖЕНЬ ЕФЕКТИВНОСТІ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ  
ПСИХОТЕРАПІЇ, ОПОСЕРЕДКОВАНОЇ ІНТЕРНЕТ-ТЕХНОЛОГІЯМИ, СТОСОВНО  
РІЗНИХ КЛІНІЧНИХ РОЗЛАДІВ**

**Виконала:  
Чолій Софія  
студентка Л-7**

Львів-2020

Зміст:

Вступ: актуальність теми дослідження.....	3
Загальна характеристика опосередкованих способів надання психотерапевтичної допомоги за допомогою Інтернет-мережі.....	4
Огляд досліджень ефективності Інтернет опосередкованої КПТ при різних клінічних діагнозах.....	19
• ІКПТ депресії.....	19
• ІКПТ тривожних розладів (генералізованого тривожного розладу, панічного розладу, розладу соціальної тривоги).....	24
• ІКПТ obsесивно-компульсивного розладу.....	32
• ІКПТ пост-травматичного стресового розладу.....	34
Труднощі та обмеження ІКПТ.....	36
Висновки.....	42
Список використаних джерел.....	44
Додатки	

### ***Вступ: актуальність дослідження***

Джудіт Бек у своєму відеовиступі на VII-й Українській науково-практичній конференції з когнітивно-поведінкової терапії “КПТ запрошує в гості!” (12-13 червня 2020 р.), присвяченому розвитку КПТ у світі зазначила, що однією із пріоритетних цілей Інституту когнітивно-поведінкової терапії А.Бека у 21-му столітті є підвищення доступності психотерапевтичної допомоги та поширення когнітивно-поведінкової терапії в найдальші куточки планети. При відсутності достатньої кількості кваліфікованих терапевтів найкращим способом реалізації цієї цілі є використання Інтернет-технологій. Онлайн-терапія за останнє десятиріччя стає все більш популярною і часто є альтернативою традиційним зустрічам клієнта з терапевтом віч-на-віч у фізичному просторі. Додає актуальності цій темі і ситуація з пандемією COVID-19 навесні 2020 року, яка фактично перевела всі психотерапевтичні втручання в режим «онлайн» на 2, а подекуди на 3 місяці.

Принцип доказовості, який є одним з головних принципів когнітивно-поведінкової терапії, зумовив численні дослідження ефективності терапії, опосередкованої Інтернет-технологіями (ICBT). Стосовно частини розладів (депресивний розлад, тривожні розлади, соціальна фобія, інсомнія) зібрано достатньо вагому базу рандомізованих контрольованих досліджень, які дозволяють зробити обґрунтовані висновки щодо її ефективності. Стосовно інших розладів дослідження є поодинокими або ж не дають однозначних результатів (обсесивно-компульсивний розлад, розлади харчової поведінки, пост-травматичний стресовий розлад).

Разом з тим можна очікувати на новий виток досліджень ефективності терапії, опосередкованої Інтернет-технологіями, в зв'язку з пандемією COVID-19, яка з одного боку зумовлює збільшення потреби населення в психологічній допомозі, а з іншого – важливість її доступності в умовах карантину та самоізоляції.

Ця робота присвячена опису основних форм когнітивно-поведінкової терапії, опосередкованої Інтернет-технологіями та аналізу досліджень, метою яких є вивчення ефективності цієї форми надання психотерапевтичної допомоги.

### ***Загальна характеристика опосередкованих способів надання психотерапевтичної допомоги за допомогою Інтернет-мережі***

Психотерапевтична допомога як засіб подолання труднощів психічного здоров'я від своїх початків базувалася на взаємодії і безпосередньому спілкуванні двох людей: терапевта та клієнта. І саме цьому процесу взаємодії і побудови стосунку, формування психотерапевтичного альянсу приписують левову частку ефективності психотерапевтичної допомоги, мабуть, у більшості психотерапевтичних підходів. Однак, 21 століття поставило перед людством нові виклики. Так, за даними статистичних організацій, кожна 4-6 працююча людина має труднощі з психічним здоров'ям, а 50 % всього населення земної кулі мають шанс розвинути психічний розлад протягом свого життя (до прикладу, дані Великої Британії <https://www.mentalhealth.org.uk/file/prevalence-common-mental-health-problems-employment-statuspng>). Отже, на жаль, психотерапевтичної допомоги з року в рік потребує все більше людей, як розвинутих країн, так і тих, що перебувають на нижчих щаблях розвитку, зокрема системи охорони психічного здоров'я населення. З іншого боку, напевно жодна країна світу не має необхідної кількості фахівців, які можуть повністю охопити запит населення на фахову психологічну допомогу. Часто, люди «очікують в черзі» до психотерапевта по декілька місяців, а то й більше, що звісно веде до погіршення стану їхнього психічного здоров'я. Все це разом із швидким прогресивним розвитком Інтернет технологій, зумовило появу нових форм надання психотерапевтичної допомоги.

Загалом, психотерапевтичну допомогу поділяють на декілька типів чи форм:

1. Face-to-face therapy (терапія віч-на-віч).

2. Internet-based therapy (терапія, опосередкована Інтернет-технологіями).

3. Blended therapy (комбінована терапія).

**Face-to-face therapy (терапія віч-на-віч)** – це базова і основна форма надання психотерапевтичної допомоги, де лікувальний ефект досягається в процесі безпосередньої взаємодії терапевта і клієнта. Зміни у стані психічного здоров'я клієнта відбуваються внаслідок цілеспрямованого впливу як особи психотерапевта (що часто підтверджується на практиці бажанням клієнтів знайти «свого терапевта»), так і технік, методів роботи, які він використовує у відповідності до психотерапевтичного напрямку. У когнітивно-поведінковій психотерапії одним із центральних принципів вибору психотерапевтичних втручань є принцип доказовості – більшість втручань, які пропонується клієнту для полонання симптомів конкретних психічних розладів є перевіреними в наукових контрольованих дослідженнях. Результатом дії цього принципу стало формулювання терапевтичних протоколів стосовно кожного психічного розладу, де наукові дослідження підтвердили ефективність певної запропонованої програми втручань. Тому з одного боку, когнітивно-поведінкова терапія визнає унікальність кожної людини, яка може потребувати психотерапевтичної допомоги, але з іншого боку розуміє, що однакові симптоми конкретного психічного розладу, можна долати завдяки однаковим втручанням у різних людей. Саме цей підхід робить когнітивно-поведінкову терапію методом першого вибору при багатьох психічних розладах. З іншого боку, на нашу думку, саме цей підхід сформував можливість для появи нової форми надання психотерапевтичної допомоги, яку детальніше опишемо нижче.

**Internet-based therapy (терапія, опосередкована Інтернет-технологіями).** Як зазначає, Г. Андерсон (2016) у когнітивно-поведінковій терапії, опосередкованій інтернет-технологіями (надалі ІКПТ) пацієнти мають щотижня доступ до терапевтичних матеріалів через мережу Інтернет, які розроблені в такий спосіб, щоб відповідати запиту клієнта (Andersson G., 2016).

А. Барак і колеги (2009), використовуючи термін «веб-інтервенція» для онлайн-терапії, визначають цей вид допомоги насамперед, як програму самопомоги, що функціонує через веб-сайт та використовується споживачами, які шукають допомоги, пов'язаної зі здоров'ям та психічним здоров'ям. Користувач такої програми отримує допомогу через виконання запрограмованої послідовності вказівок, прослуховування аудіо-матеріалів і використання інтерактивних веб-компонентів (Barak et al. 2009). До переваг такого формату надання психотерапевтичної допомоги найчастіше відносять незалежність від часу (часу доби, часових поясів, робочого часу терапевта) та простору (місця проживання, країни), приватність (можливість проходити терапію анонімно), економію коштів (Інтернет-базована терапія зазвичай є дешевшою) (Andersson & Titov, 2014).

Важливо цю форму допомоги відрізнити від такої онлайн-терапії, яка передбачає безпосереднє спілкування терапевта і клієнта, однак проводиться за допомогою програм Інтернет-комунікації, зокрема відео-зв'язку (Skype, Viber, Messenger, Whats-App тощо). У такій формі цей вид допомоги все ж відноситься до терапії віч-на-віч, хоча і має свої особливості, порівнюючи із терапією у спільному просторі (найчастіше, кабінеті психотерапевта). Присутність терапевта у Інтернет-базованих програмах допомоги позитивно впливає на ефективність таких програм, однак така форма підтримки терапевта не передбачає візуальної взаємодії, а найчастіше виражається в щотижневому супроводі з використанням чатів, електронної пошти, іноді телефонних дзвінків (Andersson, 2016). Цей формат в останніх публікаціях найчастіше називають «керованою інтернет-опосередкованою терапією» (guided Internet-delivered therapy).

До ключових характеристик сучасного формату психотерапії, опосередкованої Інтернет-технологіями, Г. Андерсон (2016) відносить:

а) **Наявність веб-платформи терапії.** Хоча перші спроби надання опосередкованої допомоги часто обмежувались телефонним спілкуванням,

сучасні дослідження, зазвичай, будуються на створенні спеціалізованої онлайн-платформи, однією з основних вимог до якої є цифрова безпека. Безпека терапевтичної платформи за ступенем захисту подібна до тих, що використовуються при онлайн-розрахунках – зокрема, використовується процедура подвійної аутентифікації при вході, використання кодів слів, зашифрована комунікація. Все це має на меті унеможливлення витоку особистої інформації клієнтів в мережу. Навіть системи нагадувань клієнтам чи то з використанням текстових повідомлень, чи то через електронну пошту мають створюватися в такий спосіб, щоб у випадку прочитання його сторонньою особою не було зрозуміло, що йдеться про проходження психотерапевтичної програми. Якщо програма передбачає супровід терапевта, то він здійснюється також за допомогою цієї платформи (при цьому рекомендується не використовувати для комунікацій приватних електронних скриньок, а створювати для кожного клієнта на базі платформи). В такий спосіб веб-платформа стає віртуальним терапевтичним простором, який гарантує особисту безпеку, дотримання етичних стандартів і забезпечує лікувальний вплив на клієнта.

**б) Процедури оцінки.** Комп'ютеризоване тестування не є новим і зрештою успішно використовується і у форматі терапії віч-на-віч. Проте використання Інтернету дає можливість створювати електронні бази даних та досить зручну систему онлайн-адміністрування даних. По-перше, онлайн-тестування створюється в такий спосіб, що клієнту важко пропустити певне запитання через неуважність чи небажання давати на нього відповідь. По-друге, є можливість автоматичного обрахунку даних (що забезпечує економію часу терапевта) та побудови діаграм, що відображають рівень прогресу клієнта в терапії. По-третє, тестування онлайн часто має характеристики адаптивного тестування, коли наступні питання формуються відповідно до відповідей на попередні питання (що є дуже зручним при проведенні психіатричного скринінгу, наприклад). По-четверте, всі результати є збережені на онлайн-платформі, що робить їх перегляд

більш зручним для терапевта. Найбільшим обмеженням онлайн-збору даних звісно є те, що він в жодному випадку не може замінити клінічне інтерв'ю і досить рідко на основі сукупності даних можна сформулювати точний діагноз клієнта.

в) **Терапевтичний контент.** Однією з найважливіших частин терапевтичної програми є безумовно її змістовне наповнення та спосіб його передачі через мережу Інтернет. Серед таких способів передачі найчастіше можна зустріти:

- текстові описи, які відображаються на екрані та можуть бути завантажені/роздруковані клієнтом;
- аудіо- та відеоматеріали (наприклад, онлайн лекції);
- інтерактивні компоненти (наприклад, заповнення форми зворотного зв'язку перед переходом до наступної частини програми);
- психоедукаційна література;
- індивідуалізовані інструкції, створені безпосередньо для клієнта;
- форми реєстрації та завантаження виконаних домашніх завдань;
- участь у дискусійних форумах (що фактично відображає віртуальний груповий формат терапії).

Що стосується змісту, то програми надання Інтернет-базованої КПТ допомоги повністю відповідають послідовності та наповненню втручань, які традиційно використовуються при КПТ віч-на-віч і базуються на протоколах стосовно лікування конкретних психічних розладів. Те, що в терапії віч-на-віч називаємо «терапевтична сесія», у інтернет-базованій терапії називають «терапевтичним модулем» або «заняттям». Так, програма розпочинається із модулю психоедукації стосовно розладу, яка може проводитись у формі аудіо чи відеолекції, презентацій, текстів-описів, зображень або ж посібників самопомоги. Основний терапевтичний модуль відповідає терапевтичним протоколам і рекомендаціям стосовно конкретного психічного розладу (депресії, ГТР, ОКР тощо) або ж інших станів, при яких психологічний вплив може бути



помічним (наприклад, емоційне вигорання, прокрастинація тощо). Терапевтичні модулі відрізняються за тривалістю та величиною (від короткого резюме до текстів на десятки сторінок), можуть містити ілюстрації запропонованої інформації або описи клінічних прикладів. Кожен модуль містить чіткі вказівки стосовно того, коли і як виконувати конкретні техніки (наприклад, експозиції чи релаксації, заповнення бланків тощо). Завершується терапевтична програма модулем профілактики/відтермінування рецидиву.

Більшість терапевтичних інтернет-програм допомоги в КПТ не лише за змістом, але і за організацією системи допомоги відповідає прийнятним стандартам для терапії віч-на-віч. Адже не лише самі техніки чи методи допомагають досягнути бажаних позитивних змін, але й частота зустрічей, інтервали між сесіями та запропоновані домашні завдання. Тому найчастіше терапевтичні модулі відкриваються для користування раз в тиждень, а кількість терапевтичних тижнів є визначеною наперед відповідно до проблеми. Середня тривалість ІКПТ – 5-15 тижнів, що часто зовсім незначно відрізняє цей формат від терапії віч-на-віч за цим критерієм. Але тут є одна важлива особливість: насправді реальна тривалість терапевтичної програми зумовлена не тим, наскільки тижнів вона розрахована за змістом та наповненням, а тим, в якому темпі клієнт просувається з її виконанням. Оскільки найчастіше наступний модуль стає доступним, коли клієнт завантажує домашнє завдання і отримує по ньому зворотний зв'язок, то важливим нововведенням в інтернет-базовані терапевтичні програми стало впровадження системи дедлайнів і робочого графіку. Наприклад, у дослідженні ефективності інтернет-опосередкованої терапії хронічного головного болю Strom та колеги (2000) стикнулися з 50 % рівнем відсіву клієнтів в процесі проходження програми. Недавнє повторне дослідження, змодельоване в такий спосіб, щоб відповідати попередньому, отримало 86 % виконання клієнтами програми в повному обсягу завдяки впровадженню системи дедлайнів і керованого супроводу (Андерсон, 2014).

г) *Залучення терапевта.* Ваumeister і колеги (2014) виявили, що Інтернет-базована психотерапія ефективніша, коли включає керований супровід терапевта. Водночас зрозумілим є те, що рівень залучення терапевта і його вплив на ефективність ІКПТ залежить від самого розладу чи проблеми. Наприклад, дослідження показують невелику відмінність в рівні ефективності лікування безсоння, порівнюючи керовані терапевтом програми і програми самодопомоги. Однак, зовсім інша ситуація із, до прикладу, депресивним розладом, де присутність іншої людини, емпатія та підтримка є дуже важливими в процесі одужання. Leukin і колеги (2014) виявили, що існує певний відсоток клієнтів, які комфортно чуються без будь-якої людської взаємодії, користуючись повністю автоматизованими програмами. Імовірно це теж пов'язано із важкістю самого розладу: при труднощах меншого рівня важкості клієнти чуються достатньо ресурсними для самостійного проходження терапії.

Супровід терапевта зазвичай виявляється у формі відповідей на запитання, заохочень та зворотного зв'язку до виконаних домашніх завдань (Андерсон, 2014). Теж у більшості випадків супровід не є в режимі реального часу, тобто відповіді чи коментарі терапевта надходять за деякий час. Терапевти у Інтернет терапії можуть відрізнитися за тим, скільки емпатії вони виявляють у текстових зверненнях, навичками письма, вмінням влучно відповідати на запитання пацієнтів і здатністю заохочувати до продовження терапії (Almlöv J. et al., 2011).

Більша частина кореспонденції в керованих Інтернет-опосередкованих терапевтичних програмах має мотивуючий та підтримуючий характер (Sanchez-Ortiz et al. 2011) і зазвичай складається з коротких текстових повідомлень один раз в тиждень, що в середньому займає до 15 хв часу терапевта на одного клієнта щотижня (Andersson, 2016). Деякі програми містять структуровані письмові завдання, що потребують більше часу на їх опрацювання (Lange et al. 2003), деякі передбачають супровід через заплановані короткі телефонні дзвінки (Andersson et al. 2003), а поодинокі програми включають терапію в режимі реального часу за допомогою спілкування в чаті (Kessler et al. 2009), що вимагає чіткого графіку

«відвідування» клієнтом веб-платформи. Дуже невелика кількість програм передбачає супровід в режимі відео конференцій, і це, мабуть, єдина форма супроводу, яка забезпечує візуальний контакт терапевта і клієнта. Для тієї групи користувачів, які мають труднощі з читанням і розумінням текстових завдань чи потребують емоційної підтримки така форма супроводу є надзвичайно важливою.

Попри те, що присутність терапевта в процесі ІКПТ є важливою і підвищує її ефективність, неможливо постійно збільшувати супровід і підтримку для клієнтів, бо тоді така терапія знівелює основні переваги інтернет-базованих програм: економію коштів клієнта і економію часу терапевта. Відтак, одним з недавніх підходів, який потребує ще подальшої перевірки ефективності, є підхід «супроводу на вимогу» (Rheker et al., 2015). В такому підході акцент робиться не на періодичності контакту з терапевтом, а на можливості отримати підтримку саме тоді, коли це найбільше потрібно клієнтові. Тоді така програма фактично потребує створення кол-центру, в якому терапевти доступні для комунікації на постійній основі (в деяких джерелах теж зазначається, що такі кол-центри під супервізією досвідчених фахівців можуть бути добрим місцем практики для студентів навчальних психотерапевтичних програм або студентів-клініків).

У спільному канадсько-австралійському дослідженні Н.Д. Hadjistavropoulos і колеги (2017) досліджували ефективність ІКПТ стосовно депресії і ГТР у зв'язку із постійним або ж необов'язковим супроводом терапевта (пацієнти були проінформовані про доступність терапевта щотижнево, з яким можна консультуватись у разі потреби). У результаті дослідження було виявлено, що у групі досліджуваних, які мали необов'язковий супровід терапевта: 1) були нижчі показники завершення програми (56,6% проти 82,4%); 2) рівень ефективності програми, для тих пацієнтів, хто завершив програму, за GAD-7 і PHQ-9 не відрізнялися суттєво від групи пацієнтів із постійним супроводом терапевта одразу по завершенню програми і через 3 місяці. Отже, можна підсумувати, що терапевти в ІКПТ у більшій мірі відіграють важливу роль

у мотивуванні клієнтів до завершення програми терапії. Водночас, як зазначається в іншому дослідженні впровадження простої системи автоматизованих нагадувань підвищують рівень завершення самокерованої ІКПТ-програми в коротший термін, що зумовлює більш швидке зниження симптомів, ніж в групі, яка не отримувала таких нагадувань (Titov et al., 2014). Водночас рівні тривоги і депресії у обох групах за GAD-7 і PHQ-9 зовсім не відрізнялися через 12 місяців по завершенню програми.

д) **Етичні аспекти та негативні наслідки.** Загалом етичні вимоги до програм надання терапевтичної допомоги в Інтернет-мережі не відрізняються від терапії віч-на-віч і базуються на Етичному кодексі психолога. Ключовими етичними аспектами саме ІКПТ є безпека даних та безпека клієнта (наприклад, при високому рівні суїцидальності). В деяких країнах існує проблема легальності різних форм психологічної допомоги і необхідною умовою для впровадження психотерапевтичної онлайн-програми є наявність ліцензії у терапевтів. Теж важливим етичним аспектом є можливість появи негативних наслідків Інтернет-терапії. До прикладу, Розенталь і колеги (2015), використовуючи дані 4-х досліджень (N=558) виявили, що 9,3 % клієнтів зазначали появу негативних наслідків терапії у формах зворотного зв'язку по завершенні терапії. І хоча ці негативні наслідки здебільшого неважкі, наукова спільнота все ж наголошує на важливості їх реєстрації для вдосконалення самих терапевтичних програм.

Численні дослідження присвячені порівнянню ІКПТ з терапією face-to-face. Результати цих досліджень наведемо в таблиці:

*Таблиця 1. Порівняння face-to-face та Internet-based форматів когнітивно-поведінкової терапії згідно з даними наукових джерел*

<b>Критерій порівняння</b>	<b>Терапія віч-на-віч з терапевтом (КПТ)</b>	<b>Терапія, опосередкована Інтернет-мережею (ІКПТ)</b>
Доступність	<p>Є менш доступною з огляду на:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Обмежену кількість терапевтів і їх обмежений робочий час, що часто створює «черги»</li> <li>- Частина клієнтів не мають змоги проходити терапію, коли робочий час терапевта і клієнта співпадають</li> <li>- В менших населених пунктах терапевтів чи спеціалізованих центрів немає взагалі</li> <li>- Коли йдеться про терапію в клініках вартість лікування є високою (Spijker et al., 2013) в поєднанні з довгим очікуванням і обмеженими фінансовими ресурсами (Bower and Gilbody, 2005; Lovell and Richards, 2000).</li> </ul>	<p>Створена першочергово для збільшення доступності психотерапевтичної допомоги для різних категорій населення:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Не залежить від локалізації клієнта</li> <li>- Не залежить від робочого часу терапевта чи клієнта</li> <li>- Більша кількість клієнтів можуть користатися програмою одночасно</li> <li>- Терапевт витрачає в 3-4 рази менше часу на клієнта, а клієнт на дорогу до місця терапії</li> <li>- Менше економічно затратна як для клієнтів, так і для центрів/клінік</li> </ul>
Тривалість	Зазвичай є приблизною і коригується в ході терапії (за винятком страхових умов або особливостей контракту)	<p>Кількість модулів чітко визначена наперед відповідно до проблеми.</p> <p>Виконання модулів може обмежуватись встановленим графіком та дедлайнами.</p>
Відповідність протоколам	Дослідження з'ясували, що лише обмежена частина клієнтів отримують протокольне лікування (Gyani et al., 2014; Harvey and Gumpport,	Строге дотримання КПТ-протоколів у симптоматичній терапії незалежно від того, чи програма орієнтована на розлад, чи адаптована

	<p>2015) через недостатнє лікування психічних розладів (Demyttenaere et al., 2004; Harvey and Gumpert, 2015) та відхід терапевтів від протокольних форм лікування (Waller, 2009).</p> <p>Загалом терапевтичний процес є більш гнучким відповідно до особливостей та проблем клієнта.</p>	<p>відповідно до трансдіагностичного підходу при побудові та апробації терапевтичної програми (Andrews, G., Williams, A.D., 2014).</p> <p>Програма є однаковою для пацієнтів з однаковими симптомами, індивідуальний підхід до клієнта набагато важче реалізувати</p>
Роль терапевта	<p>Wampold and Brown (2005) виявили, що близько 5% дисперсії результатів терапії припадає на терапевтів.</p> <p>Терапевтичний стиль, зокрема позитивне і дружнє ставлення терапевта підвищують ефективність терапії і рішення клієнта її пройти до кінця (Beutler et al., 2004)</p>	<p>Відповіді терапевта на запитання можуть бути більш обдумані, а зворотний зв'язок на виконанні домашні завдання у складних випадках може надаватися після супервізії – через відсутність необхідності негайної відповіді (Andersson, 2016).</p> <p>Частина терапевтів демонструють нудьгу через брак динамічності терапевтичного процесу і відсутність живого спілкування з клієнтами.</p>
Роль клієнта	<p>Клієнт орієнтується більшою мірою на терапевта, який його скеровує; може розвинути залежні стосунки та бажання перекласти відповідальність.</p> <p>Потребує більшої активізації з боку терапевта.</p>	<p>Вимагає:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- більшої активності та автономності клієнта;</li> <li>- достатньої кількості внутрішнього ресурсу для самостійного проходження програми, тому не завжди підходить при важких формах розладів;</li> <li>- достатньо високого рівня володіння комп'ютером чи смартфоном, наявність доступу до Інтернет-мережі</li> </ul>
Ефективність	<p>Ефективність є науково-доведеною при різних клінічних розладах (за умови дотримання протоколу лікування).</p>	<p>Загалом нижча через велику кількість випадків незавершеної терапевтичної програми, проте схожа за умови повного завершення та наявності</p>

	<p>Залежить від:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- компетентності терапевта</li> <li>- якості терапевтичного альянсу і довіри до терапевта</li> <li>- активності клієнта</li> <li>- важкості розладу і наявної коморбідності</li> <li>- тривалості терапії</li> </ul>	<p>керованого супроводу (gICBT)</p> <p>Залежить від особистісних особливостей клієнтів, розладу (наприклад, ІКПТ ефективніша, ніж КПТ при соціальній фобії), ступеню важкості розладу, коморбідності тощо.</p> <p>Знижує стигматизацію (Cuijpers, P., Riper, H., 2014)</p> <p>Підвищує самоменеджмент, автономність та самоефективність клієнтів</p>
<p>Терапевтичний альянс</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Має потужний лікувальний вплив за умови побудови довірливих стосунків.</li> <li>- Частині клієнтів важко знайти «свого» терапевта.</li> <li>- Є моделлю до побудови стосунків в позатерапевтичному просторі</li> </ul>	<p>У випадку gICBT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- не дає можливості працювати з «гарячими» реакціями клієнта в ході терапії</li> <li>- відтермінована в часі емоційна підтримка може не мати достатнього позитивного ефекту</li> <li>- частина клієнтів зазначають, що попри очікування змогли розвинути позитивний стосунок з терапевтом без безпосереднього контакту з ним</li> <li>- D'Arcy, Reynolds, Stiles and Grohol (2006), Berger, 2015; Socala et al., 2012 виявили, що клієнти оцінюють вплив сесії і терапевтичний альянс у ІКПТ так само високо, як і клієнти КПТ. Однак часто у випадку ІСВТ клієнти не мають достатньо інформації, щоб оцінити рівень терапевтичного альянсу, який якісно суттєво відрізняється (Andersson, 2016)</li> </ul> <p>Не виявлено зв'язку між оцінкою терапевтичного</p>

		альянсу та ефективністю терапії (Andersson et al., 2012)
Додаткові аспекти терапевтичного процесу	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Клієнти іноді відчують труднощі із пригадуванням змісту сесій чи психоедукаційних послань через короткий час після сесії, що знижує навчальний ефект терапії (Harvey et al. 2014).</li> <li>- Клієнт може відвідувати сесії, але не виконувати завдань між ними.</li> <li>- Синхронний контакт дає можливість працювати з емоціями клієнта в часі сесії, відслідковувати зміни стану, забезпечує швидкий зворотний зв'язок.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Значно більша кількість навчальної підтримки клієнта через текстові матеріали (зокрема, посібники самопомоги), аудіо- та відеозаписи. Можливість в будь-яких час мати до них доступ, навіть по завершенні терапії.</li> <li>- Клієнти часто лише читають запропоновані матеріали, але не виконують практичних частин.</li> <li>- Брак прямого контакту з терапевтом не дає можливості усунути непорозуміння стосовно матеріалу чи завдань або негативні наслідки терапії.</li> </ul>



**Blended therapy (комбінована терапія) (bCBT, B-CBT)** – психотерапевтичний формат, який інтегрує терапію віч-на-віч та Інтернет-базовані програми самопомоги в одному терапевтичному протоколі (Kooistra et al., 2016). Тут важливо зазначити, що йдеться не про паралельне проходження двох терапевтичних програм (що значно збільшить витрати на такий формат), а про гармонійну і ефективну інтеграцію двох форматів в одному протоколі лікування. Вважається, що такий формат значно підвищує рівень активності та автономності клієнтів у порівнянні з традиційним психотерапевтичним форматом і в кращий спосіб дозволяє розвинути навички самопомоги в майбутньому, коли терапія віч-на-віч і підтримка терапевта завершиться. Комбінована терапія прагне зберегти особистий контакт і терапевтичні стосунки, які притаманні індивідуальній терапії віч-на-віч, одночасно з імплементацією терапевтичних веб-платформ з метою стимуляції активної участі клієнта та підвищення доступності терапії (Kenter et al., 2015).

Іншою перевагою комбінованої терапії, на думку Lisa C. Kooistra та колег, може бути можливість підвищити інтенсивність терапевтичного впливу, додаючи до однієї традиційної сесії ще одне онлайн-заняття з Інтернет-базованої програми. Так, метарегресійний аналіз (Cuijpers et al., 2013) виявив, що підвищення інтенсивності у форматі терапії віч-на-віч до двох сесій на тиждень посилює терапевтичний ефект майже на половину у порівнянні із однією сесією в тиждень ( $g = 0.45$ ).

Комбінований формат дозволяє зберегти переваги і традиційної терапії віч-на-віч і нового формату Інтернет-опосередкованої терапії, водночас знизивши недоліки і слабкі сторони останньої. Kim Matthiasen і колеги до переваг bCBT відносять:

- 1) можливість терапевта на традиційних сесіях індивідуалізувати формат відповідно до особистісного профілю пацієнта, симптомів розладу та можливої наявності коморбідності, що є неможливим при ІКПТ;

2) можливість терапевта залучати в терапію вдвічі більше клієнтів, порівняно із традиційною КПТ, оскільки комбінований формат передбачає лише половину сесій у режимі віч-на-віч;

3) знижує витрати клієнта на терапію та дорогу;

4) онлайн-модулі доступні у сприятливий для клієнта час та у зручному місці, клієнт може переглянути модулі пізніше, на відміну від традиційних сесій;

5) структурований формат онлайн-модулів забезпечує однаковий рівень психоедукації та вправ для всіх пацієнтів;

б) знижує песимізм скептично-налаштованих терапевтів щодо цілковитого зведення психотерапії до «спілкування з комп'ютером» у випадку ІКПТ.

Додаткові дослідження засвідчують підвищення рівня мотивації до проходження ІКПТ-програм при поєднанні із традиційними сесіями віч-на-віч (Wilhelmsen M. et al., 2013).

Підсумовуючи, варто зазначити, що комбінована терапія (b-CBT) за рівнем ефективності та рівнем залучення в терапію перевищує ІКПТ з керованим супроводом або без нього, однак її доцільність з точки зору економії коштів і часу не є достатньо дослідженою. В літературі знаходимо суперечливі дані, зокрема Kenter R. та колеги (2015) виявили, що їхня програма комбінованої терапії депресії та тривожності перевищила за кількістю сесій та витраченими коштами традиційну терапію віч-на-віч з терапевтом. Однак, як зазначають самі дослідники знань стосовно того, як оптимально комбінувати цих два терапевтичних формати наразі недостатньо.

Впровадження комбінованих програм лише розпочинається і спочатку пройде етап напрацювання комбінованих програм для терапії різних розладів (наразі активно розробляються програми терапії депресії, тривожності та панічного розладу), апробації якості таких програм, оцінки ефективності терапевтичного впливу та фінансової доцільності. Хоча деякі дослідники вважають, що майбутнє саме за В-CBT.

## ***Огляд досліджень ефективності Інтернет опосередкованої КПТ при різних клінічних діагнозах***

Перші керовані КПТ-програми самопомоги пацієнтам датуються 1980-ми роками і стосуються терапії депресивного розладу (Schmidt & Miller, 1983; Brown & Lewinsohn, 1984). З кінця 1990-х років із поширенням доступності Інтернет-мережі та збільшенням кількості користувачів розпочалося впровадження програм самопомоги у форматі І-КПТ. Протягом останніх 20-ти років науково-практична спільнота когнітивно-поведінкових терапевтів активно впроваджує Інтернет-базовані програми терапії та апробовує їх ефективність в пілотних і рандомізованих контрольованих дослідженнях. Накопичення достатньо великої дослідницької бази даних зумовило появу метааналітичних досліджень, метою яких є співставити результати та виявити спільні знахідки. Однак, ситуація кардинально відрізняється стосовно досліджень І-КПТ різних розладів: від загальноновизнаної сьогодні ефективності програм для депресивних та тривожних розладів до дуже обмежених досліджень І-КПТ, наприклад, obsесивно-компульсивного розладу. Цей розділ присвячено опису досліджень та аналізу ефективності програм І-КПТ різних клінічних розладів.

### ***І-КПТ депресивного розладу***

Депресивний розлад сьогодні є одним із найбільш поширених серед населення Земної кулі у всіх вікових періодах. Успішність лікування депресії за допомогою когнітивно-поведінкової терапії, внесення її до протоколів лікування депресії як ефективного методу вибору і численний клінічний досвід терапії різних груп пацієнтів зумовило прагнення зробити цей метод більш доступним для потребуючих лікування людей. В такий спосіб депресія стала першим розладом стосовно якого були створені спершу програми самопомоги у формі бібліотерапії (через посібники самопомоги), телетерапії (через перегляд відеозаписів), а тоді і у форматі Інтернет-базованих програм (через

спеціалізовані веб-платформи). Сприяло цьому, насамперед те, що стосовно депресивного розладу є добре розпрацьований і апробований протокол лікування, який базується на дослідженнях засновника КПТ А. Бека [1]. На сьогодні, дослідження ефективності ІКПТ депресії нараховують численну базу даних і щодо апробації різних програм, і щодо ролі терапевта в процесі терапії, і щодо способів підвищення її ефективності, а останніми роками – щодо комбінованого формату (В-СВТ) та трансдіагностичного підходу (перші програми включали комбіновану терапію депресії та тривожних розладів, Titov et al. 2014). Виглядає на те, що всі нововведення чи то у форматі терапії, чи то у нових підходах до лікування в межах когнітивно-поведінкового напрямку починаються з перевірки ефективності щодо лікування саме депресивного розладу, що мабуть є доброю традицією, започаткованою ще А.Беком.

Стосовно тривалості програми і кількості модулів, то тут є суттєві відмінності від 5-6 модулів до 20. Розглянемо структуру ІКПТ програми лікування депресії на прикладі платформи NoDep (Mathiasen, 2016). Програма включає 8 модулів: 6 обов'язкових і 2 вибіркових, які загалом відповідають стандартному протоколу лікування депресії у форматі face-to-face. Ключовими компонентами обов'язкових модулів є:

- 1) психоедукація
- 2) поведінкова активація (2 модулі)
- 3) когнітивна реструктуризація
- 4) поведінкові експерименти
- 5) профілактика рецидиву

Вибіркові модулі включають:

- 1) долання депресивної румінації
- 2) роботу з глибинними переконаннями

Програми зазвичай побудовані в такий спосіб, що послідовність модулів є чітко визначеною наперед і один раз на тиждень відкривається лише 1 модуль

(при цьому користувач програми може вільно переглянути зміст попередніх модулів). Варіант програми для В-СВТ можна переглянути у Додатку 1.

Сьогодні є достатньо доказової бази щодо ефективності ІКПТ депресії. Для вимірювання ефективності зазвичай використовується Шкала здоров'я пацієнта (PHQ-9), яку пацієнти заповнюють після кожного модулю, вкінці програми, іноді теж через 3 і 12, а навіть 24 місяці по завершенню. Одне з найновіших метааналітичних досліджень ефективності самокерованих ІКПТ програм терапії депресії, яке охопило результати 13-ти попередніх досліджень (Karyotaki et al., 2017) зафіксувало стійке середнє зниження симптомів депресії на рівні 50 % від початкових показників (за умови повного проходження програми; рівень «випадання»/ drop-out учасників з програми становив 28,8 %) порівняно із контрольною групою, яка не отримувала жодного лікування, отримувала плацебо, звичайне лікування (не уточнено, можливо медикаментозне лікування) або була в списку очікування на психотерапію. Водночас на цей показник не впливав початковий рівень депресії/ важкість симптомів та соціодемографічні показники, що свідчить про те, що цей формат когнітивно-поведінкової терапії підходить всім, хто страждає від депресивних симптомів. Проблемними моментами програм самопомоги депресії все ж лишається великий відсоток незавершення, менша ефективність, порівняно із форматом віч-на-віч чи керованих терапевтами ІКПТ програм та можливі помилки зарахування учасників на програму.

Дослідження Hadjstavropoulos та колег (2017) зафіксувало зниження рівня симптомів депресії в середньому на 47 % через 3 місяці по завершенні ІКПТ програми, при цьому відмінностей між групами пацієнтів із постійним та факультативним супроводом терапевта виявлено не було. У дослідженні Titov і колег (2014) 68 % пацієнтів мали початковий показник за шкалою PHQ-9 більше 10 балів, а після проходження програми 62 % пацієнтів отримали результат < 10 балів одразу по завершенні програми (при цьому у групі пацієнтів, які отримували нагадування про проходження програми електронної поштою цей

показник склав 61,7 %, а в групі пацієнтів, які не отримували – 62,3 %). Цікаво те, що повторний замір через 3 міс виявив ще вищий відсоток пацієнтів з показником PHQ-9 < 10: 75 % у групі з нагадуваннями та 68,6 % у групі без нагадувань, що може бути пов'язаним, на думку авторів, з тим, що частина пацієнтів продовжують заходити в програму по завершенні і допрацьовують ті модулі, які не змогли зробити вчасно. У цьому ж дослідженні через 12 місяців спостерігалась стійка ремісія депресивних симптомів на рівні 50 % від початкових показників. Загалом обидва дослідження демонструють, що ані різні варіанти супроводу, ані наявність чи відсутність нагадувань не впливають суттєво на ефективність терапевтичної програми серед тих пацієнтів, які пройшли її повністю. Однак, вони суттєво підвищують кількість пацієнтів, які завершують програму, що загалом підвищує ефективність Інтернет-базованої КПТ.

Цікавим є дослідження шведських дослідників Holländare і колег (2016) стосовно того як на ефективність ІКПТ депресивного розладу впливає поведінка супроводжуючого терапевта. Попередні дослідження стверджують, що присутність і супровід терапевта в процесі проходження програми підвищують її ефективність в два рази порівняно із програмами, які є формату самопомоги (Andersson et al., 2009; Johansson and Andersson, 2012). Однак, стосовно «кількості» супроводу, то тут є суперечливі дані – одні автори знаходять значущі зв'язки між кількістю впливу терапевта і ефективністю лікування (Johansson and Andersson, 2012), а інші зазначають, що відмінностей в рівні ефективності терапії в залежності від впливу терапевта низької та високої інтенсивності не виявлено (Titov, 2011).

Holländare і колеги (2016) виявили, які типи поведінки терапевти найчастіше демонстрували у процесі супроводу пацієнтів у ІКПТ програмі депресії: найбільш часто терапевти демонструють підбадьорення (31,5 %), афірмації (25,1 %), керівництво (22,2 %) та спонування (9,8 %). Значно рідше терапевти роз'яснювали рамки лікування в Інтернеті, інформували про зміст

модуля, наголошували на важливості відповідальності пацієнта, конфронтували пацієнта та проводили саморозкриття. З підвищенням ефективності терапії за результатами кореляційного аналізу пов'язані 3 види поведінки: афірмації ( $r = .42, p = .005$ ), підбадьорення ( $r = .52, p = .001$ ) і саморозкриття ( $r = .44, p = .003$ ). Шість з дев'яти типів поведінки корелюють із кількістю виконаних модулів: афірмації ( $r = .74, p = .001$ ), керівництво ( $r = .67, p = .001$ ), підбадьорення ( $r = .79, p = .001$ ), саморозкриття ( $r = .39, p = .012$ ), роз'яснення рамок лікування ( $r = .37, p = .016$ ) і наголошення на відповідальності пацієнта ( $r = .33, p = .033$ ). Отже, як бачимо, емоційна підтримка, підбадьорення, афірмації терапевта загалом є більш важливими в посланнях терапевтів, ніж роз'яснення технічних моментів користування програмою та наголошення на відповідальності пацієнтів.

Сьогодні безсумнівною є ефективність ІКПТ програми лікування депресії на рівні близькому до традиційної терапії віч-на-віч з психотерапевтом, для якої цей показник є на рівні 75 % (DeRubeis et al., 2005). Водночас більшість програм мають певні обмеження до участі в них. Найчастіше серед них: коморбідність з психотичними розладами (шизофренією, маніакально-депресивним розладом) та деякими іншими розладами першої лінії (алкогольною чи наркотичною залежністю, obsесивно-компульсивним розладом), прийом антипсихотичних ліків, а також високий рівень суїцидального ризику. Вважається, що Інтернет формат може бути менш ефективний при терапії депресії важкого ступеню. Однак, у дослідженні Williams A. та Andrews G. (2013), присвяченому ефективності ІКПТ депресії 25 % пацієнтів мали важку та дуже важку форму депресії. За результатами, отриманими після проходження програми у цій групі пацієнтів спостерігалось значне зниження депресивної симптоматики (з середнього PHQ-9 на рівні 23,11 перед першим модулем до 14,71 після шостого модулю), але теж і значне зниження суїцидальних думок (середнє значення відповідей на питання № 9 PHQ-9 з 1,97 до 0,97 відповідно на початку і вкінці програми). Водночас, очевидно, що для таких пацієнтів рекомендовано обирати ті програми ІКПТ, які передбачають супровід терапевта, або загалом є

комбінованого формату, оскільки ризики появи негативних ефектів є вищими (у зазначеному дослідженні супроводжуючі терапевти негайно отримували сповіщення від системи щодо посилення суїцидальних думок або підвищення рівня депресії пацієнтів). З іншого боку континууму є пацієнти, які мають субдепресивний рівень або легку форму депресії, які часто не чуються настільки погано, щоб іти до психотерапевта. Охоплення цієї групи пацієнтів ІКПТ програмами може бути добрим і ефективним методом профілактики і превенції їх переходу в більш важчі форми. До прикладу, у згаданому вище дослідженні Williams A. та Andrews G. (2013) ця група користувачів становила 27 %. Попри те, що детального аналізу даних цієї групи не проводилось у зв'язку з тим, що бракувало уточнюючих питань стосовно діагнозу (автори припускають, що це можуть бути пацієнти у стані ремісії, або з хронічною легкою формою депресії, а також субдепресивного рівня), все ж вважають, що проходження курсу для них може бути корисним в аспектах психоедукації, а також розвитку навичок краще справлятися з депресивними станами.

Підводячи підсумок, варто зазначити, що з огляду на сучасні дослідження, ІКПТ депресії, особливо у форматі *guided* (керована) або *blended* (комбінована) справді є методом вибору, особливо в ситуаціях, коли традиційна *face-to-face* терапія є недоступною для клієнтів.

### ***ІКПТ тривожних розладів***

Тривожні розлади є найпоширенішими серед психічних розладів, завдаючи страждань приблизно 29 % популяції до 75 років (Kessler RC., 2005) і більше 10 % в кожний окремий рік життя (Silverstone, T.; Turner, P., 1995). Доказовим лікуванням, яке показує добрі результати є медикаментозна терапія і КПТ.

Згідно з DSM-5 до тривожних розладів відносять ті, які поділяють симптоми страху та тривоги, а також супутніх поведінкових скарг і тілесних реакцій:



- Прості фобії
- Розлад соціальної тривоги (соціальні фобії)
- Панічний розлад
- Генералізований тривожний розлад
- Агорафобія
- Тривога, зумовлена вживанням психоактивних речовин або ліками
- Розлад сепараційної тривоги
- Селективний мутизм

У відсотковому співвідношенні перші чотири є значно більш поширені ніж решта (агорафобія в значній частині випадків супроводжує панічний розлад) і КПТ пропонує щодо них достатньо чіткі та ефективні протоколи терапії.

Дослідження ІКПТ програм лікування тривожних розладів теж в основному зосереджуються на лікуванні ГТР, соціальної фобії, панічного розладу, а також їх коморбідності з депресивним розладом. При цьому деякі програми мають за мішень один конкретний розлад, а інші розроблені з метою терапії одразу декількох розладів (3-4), посиляючись на те, що тривожні розлади мають деякі спільні симптоми. Розглянемо детальніше і перші, і другі дослідження.

**А) ІКПТ генералізованого тривожного розладу.** ГТР є достатньо поширеним розладом серед дорослого населення (4,3 – 5,9 % згідно з Європейською статистикою), однак труднощі його подолання полягають в тому, що багато людей не звертаються по допомогу (надаючи своїм переживанням позитивного значення). Розвиток ІКПТ програм терапії ГТР скерований саме на поширення когнітивно-поведінкового підходу лікування цього розладу серед населення, оскільки медикаментозна терапія, зазвичай, не забезпечує тривалого результату, а до психотерапії люди звертаються аж тоді, коли вплив на їхнє життя та їхнє оточення стає незмірно великим.

ІКПТ програми ГТР зазвичай містять ті ж модулі, що і КПТ, однак в дещо вужчому ключі. До прикладу програма «The Calming Anxiety» (Behar et al., 2009) розрахована на 6 тижнів і включає такі когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти, як: когнітивна реструктуризація, самомоніторинг тривоги, навички релаксації, моніторинг наслідків тривоги (більш детальний опис модулів в Додатку 2).

Richards і колеги (2015) здійснили систематичний огляд і метааналіз досліджень ІКПТ втручань для лікування ГТР. Систематичний огляд виявив, що в загальному терапевтичний контент розрахований на 6-8 модулів протягом 8-10 тижнів, здебільшого програми теж включають супровід терапевта через електронну пошту або телефонний зв'язок. До метааналізу було включено 11 досліджень, з яких чотири були специфічними щодо ГТР, і 7 – трансдіагностичними, що включали заміри GAD-7, GAD-Q-IV та PSWQ (Penn State Worry Questionnaire). Результати продемонстрували позитивні зрушення в симптомах ГТР (стандартизоване середнє відмінностей в рівні прояву ознаки  $d = -0.91$ , мінус вказує на зниження прояву) і його центральному симптому - переживаннях ( $d = -0.74$ ) у групі, яка пройшла ІКПТ програму у порівнянні з контрольною групою, яка була в списку очікування. Водночас обмеженням дослідження, на думку авторів є достатня гетерогенність включених в аналіз даних, що зумовлює потребу в подальших дослідженнях.

Цікавими є результати дослідження ефективності ІКПТ програми терапії ГТР у студентів Richards і колег (2016), згідно з якими і у групі студентів, які пройшли програму, і у групі, які очікували на проходження ІКПТ результати замірів тривожних симптомів знижувалися рівномірно. Імовірною причиною цього, на думку авторів, стало неврахування ряду факторів, зокрема рекрутингу на програму в час академічної сесії, коди у багатьох студентів підвищений рівень тривожності та можливого впливу позитивного очікування на симптоми тривоги.

Hobbs M.J. і колеги (2017) дослідили відмінності у презентації, участі і ефективності ІКПТ ГТР серед пацієнтів клінік в залежності від віку ( $N = 942$ ; 18–

29 років ( $n = 267$ ); 30–39 років ( $n = 260$ ); 40–49 років ( $n = 180$ ); 50–59 років ( $n = 124$ ); і 60+ років ( $n = 111$ )). У порівнянні з молодшими пацієнтами старші пацієнтами у меншій мірі виявляли ГТР і депресивний розлад і більше налаштовані на завершення лікування. ІКПТ продемонструвала від середньої до значної величини зменшення симптомів важкості розладу, дистресу і порушень незалежно від віку. У зв'язку з цим, автори дослідження роблять висновок про ефективність формату ІКПТ у лікуванні ГТР протягом всього дорослого віку і можливості його застосування в звичайній практиці клінік.

Отже, загалом ІКПТ ГТР показує добрі результати і терапевтичний ефект, і може бути тим форматом який охопить психотерапевтичною допомогою тих осіб, які не звертаються по допомогу в спеціалізовані центри чи клініки.

**Б) ІКПТ панічного розладу.** Панічний розлад з або без агорафобії характеризується поширеністю 3 % протягом року. При відсутності лікування розлад загрожує дієздатності людини, у зв'язку з чим в останні роки спостерігається активне розроблення і апробація ІКПТ програм щодо цього розладу. Зазвичай такі програми містять традиційні для КПТ панічного розладу частини: психоедукація, зниження збудження, експозиції і когнітивна реструктуризація, - розраховані на 5-14 тижнів, з або без супроводу терапевта (Allen et al., 2016).

Allen і колеги (2016) запропонували найкоротшу програму Інтернет-терапії панічного розладу (5 сесій) з метою підвищити відсоток користувачів, які завершують програму повністю. Дослідження виявило суттєве зниження симптомів панічного розладу за шкалою PDSS-SR з  $M=13.00$  на початку лікування до  $M = 6,36$  після завершення курсу у порівнянні з контрольною групою, яка була в списку очікування і не отримувала лікування ( $M = 12,14$  на початку і  $M = 11,75$  через 5 тижнів). Значуще зниження спостерігалось теж щодо рівнів дистресу, депресії і недієздатності. Загалом дослідження підтверджує виявлені у попередніх дослідженнях результати, великим обмеженням все ж

залишається великий відсоток незавершення терапії (лише 56 % пацієнтів пройшли усі 5 модулів в умовах мінімального супроводу терапевта, 4-6 хв на тиждень на одного пацієнта).

Дещо інший підхід обрала Сіуса А.М. з колегами (2018), розробляючи першу ІКПТ-програму подолання панічного розладу для населення Румунії (РАХРД). Дослідники поєднали у одній програмі інтернет-модулі (розраховані на 12 тижнів) із щотижневим спілкуванням з терапевтом в режимі відеоконференцій Skype (який за ефективністю прирівнюється до терапії віч-на-віч), що зрештою більше нагадує комбінований формат В-СВТ. Основну групу користувачів порівнювали із двома контрольними: 1) проходили програму без супроводу; 2) перебували в списку очікування на ІКПТ.

РАХРД містить 16 модулів, які стосуються важливих когнітивно-поведінкових психотерапевтичних елементів: психоедукація про розлад та засоби втручання; методики зменшення нейрофізіологічної гіперзбудливості; когнітивна реструктуризація; експозиції до соматичних відчуттів, які викликають страх, поряд із ситуаційними (in vivo) експозиціями для зменшення агорафобного уникнення; тренування позитивних емоцій; тренінг з вирішення проблем; активізація поведінки та вправи на когнітивну перебудову для зменшення симптомів депресії; профілактика рецидивів. Один модуль займає від 20 до 50 хвилин, учасникам надається рекомендований розклад (один або два модулі на тиждень, залежно від складності змісту та домашніх завдань). Учасники основної групи проводили регулярні 15–45 хв відеосесанси (тривалість варіювала залежно від складності модулів та потреб кожного учасника) зі своїм психотерапевтом. Результати дослідження свідчать про те, що обидві форми лікування, керовані та не керовані РАХРД, були ефективними щодо зменшення панічних симптомів, функціональних порушень, депресивних симптомів, катастрофічних когніцій, пильності до тілесних симптомів та страху відчуттів у порівнянні з групою, яка не отримувала лікування. Хоча група з керованою інтервенцією виявила деяку перевагу щодо вимірюваних результатів,

спостережувані відмінності не були статистично значущими після лікування, однак стали значущими на етапі follow-up замірів (імовірно, через кращу консолідацію навчального досвіду внаслідок тренувального проходження вправ і роз'яснення терапевтів).

Цікавим є дослідження El Alaoui S. та колег (2013) стосовно порівняння ефективності 10-тижневої ІКПТ панічного розладу із груповим форматом КПТ. Зміст методів лікування в обох випадках базувався на усталених принципах КПТ і був поділений на 10 модулів: 1) психоедукація; 2–3) когнітивна реструктуризація; 4–5) інтероцептивні експозиції; 6–9) експозиції *in vivo* при агорафобних ситуаціях; 10) попередження рецидивів. Учасники обох форматів терапії отримали однакові тексти самодопомоги, що висвітлювали теми кожного модуля. Терапія значно зменшила симптоми панічного розладу в обох групах з розмірами ефекту в групі  $d = 1,73$  для ІСВТ та  $d = 1,63$  для ГСВТ та без значної різниці між групами. Ці результати були підтверджені протягом 6-місячного спостереження. Більше того автори визначили предиктори негативного реагування на терапію: початковий рівень важкості симптомів, вік при початковій появі симптомів, тривожна чутливість (*anxiety sensitivity*), рівень професійного функціонування (кількість лікарняних на робочому місці). Окрім того виявилось, що учасники з вищим рівнем порушень функціональних можливостей у сфері сімейного життя та домашніх обов'язків та більш раннім дебютом захворювання отримували більше користі від лікування в режимі ІКПТ.

Ці дослідження демонструють ефективність Інтернет-терапії панічного розладу на основі КПТ порівняно з контрольним списком очікування та її ефективність у реальних умовах первинної медичної допомоги. Було значне, значуще і тривале зменшення панічної симптоматики, а також спостережуване зниження психологічного дистресу, депресивних симптомів та загальної недієздатності. Ці висновки межують з попередніми рандомізованими контрольованими дослідженнями ефективності та систематичними оглядами, що

загалом демонструють корисність Інтернет-лікування панічного розладу з або без агорафобії.

**В) ІКПТ розладу соціальної тривоги.** Розлад соціальної тривоги (РСТ) - це один з найпоширеніших психічних розладів із зазначенням поширеності у США 12,1% (Kessler et al., 2005). РСТ характеризується страхом приниження та негативної оцінки з боку інших у соціальних ситуаціях, що може суттєво обмежувати якість життя людей з цим станом, особливо в професійній та соціальній сфері, і часто супроводжується іншими коморбідними розладами (Ruscio et al., 2008). Оскільки лише 35,2% людей із РСТ звертаються по допомогу (Ruscio et al., 2008), розроблені технологічні втручання (ICBT, VRET, CBM) скеровані на підвищення ефективності лікування та подолання недоліків існуючих методів, зокрема доступності, прийняття та імплементації (Kamrann I. et al., 2016).

Найбільш розповсюдженим психотерапевтичним методом лікування РСТ є когнітивно-поведінкова терапія, яка спрямована на зміну дезадаптивної поведінки та когніцій шляхом застосування поведінкових та когнітивних стратегій (Hofmann & Smits, 2008). ІКПТ або під керівництвом терапевта, або як програма самопомоги (огляд див. Boettcher, Carlbring, Renneberg, & Berger, 2013) виявила ефективність для лікування РСТ. Крім того, втручання на базі Інтернету можуть мати специфічні переваги для пацієнтів із РСТ, якщо розглядати конкретні страхи, що характеризують розлад (наприклад, страх розповідати про себе або безпосередньо взаємодіяти з терапевтом). До того ж, метааналітичне дослідження (на основі 3-х рандомізованих контрольованих досліджень) Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper, and Hedman (2014) виявили, що у порівнянні із face-to-face терапією, ІКПТ демонструє дещо вищу ефективність.

Розглянемо контент ІКПТ програми терапії РСТ на прикладі *The Shyness Program*, яка детально описана (Titov et al., 2008) і оцінена в ряді випробувань (Aydos et al., 2009; Titov et al., 2008; Williams et al., 2014). Програма складалася з

шести уроків в Інтернеті, що демонструють кращі практики КПТ, а також регулярні домашні завдання та доступ до додаткових джерел (наприклад, асертивності, самооцінки та самоповаги, навичок спілкування, публічних виступів та управління настроєм). Кожен модуль розроблений з використанням мультиплікаційної розповіді та компонентів курсу: психоедукація, градуйовані експозиції, когнітивна реструктуризація та профілактика рецидивів. Програма є ефективною для зменшення симптомів тривоги в соціальній ситуації, дистресу, недієздатності та депресивних симптомів при використанні у звичайній практиці. Для порівняння інша програма подана у Додатку 3.

Метаналітичне дослідження Kamrann і колег (2016), яке включило дані 21-го дослідження по ІКПТ РСТ, підтвердило виявлені раніше результати ефективності цього формату. Досліджувані демонстрували значне значуще зниження симптомів після проходження програми, результати терапії були стійкими через 3 міс і 1 рік. При цьому ефективність ІКПТ із супроводом терапевта була дещо вищою, ніж у самокерованих програм.

Порівнюючи ефективність ІКПТ для РСТ із груповим форматом КПТ Hedman E, Andersson G. і колеги (2011) виявили, що пацієнти з обох груп мали стійкий позитивний ефект від лікування з деякою перевагою у групі ІКПТ (64 % мали велике або дуже велике покращення симптомів проти 45 % з групового формату КПТ). Новіше дослідження Schulz A. і колег (2016) не зафіксувало суттєвих відмінностей у ефективності ІКПТ і групової КПТ РСТ щодо покращення симптоматики соціальної фобії. Водночас автори вважають груповий формат КПТ менш економічно затратний, оскільки терапевт витрачає значно менше часу на одного клієнта.

Отже, ІКПТ є ефективним методом вибору у лікуванні розладу соціальної тривоги, на рівні із терапією віч-на-віч та груповим КПТ.

### ***Г) ІКПТ тривожних розладів: трансдіагностичний підхід***

Michelle G. Craske з колегами (2009) розробили нову на той час

комп'ютеризовану систему для підтримки розповсюдження КПТ тривожних розладів під назвою *CALM Tools for Living*. Новизна програми полягала в тому, що вона розроблена не специфічно до певного тривожного розладу, а охоплює одночасно 4 найбільш поширених розлади: панічний розлад з агорафобією або без, ГТР, розлад соціальної тривоги і пост-травматичний стресовий розлад. У цій програмі 4 центральні компоненти КПТ є однаковими для чотирьох розладів, тоді як інші 4 – унікальні для кожного із цих тривожних розладів. Водночас супроводжуючі терапевти концентрували увагу лише на одному розладі в один період часу при наявності коморбідності з іншими тривожними розладами. При потребі після проходження модулів стосовно одного розладу, додавались модулі стосовно коморбідних розладів. Результати виявили досить високий рівень відвідування занять, в середньому 7,63. Пацієнти демонстрували статистично достовірне зниження симптомів тривоги і депресії і підвищення рівня очікувань стосовно покращення і самоефективності від першого до останнього модуля, незалежно від типу розладу, який у них був. Загалом дослідження показали добрий ефект трансдіагностичного підходу в межах однієї групи розладів.

Трансдіагностичні програми тривожних та депресивних розладів теж супроводжуються зниженням і депресивних, і тривожних симптомів (детальніше Nadjistavropoulos et al., 2016).

***ІКПТ obsесивно-компульсивного розладу (ОКР).*** DSM-V відокремило obsесивно-компульсивний розлад в окрему від тривожних розладів категорію і характеризує його як такий, що супроводжується obsесіями (повторювані інтрузивні егодистонні думки, образи чи заклики, які спричиняють дистрес, і зазвичай придушуються або ігноруються людиною) та компульсіями (повторювана явна або прихована (ментальна) поведінка, яка виникає у відповідь на obsесії або внаслідок ригідного виконання правил). Первинна функція компульсій полягає у зниженні дистресу або намаганні запобігти тим подіям чи ситуаціям, які викликають страх.



На основі Yale-Brown obsessive-compulsive scale checklist (Y-BOCS-CL) виокремлюють 4 підтипи ОКР (шляхом факторизації 50 obsесій і компульсій): 1) нав'язливі думки і перевірки; 2) симетрії і впорядкування; 3) чистоти і миття; 4) накопичення. В деяких дослідженнях виділяють ще 5 категорію, виокремлюючи нав'язливі думки агресивного змісту і табу з категорії нав'язливі думки і перевірки (Andersson E., 2014).

Середня поширеність протягом життя становить 1-2,5% та у дванадцятимісячному періоді – 1-1,3%.

Вражаюча кількість досліджень щодо лікування ОКР підтверджує ефективність медикаментів та КПТ. Однак, незважаючи на ефективність КПТ в клінічних випробуваннях протягом більше 40 років, багато пацієнтів з ОКР не отримують цього лікування (в Британії лише 5 % дорослого населення отримує КПТ лікування ОКР, в США – 7,5 %), і досліджень все ще бракує щодо можливих шляхів покращення результатів лікування. Наприклад, найдовше лонгітюдне дослідження, яке проводилось у Швеції з 1947 по 1993 рр. (Skoog and Skoog) з'ясувало, що попри те, що значна частина пацієнтів одужує, майже половина все ж продовжує страждати від симптомів ОКР протягом більш ніж 30-ти років. Ефективність лікування теж залежить від субтипу ОКР – пацієнти із сексуальними чи релігійними obsесіями чи типом накопичення демонструють більшу стійкість симптомів щодо лікування.

Для збільшення доступності КПТ серед населення останніх 10 років активно проводяться дослідження щодо програм самопомоги, зокрема ІКПТ. Ключовим питанням залишається роль терапевта в лікуванні ОКР, оскільки це не найпростіший розлад для терапії і у форматі face-to-face. Окрім того клінічні спостереження виявили певні особливості ОКР-пацієнтів, які впливають на терапію: значна ригідність мислення та залежність від зовнішніх стимулів/вказівок при опрацюванні інформації. Складним для пацієнтів зазвичай є і розуміння КПТ-моделі ОКР, і самостійне виконання експозиції з попередженням реакції (ERP), хоча інші автори вказують на те що ERP є

ефективніші, коли виконуються в звичних для пацієнта умовах (огляд досліджень у Andersson E., 2014).

Типова програма ІКПТ ОКР включає такі частини: 1) психоедукація стосовно ОКР та КПТ; методи зняття тривоги і поведінкової активації; 2) вправи ERP відповідно до побудованої ієрархії страхів; 3) виявлення та перебудова дисфункційних переконань, пов'язаних із ОКР (наприклад, завищена відповідальність / переоцінка загрози, важливість / контроль думок); 4) попередження рецидивів (Kyrios et al., 2014; Soon-Ho Seol et al., 2016). Тривалість терапії коливається від 10 до 16 онлайн-модулів.

Сьогодні існує багато даних щодо ефективності ІКПТ ОКР. Дисертаційне дослідження Е. Андерсона, присвячене цій тематиці, виявило що рівень ефективності запропонованої ІКПТ програми із супроводом терапевта був близьким до терапії віч-на-віч (61 % пацієнтів демонстрували відповідь на терапію, а 41 % були в стані ремісії по завершенні програми), ефект тривав понад два роки (цікавим є те, що запропоноване автором дослідження включило формат бустерної програми через 6 міс по завершенні терапії, що є досить рідкісним явищем в ІКПТ при інших розладах). Долучення до ІКПТ-програми медикаментозного лікування (D-Cycloserine) не вплинуло на рівень її ефективності – обидві групи демонстрували схожі результати.

ІКПТ програми терапії ОКР підтвердили свою ефективність в рандомізованих контрольованих дослідженнях в Швеції (Andersson E., 2014), Кореї (Soon-Ho Seol et al., 2016), США (Patel et al., 2018), Німеччині (Herbst et al., 2016), Австралії (Wootton, Diefenbach, 2015). Кращі результати спостерігаються при наявності супроводу терапевта та у пацієнтів із помірним ступенем вираження ОКР симптомів.

***ІКПТ пост-травматичного стресового розладу (ПТСР).*** Поширеність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у загальній популяції оцінюється в межах 5,6% до 8,3% (Frans et al., 2005; Kessler et al., 1995), що свідчить про те,

що ПТСР є звичною проблемою після досвіду травматичні події. Хоча існують ефективні методи лікування ПТСР, такі як травма-фокусована когнітивно-поведінкова терапія, значна частина людей з ПТСР не звертаються за професійною допомогою або не мають доступу до ефективної допомоги. Інтернет-терапія, що базується на Інтернет (ІСВТ), може стати можливим способом розширення доступу до психологічного лікування ПТСР, як і при інших психічних розладах. Дослідники з Нідерландів, ймовірно, першими розробили та протестували протокол лікування, керований терапевтом, на основі симптомів ПТСР в контрольованих дослідженнях (Lange et al., 2001, 2003), який неодноразово використовувався і підтверджувався в подальших дослідженнях.

Програма ІКПТ включає компоненти, які зазвичай використовуються в КПТ ПТСР, включаючи психоедукацію, тренування навичок подолання тривоги, експозиції та когнітивну реструктуризацію. Наприклад, програма описана в дослідженні D. Ivarsson et al. (2014) складалася з восьми текстових модулів протягом 8 тижнів:

- 1 модуль - надання інформації про вплив травматичних подій, ПТСР та принципи ІКПТ (психоедукація).
- 2 модуль - вступ до контрольованого дихання та умовного розслаблення, з тренуванням навичок експозиції до травми.
- 3-6 модулі - *in-vivo*-експозиції (модулі 3 та 5) та експозиції в уяві (модулі 4 та 6) в градуйованому та структурованому вигляді. Уявна експозиція здійснювалася через написання та читання розповідей про травми (наратив).
- 7 модуль - когнітивна реструктуризація та психоедукація щодо думок та переконань, пов'язаних із травмою та їх впливом на емоції та поведінку, особливо поведінку уникнення.
- Восьмий модуль спрямований на запобігання рецидивів та підтримку прогресу.

Дослідження підтверджують ефективність ІКПТ програм у зниженні симптомів ПТСР, симптомів тривоги та депресії та підвищення якості життя

пацієнтів (Ivarsson et al., 2014). Spence J., Titov N. (2014) виявили, що однаково ефективними в лікуванні ІКПТ є протоколи з експозиціями та без них. Протипоказами є високий суїцидальний ризик і наявність дисоціацій у пацієнтів. ІКПТ програми можуть бути ефективним способом подолання ПТСР у військових внаслідок бойових дій, однак наразі немає опублікованих досліджень стосовно цієї групи. Цікавим є Шведський проект дослідження післяродового ПТСР у жінок, який зараз перебуває на етапі реалізації (Sjömark J. et al., 2018). Отож, загалом Інтернет-терапія ПТСР має широкі перспективи розвитку.

Інтернет-базовані КПТ програми не обмежуються перерахованими розладами. ІКПТ програми довели ефективність у лікуванні нервової булімії (хоча тут є великі проблеми з проходженням програми в повному обсязі). Багато досліджень стосуються ефективності терапії соматичних станів, які впливають на психічне функціонування (безсоння, хронічні болі, шум у вухах). Однак є розлади, стосовно яких немає ІКПТ програм, більш того їх наявність як коморбідних є підставою до скерування на психотерапію формату віч-на-віч (індивідуальну чи групову). Серед них, до прикладу, розлади залежностей, нервова анорексія, самоушкоджуюча поведінка чи висока суїцидальність.

### ***Труднощі та обмеження І-КПТ***

Зважаючи на проаналізовані дослідження, можна виділити ряд аспектів, які суттєво впливають на можливість поширення та ефективність ІКПТ:

1) Необхідність клієнтів володіти навичками користування комп'ютером, смартфоном та інтернет-технологіями на достатньо високому рівні (навички реєстрації та входу на веб-платформу, роботи з текстовими редакторами, завантаження файлів, користування електронною поштою тощо). Попри те, що цей перелік для сучасної людини входить до ключових цифрових компетенцій, однак це може унеможливити доступ до Інтернет-програм старших людей, в яких ці навички розвинуті меншою мірою. Тому вік клієнтів може стати суттєвим

обмеженням доступу до ІКПТ. З іншого боку, обнадійливим є активне впровадження ІКПТ в терапію підлітків, для яких такий формат роботи може бути більш цікавим і зрозумілим, ніж терапія віч-на-віч. У будь-якому випадку помічними можуть бути деталізовані інструкції щодо технічних питань, а деякі дослідницькі програми включали етап попереднього навчання клієнтів навичок користування веб-платформою (Kooistra et al., 2016).

2) Високі вимоги до якості текстового наповнення контенту ІКПТ-програм. Оскільки тексти в цьому форматі мають найбільший вплив – вони служать не лише для передачі інформації, а й для вияву розуміння та емпатії, підтримки клієнта, - то їх наповнення має надихати, мотивувати людей до активної праці над змінами. За змістом тексти мають бути всеохопними, так щоб кожен адресат міг впізнати в описаних симптомах чи проблемах себе. Наприклад, пост-травматичний стресовий розлад може розвинути внаслідок великої кількості різних за характером переживань ситуацій і клієнту може бути важко співставити зі своїм досвідом ті ситуації, які не мають з ним нічого спільного.

3) Різний освітній рівень користувачів. Маючи на меті підвищити доступність психотерапевтичної допомоги, зокрема і серед малозабезпеченого населення, авторам ІКПТ-програм слід враховувати те, що освітній рівень користувачів може бути достатньо різним. Тому базове текстове наповнення, насамперед психоедукаційна література та описи практичних завдань, мають бути написані простою зрозумілою мовою, доступною усім.

4) Варіативність симптомів в межах одного розладу. Цей фактор значною мірою ускладнює підбір інтернет-базованої терапевтичної програми, оскільки маючи однаковий розлад, клієнти можуть мати різний набір симптомів. У випадку комбінованої терапії терапевт може підібрати модулі відповідно до особливостей симптоматики клієнта, проте в автоматизованих програмах самопомоги така можливість відсутня і всі клієнти з однаковим діагнозом проходять всі блоки терапії. В свою чергу це може знижувати оцінку програми

клієнтом і підвищувати ризик передчасного припинення терапії. У зв'язку з цим ІКПТ-програми постійно переписуються і вдосконалюються у відповідності до можливих симптоматичних профілів пацієнтів, щоб підвищити рівень відповідності програм запиту клієнта.

5) Коморбідність розладів. Ще одним викликом є підбір програми для пацієнтів, які мають симптоми більш ніж одного розладу. Для деяких випадків є добре розпрацьовані і перевірені програми, як наприклад для депресії коморбідної з тривожними розладами, однак в інших випадках важко досягнути вдалої комбінації модулів (наприклад, часто симптоми ОКР або розладу харчової поведінки є підставою виключення пацієнта з програми стосовно терапії інших розладів, навіть депресивного). У таких випадках виправданим є впровадження трансдіагностичного підходу, у відповідності до якого програми розробляються не на основі симптомів одного розладу, а на одночасній адресації симптомів різних розладів (Hadjistavropoulos et al., 2016). Трансдіагностичний підхід, до прикладу, застосовується при розробці терапевтичної програми в комбінованій терапії (В-СВТ) депресії та тривожних розладів (Hadjistavropoulos et al., 2016; Hadjistavropoulos et al., 2017; Titov et al., 2014).

б) Труднощі у постановці діагнозу. Електронне опитування, як частина ІКПТ, стосовно симптомів чи труднощів не дає можливості точного встановлення діагнозу – лише спілкування з терапевтом в ході клінічного інтерв'ю може дати повне розуміння про труднощі психічного здоров'я і сформулювати діагноз. З одного боку, найчастіше клієнти реєструються на програми Інтернет-базованої терапії за рекомендацією медичних працівників та фахівців в сфері охорони психічного здоров'я, однак є й такі, які дізнаються про програми від знайомих, з реклами, буклетів тощо. Наприклад, в дослідженні Hadjistavropoulos et al., 2017, 47 % зголошених клієнтів дізнались про програму від медичних працівників, 32% - працівників сфери охорони психічного здоров'я, 11% - від знайомих, 6 % - з онлайн пошуків і електронних листів з оголошенням, 2 % - з медіа і 2% - з друкованих буклетів. Тобто, велика частина

користувачів можуть не знати свого діагнозу і тоді доводиться покладатися на дані електронних опитувальників. Звісно, найкращим виходом з цієї ситуації було би включення в програму діагностичних сесій у форматі face-to-face, що частіше передбачається в наукових дослідженнях або форматі В-СВТ, однак рідко в межах рутинного використання ІКПТ програми на практиці.

7) Високий відсоток незавершеної терапії. Більшість досліджень програм інтернет-базованої КПТ однією із основних проблем зазначають достатньо високий відсоток користувачів, які не проходять програму повністю. Christensen Н. і колеги (2006), Farvolden Р., Cunningham J., Selby Р. (2009) зазначають, що 90 % користувачів самокерованих Інтернет-програм кидають терапію після 2-х модулів, не отримуючи достатньої дози терапевтичного впливу. Створення системи автоматичного нагадування про проходження модулів підвищує кількість користувачів, які проходять програму повністю (наприклад, Titov Н. І колеги (2013) в дослідженні самокерованих програм терапії депресії і тривоги виявили, що серед тих користувачів, які отримували нагадування електронною поштою 58 % пройшли повний курс терапії, а серед тих, хто не отримували лише 35 %). Ще краще на проходження програми терапії повністю впливає присутність в цьому процесі терапевта. В дослідженні Nadjstavropoulos і колег (2017), присвяченому дослідженню впливу постійного або факультативного супроводу терапевта на ефективність ІКПТ програми, виявлено, що у випадку обов'язкового постійного щотижневого супроводу 82 % клієнтів пройшли програму повністю, а у випадку факультативного супроводу «на вимогу» - лише 57 %. У іншому дослідженні цих авторів (2016), присвяченому трансдіагностичному підходу в ІКПТ депресії і тривоги, яке включало і систему автоматичного нагадування, і щотижневу обов'язкову підтримку терапевтів 78,2 % пацієнтів пройшли програму повністю, а 84,1 % - 80 % змісту програми.

Що стосується причин не завершення ІКПТ програм, то у систематичному огляді Christensen Н. і колеги (2006) зазначають: 1) ступінь важкості розладу; 2) тривалість терапевтичної програми і 3) хронічний перебіг. Водночас більшість

відповідей респондентів стосуються «особистих причин», що не дає чіткого розуміння причин відмови від лікування. Цікавим є теж те, що респонденти практично не зазначають як причину незавершення програми неефективність запропонованих втручань. Більше того, навіть навпаки – у дослідженні причин відмови від подальшої терапії розладу харчової поведінки (Vandereycken та Devidt, 2010) декілька респондентів зазначили що досягли достатнього прогресу.

Olof Johansson і колеги (2015), досліджуючи причини незавершення програми ІКПТ виокремили дві групи таких причин: пов'язані із сприйманням терапії і життєвою ситуацією пацієнта.

До першої групи, зокрема, увійшли такі причини як: занадто довгі тексти для читання; високі вимоги до рівня концентрації уваги, навичок читання і писання, а також індивідуальної спроможності; фіксований графік проходження модулів; складність та абстрактність текстів; брак контакту віч-на-віч з терапевтом; побічні ефекти (підвищення рівня тривоги та стресу); обмежена інформація про програму перед початком.

До другої групи причин дослідники віднесли: брак часу на виконання завдань програми; неспроможність опрацювати матеріал, запам'ятати чи виконати практичні вправи; психологічна нестійкість; потреба в особистому живому контакті з терапевтом; недостатня обізнаність щодо змісту та структури лікування. При цьому чинники обох груп взаємозалежні – наприклад, пацієнти оцінюють тексти як задовгі тоді, коли мають мало часу на читання з огляду на життєві обставини, або складні, коли втомлені і неспроможні їх опрацювати.

8) Демотивованість терапевтів. В деяких джерелах (Andersson, 2016) можна знайти згадки про те, що самі психотерапевти не почуваються надто натхненними, коли працюють в режимі ІКПТ, особливо коли програма взагалі не передбачає живого спілкування з клієнтом в режимі реального часу. Здебільшого професійне навчання і підготовка когнітивно-поведінкових терапевтів формують навички спілкування з клієнтами в режимі віч-на-віч (емпатичне та рефлексивне слухання, сократівський діалог, кероване відкриття тощо), які



терапевти не можуть застосовувати і розвивати, надаючи терапевтичний супровід пацієнтів в Інтернет-базованих програмах самопомоги. Більш того ці навички закріплюються на рівні усного мовлення, а потреба перенести їх на рівень письма може викликати певні труднощі. Частина терапевтів теж є скептично налаштованими до самого формату ІКПТ, вважаючи, що саме терапевтичний стосунок має великий лікувальний ефект. Щоб подолати брак мотивації терапевтів до роботи в межах онлайн-програм радять все ж поєднувати в межах робочого графіку терапевта роботу в обидвох форматах – віч-на-віч та онлайн, а психотерапевтичним центрам розробляти чи користуватися програмами комбінованого формату (В-СВТ).

Імовірно, розробка способів подолання труднощів та обмежень ІКПТ спровокує ще одну хвилю досліджень та розробку нових програм. Однак, в цілому видається, що застосування комбінованого формату В-СВТ, трансдіагностичного підходу та більш гнучких умов проходження програми можуть мати позитивний вплив. Теж очевидним є те, що попри труднощі та обмеження багато досліджень і програм вже зараз демонструють показники ефективності наближені до терапії в форматі віч-на-віч.

Новими викликами для ІКПТ є теж розширення вікових обмежень застосування цього формату. Дослідження 2015-2020 рр. описують спроби адаптувати Інтернет-формат до аудиторії підлітків, покладаючи на нього великі надії, адже ефективність face-to-face КПТ підлітків є значно нижчою, ніж дорослих (до прикладу, ефективність КПТ депресії підлітків в середньому становить 50 %) (Rasing S.P. et.al., 2020).

## ВИСНОВКИ

Проаналізовані дослідження підтверджують, що Інтернет-базована когнітивно-поведінкова терапія є якісною і ефективною альтернативою традиційній КПТ у форматі віч-на-віч. Наукові дослідження демонструють високі показники ефективності ІКПТ стосовно ряду психічних розладів (депресивний розлад, ГТР, розлад соціальної тривоги, панічний розлад з/без агорафобії, ОКР, ПТСР, нервова булімія) та соматичних станів (безсоння, хронічний біль). Здебільшого наявність супроводу терапевта в ІКПТ-програмах підвищує ефективність терапії, зокрема є мотивуючим чинником до проходження програми більшою кількістю пацієнтів.

Труднощі та обмеження ІКПТ, зафіксовані в ряді досліджень, у більшій мірі впливають на відсоток пацієнтів, які передчасно завершують терапію, і у меншій мірі на ефективність самих програм. Програми ІКПТ стосовно ряду клінічних розладів розроблені у чіткій послідовності до протоколів лікування конкретного розладу, що безумовно є їх сильною стороною. Водночас цікавим і перспективним є трансдіагностичний підхід, коли запропоновані втручання мають за мішень схожі симптоми у різних клінічних розладах, що має перевагу при наявності в пацієнта одразу декількох психічних розладах (у цьому випадку ІКПТ програма є в рази коротша за традиційний КПТ-протокол з послідовним опрацюванням розладів).

З огляду на те, що в країнах із розвинутою системою охорони психічного здоров'я населення, основними причинами недоступності КПТ є географічна віддаленість від клініки/центру, неможливість відвідувати терапевта в робочий час та брак кваліфікованих терапевтів, а в нерозвинутих – ще й брак коштів на терапію, то ІКПТ є перспективним форматом для уможливлення терапії психічних розладів для більшої кількості населення.

Оскільки в Україні цей формат ще не є поширеним, але потреба в психологічній допомозі є значною, особливо враховуючи наслідки військових

інтервенцій, напрацювання ІКПТ програм та їх апробація є надійним способом покращення психічного здоров'я населення в сучасних умовах життя.

## Список використаних джерел:

1. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. – СПб.: Питер, 2003. — 304 с.
2. Allen A.R., Newby J.M., Mackenzie A., Smith J., Boulton M., Loughnan S.A., Andrews G. (2016). Internet cognitive-behavioural treatment for panic disorder: randomised controlled trial and evidence of effectiveness in primary care. *BJPsych Open* (2016) 2, 154–162. doi: 10.1192/bjpo.bp.115.001826
3. Almlöv J., Carlbring P., Källqvist K., Paxling B., Cuijpers P., Andersson G. (2011). Therapist factors in guided internet-delivered CBT for anxiety disorders/ *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2011, 39, 311–322
4. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013. <https://cdn.website-editor.net/30f11123991548a0af708722d458e476/files/uploaded/DSM%2520V.pdf>
5. Andersson E. (2014) Enhancing cognitive-behavior therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. Thesis for doctoral degree. 62p.
6. Andersson E, Enander J, André'n P, Hedman E, Ljótsson B, et al. (2012). Internet-based cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: a randomised controlled trial. *Psychol. Med.* 42:2193–203
7. Andersson G. (2016) Internet-delivered psychological treatments. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2016. 12:157–79
8. Andersson G., Bergman Nordgren L, Buhrman M, Carlbring P. (2014). Psychological treatments for depression delivered via the Internet and supported by a clinician: an update. *Spanish J. Clin. Psychol.* 19:217–25
9. Andersson G, Bergström J, Buhrman M, Carlbring P, Holländare F, et al. (2008). Development of a new approach to guided self-help via the Internet. The Swedish experience. *J. Technol. Hum. Serv.* 26:161–81
10. Andersson G, Bergström J, Holländare F, Carlbring P, Kaldö V, Ekselius L. (2005). Internet-based self-help for depression: a randomised controlled trial. *Br. J. Psychiatry* 187:456–61
11. Andersson G, Carlbring P, Berger T, Almlöv J, Cuijpers P. (2009). What makes Internet therapy work? *Cogn. Behav. Ther.* 38:55–60
12. Andersson G, Carlbring P, Grimlund A. (2008). Predicting treatment outcome in Internet versus face to face treatment of panic disorder. *Comp. Hum. Behav.* 24:1790–801

13. Andersson G, Carlbring P, Holmström A, Sparthán E, Furmark T et al. (2006). Internet-based self-help with therapist feedback and in-vivo group exposure for social phobia: a randomized controlled trial. *J. Consult. Clin. Psychol.* 74:677–86
14. Andersson G, Cuijpers P, Carlbring P, Riper H, Hedman E. (2014). Internet-based versus face-to-face cognitive behaviour therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry* 13:288–95
15. Andersson G, Hedman E. (2013). Effectiveness of guided Internet-delivered cognitive behaviour therapy in regular clinical settings. *Verhaltenstherapie* 23:140–48
16. Andersson G, Hesser H, Veilord A, Svedling L, Andersson F, et al. (2013). Randomized controlled non-inferiority trial with 3-year follow-up of internet-delivered versus face-to-face group cognitive behavioural therapy for depression. *J. Affect. Disord.* 151:986–94
17. Andersson G, Paxling B, Wiwe M, Vernmark K, Bertholds Felix C, et al. (2012). Therapeutic alliance in guided Internet-delivered cognitive behavioral treatment of depression, generalized anxiety disorder and social anxiety disorder. *Behav. Res. Ther.* 50:544–50
18. Andersson G. 2014. *The Internet and CBT: A Clinical Guide*. Boca Raton, FL: CRC Press
19. Andersson G. 2015. Clinician-supported Internet-delivered psychological treatment of tinnitus. *Am. J. Audiol. Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2016.12:157-179.
20. Andersson G, Lundström P, Ström L. 2003. Internet-based treatment of headache. Does telephone contact add anything? *Headache* 43:353–61
21. Andrews G, Davies M, Titov N. 2011. Effectiveness randomized controlled trial of face to face versus Internet cognitive behaviour therapy for social phobia. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 45:337–40
22. Andrews, G., Williams, A.D., 2014. Up-scaling clinician assisted internet cognitive behavioural therapy (iCBT) for depression: a model for dissemination into primary care. *Clin. Psychol. Rev.* 41 (11). <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.006>.
23. Barak A, Klein B, Proudfoot JG. 2009. Defining Internet-supported therapeutic interventions. *Ann. Behav. Med.* 38:4–17
24. Baumeister H, Reichler L, Munzinger M, Lin J. 2014. The impact of guidance on Internet-based mental health interventions—a systematic review. *Internet Interv.* 1:205–15
25. Behar, E., DiMarco, I.D., Hekler, E.B., Mohlman, J., Staples, A.M., 2009. Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): conceptual review and treatment implications. *J. Anxiety Disord.* 23 (8), 1011–1023.

26. Berger T, Boettcher J, Caspar F. 2014. Internet-based guided self-help for several anxiety disorders: a randomized controlled trial comparing a tailored with a standardized disorder-specific approach. *Psychotherapy* 51:207–19
27. Berger T, Hämmerli K, Gubser N, Andersson G, Caspar F. 2011. Internet-based treatment of depression: a randomized controlled trial comparing guided with unguided self-help. *Cogn. Behav. Ther.* 40:251–66
28. Berger T, Hohl E, Caspar F. 2009. Internet-based treatment for social phobia: a randomized controlled trial. *J. Clin. Psychol.* 65:1021–35
29. Boettcher J., Carlbring P., Renneberg B., Berger T. Internet-Based Interventions for Social Anxiety Disorder - an Overview (2013). *Verhaltenstherapie* 2013;23:160-168
30. Boettcher J., Hasselrot J., Sund E., Andersson G., Carlbring P. (2014) Combining Attention Training with Internet-Based Cognitive-Behavioural Self-Help for Social Anxiety: A Randomised Controlled Trial, *Cognitive Behaviour Therapy*, 43:1, 34-48, DOI: 10.1080/16506073.2013.809141
31. Brown, R. A., & Lewinsohn, P. M. (1984). A psychoeducational approach to the treatment of depression: Comparison of group, individual, and minimal contact procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(5), 774–783.
32. Christensen H, Griffiths KM, Mackinnon AJ, Brittliffe K (2006) Online randomized controlled trial of brief and full cognitive behaviour therapy for depression. *Psychol Med* 36: 1737–46.
33. Ciuca A.M., Berger T., Crişana L.G., Miclea M. (2018) Internet-based treatment for panic disorder: A three-arm randomized controlled trial comparing guided (via real-time video sessions) with unguided self-help treatment and a waitlist control. PAXPD study results. *Journal of Anxiety Disorders* 56 (2018) 43–55
34. Craske M.G., Rose R.D., Lang A., Welch S.S., Campbell-Sills L., Sullivan G, Sherbourne C., Bystritsky A., Stein M.B., Roy-Byrne P.P. (2009). Computer-assisted delivery of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in primary care settings *Depress Anxiety*. 2009 ; 26(3): 235–242. doi:10.1002/da.20542.
35. Cuijpers P, Berking M., Andersson G., Quigley L., Kleiboer A., Dobson K.S. (2013). A Meta-Analysis of Cognitive-Behavioural Therapy for Adult Depression, Alone and in Comparison With Other Treatments. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie* 58(7):376-85
36. Cuijpers P., Riper H. (2014) Internet interventions for depressive disorders: an overview. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. Vol. 19, N.º 3, pp. 209-216

37. DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam JD, Shelton RC, Young PR, et al. (2005) Cognitive Therapy vs Medications in the Treatment of Moderate to Severe Depression. *Archives of general psychiatry* 62: 409–416.
38. El Alaoui S., Hedman E., Ljótsson B., Bergström J., Andersson E., et al. (2013) Predictors and Moderators of Internet- and Group-Based Cognitive Behaviour Therapy for Panic Disorder. *PLoS ONE* 8(11): e79024. doi:10.1371/journal.pone.0079024
39. El Alaoui S., Hedman E., Kaldo V., Kraepelien M., Andersson E., Rück C., Hesser H., Andersson G., Ljótsson B., Lindefors N. (2015). Effectiveness of Internet-Based Cognitive–Behavior Therapy for Social Anxiety Disorder in Clinical Psychiatry *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2015, Vol. 83, No. 5, 902–914
40. Farvolden P, Cunningham J, Selby P (2009) Using e-health programs to overcome barriers to the effective treatment of mental health and addiction problems. *J Technol Hum Serv* 27: 5–22.
41. Hadjistavropoulos HD, Pugh NE, Nugent MN, Hesser H, Andersson G, et al. (2014). Therapist-assisted Internet-delivered cognitive behaviour therapy for depression and anxiety: translating evidence into clinical practice. *J. Anxiety Disord.* 28:884–93
42. Hadjistavropoulos, HD., Nugent, MN., Alberts, NM., Staples, L., Dear, BF., & Titov, N. (2016) Transdiagnostic Internet-delivered cognitive behaviour therapy in Canada: An open trial comparing results of a specialized online clinic and nonspecialized community clinics. *Journal of Anxiety Disorders* <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.05.006>
43. Hadjistavropoulos H.D., Schneidera L.H., Edmondsa M., Karinb E., Nugenta M.N., Dirksea D., Dearb B.F., Titov N. (2017) Randomized controlled trial of internet-delivered cognitive behaviour therapy comparing standard weekly versus optional weekly therapist support. *Journal of Anxiety Disorders* 52. 15–24
44. Hedman E, Andersson G, Ljótsson B, Andersson E, Ručk C, et al. (2011) Internet-Based Cognitive Behavior Therapy vs. Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Non-inferiority Trial. *PLoS ONE* 6(3): e18001. doi:10.1371/journal.pone.0018001
45. Herbst N., Franzen G., Voderholzer U., Thiel N., Knaevelsrud C., Hertenstein E., Nissena C., Külza A.K. (2016). Working Alliance in Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychother Psychosom* 2016;85:117–118 DOI: 10.1159/000441282

46. Hobbs M.J., Mahoney A., Andrews G. (2017). Integrating iCBT for generalized anxiety disorder into routine clinical care: Treatment effects across the adult lifespan. *Journal of Anxiety Disorders*. Volume 51, October 2017, Pages 47-54
47. Hofmann S.G., Smits J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry*. 2008 Apr; 69(4): 621–632.
48. Holländare F., Gustafsson S.A., Berglind M., Grape F., Carlbring P., Andersson G., Hadjistavropoulos H., Tillfors M. (2016). Therapist behaviours in internet-based cognitive behaviour therapy (ICBT) for depressive symptoms. *Internet Interventions* 3, 1-7
49. Johansson, R., Andersson, G., 2012. Internet-based psychological treatments for depression. *Expert. Rev. Neurother.* 12, 861–870.
50. Johansson O., Michel T., Andersson G., Paxling B. Experiences of non-adherence to Internet-delivered cognitive behavior therapy: A qualitative study. *Internet Interventions* 2 (2015) 137–142
51. Kampmann I.L., Emmelkamp P. M., Morina N. (2016). Meta-analysis of technology-assisted interventions for social anxiety disorder *Journal of Anxiety Disorders* 42 (2016), 71–84
52. Karyotaki, Eirini, Riper, Heleen, Twisk, Jos et al. (23 more authors) (2017) Efficacy of Self-guided Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Depressive Symptoms : A Meta-analysis of Individual Participant Data. *JAMA Psychiatry*. pp. 351-359. ISSN 2168-6238
53. Kenter R., van de Ven P., Cuijpers P., Koole G., Niamat S., Gerrits R., Willems M., van Straten A. Costs and effects of Internet cognitive behavioral treatment blended with face-to-face treatment: Results from a naturalistic study *Internet Interventions* 2 (2015) 77–83
54. Kessler RC. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders and the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 2005; 62:593–602. [PubMed: 15939837]
55. Kessler D, Lewis G, Kaur S, Wiles N, King M, et al. 2009. Therapist-delivered Internet psychotherapy for depression in primary care: a randomised controlled trial. *Lancet* 374:628–34
56. Kooistra L., Ruwaard J., Wiersma J.E., van Oppen P., van der Vaart R., van Gemert-Pijnen J., Riper H. Development and initial evaluation of blended cognitive behavioural treatment for major depression in routine specialized mental health care. *Internet Interventions* 4 (2016). 61–71



57. Kyrios et al. (2014). Study protocol for a randomised controlled trial of internet-based cognitive-behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder. *BMC Psychiatry* 2014 14:209.

58. Lange A, Rietdijk D, Hudcovicova M, van den Ven J-P, Schrieken B, Emmelkamp PMG (2003). Interapy: a controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the Internet. *J. Consult. Clin. Psychol.* 71:901–9

59. Leykin Y, Muñoz RF, Contreras O, Latham MD. 2014. Results from a trial of an unsupported Internet intervention for depressive symptoms. *Internet Interv.* 1:175–81

60. Mathiasen K., Andersen T. E., Riper H., Kleiboer A. Roessler K. (2016). Blended CBT versus face-to-face CBT: a randomised non-inferiority trial. *BMC Psychiatry* (2016) 16:432 DOI 10.1186/s12888-016-1140-y

61. Owens V.A., Hadjistavropoulos H. D., Schneider L. H., Gullickson K. M., Karin E., Titov N., Dear B.F. Transdiagnostic, internet-delivered cognitive behavior therapy for depression and anxiety: Exploring impact on health anxiety. *Internet Interventions* 15 (2019) 60–66

62. Palmqvist B, Carlbring P, Andersson G (2007) Internet-delivered treatments with or without therapist input: does the therapist factor have implications for efficacy and cost? *Expert Rev Neurother* 7: 291–297.

63. Rasing S.P., Stikkelbroek Y. A., Bodden D.H. (2020). Is Digital Treatment the Holy Grail? Literature Review on Computerized and Blended Treatment for Depressive Disorders in Youth. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2020 Jan; 17(1): 153. doi: 10.3390/ijerph17010153

64. Rheker J., Andersson G., Weise C. (2015). The role of “on demand” therapist guidance vs. no support in the treatment of tinnitus via the internet: A randomized controlled trial. *Internet Interventions.* Volume 2, Issue 2, May 2015, Pages 189-199

65. Richards, D., Richardson, T., Timulak, L., McElvaney, J. (2015). The efficacy of internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis. *Internet Interv.* 2 (3), 272–282.

66. Richards D., Timulak L., Rashleigh C., McLoughlin O., Colla A., Joyce C., Doherty G., Sharry J., Duffy D., Anderson-Gibbons M. (2016). Effectiveness of an internet-delivered intervention for generalized anxiety disorder in routine care: A randomised controlled trial in a student population. *Internet Interventions* 6 (2016). 80–88

67. Ruscio AM, Brown TA, Chiu WT, Sareen J, Stein MB, Kessler RC: Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med* 2008;38:15–28.

68. Sanchez-Ortiz VC, Munro C, Startup H, Treasure J, Schmidt U. 2011. The role of email guidance in Internet- based cognitive-behavioural self-care treatment for bulimia nervosa. *Eur. Eat Disord. Rev.* 19:342–48

69. Schmidt M. M., Miller W. R. (1983). Amount of therapist contact and outcome in a multidimensional depression treatment program. *Acta Psychiatrica Scandinavica* Volume 67, Issue 5

70. Schulz A., Stolz T., Vincenta A., Kriegera T., Andersson G., Berger T. (2016). A sorrow shared is a sorrow halved? A three-arm randomized controlled trial comparing internet-based clinician-guided individual versus group treatment for social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, Volume 84, Pages 14-26

71. Silverstone, T.; Turner, P. *Drug Treatment in Psychiatry*. London: Rutledge; 1995.

72. Sjömark J., Parling T., Jonsson M., Larsson M., Skoog Svanberg A. (2018). A longitudinal, multi-centre, superiority, randomized controlled trial of internet- based cognitive behavioural therapy (iCBT) versus treatment-as-usual (TAU) for negative experiences and posttraumatic stress following childbirth: the JUNO study protocol. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2018),18:387

73. Soon-Ho Seol, Jun Soo Kwon, Yang Yeol Kim, Sung Nyun Kim, and Min-Sup Shin (2016). Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder in Korea. *Psychiatry Investig* 2016;13(4):373-382

74. Spence J., Titov N., Johnston L., Jones M.P., Dear B.F., Solley K. (2014) Internet-based trauma-focused cognitive behavioural therapy for PTSD with and without exposure components: A randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders* 162 (2014), 73–80

75. Ström L, Pettersson R, Andersson G. 2000. A controlled trial of self-help treatment of recurrent headache conducted via the Internet. *J. Consult. Clin. Psychol.* 68:722–27

76. Titov N, Dear BF, Johnston L, Lorian C, Zou J, et al. (2013) Improving adherence and clinical outcomes in self-guided internet treatment for anxiety and depression: randomised controlled trial. *PLoS ONE* 8(7): e62873.

77. Titov N, Dear BF, Johnston L, McEvoy PM, Wootton B, et al. (2014) Improving Adherence and Clinical Outcomes in Self-Guided Internet Treatment for Anxiety and Depression: A 12-Month Follow-Up of a Randomised Controlled Trial. *PLoS ONE* 9(2): e89591. doi:10.1371/journal.pone.0089591

78. Vandereycken W., Devidt K. (2010). Dropping Out From a Specialized Inpatient Treatment for Eating Disorders: The Perception of Patients and Staff. *Eat. Disord.* Mar-Apr 2010;18(2):140-7. doi: 10.1080/10640260903585557
79. Wilhelmsen M, Lillevoll K, Risor MB, Hoifodt R, Johansen ML, Waterloo K, et al. Motivation to persist with internet-based cognitive behavioural treatment using blended care: a qualitative study. *BMC Psychiatry.* 2013;13:296.
80. Williams A.D, Andrews G (2013) The Effectiveness of Internet Cognitive Behavioural Therapy (iCBT) for Depression in Primary Care: A Quality Assurance Study. *PLoS ONE* 8(2): e57447. doi:10.1371/journal.pone.0057447
81. Williams A.D., O'Moore K., Mason E., Andrews G. (2014) The effectiveness of internet cognitive behaviour therapy (iCBT) for social anxiety disorder across two routine practice pathways *Internet Interventions:* 1, 225–229
82. Wootton B.M., Diefenbach G.J. Internet-Delivered Cognitive Behaviour Therapy (iCBT) for Obsessive–Compulsive Disorder (2015). *Australian Clinical Psychologist* Volume 1, Issue 1, 2015, 47-52



## Додаток 1

**Програма комбінованої терапії депресії (В-СВТ) (Mathiasen, 2016)**

№ мод.	Формат	Зміст	Приклади вправ
1	F2F	Вступ та психоедукація про депресію та лікування	Ознайомлення з доступом до програми
2	Онлайн	Представлення програми, психоедукація про проблему, цілі терапії	Список проблем-цілей терапії
3	F2F	Ідіосинкратична модель розладу	Когнітивне формулювання випадку
4	Онлайн	Психоедукація про поведінку в депресії	Реєстрація активності
5	F2F	Відповідність поведінки і особистих цінностей Вступ до когнітивної реструктуризації	Прості вправи на когнітивну реструктуризацію
6	Онлайн	Зміна поведінки, базована на реєстрації активностей та особистих цінностях	Планування активності
7	F2F	Психоедукація про НАДи і когнітивну реструктуризацію	Вправи на когнітивну реструктуризацію
8	Онлайн	Психоедукація про НАДи і когнітивну реструктуризацію	Вправи на когнітивну реструктуризацію
9	F2F	Психоедукація про поведінкові експерименти. Прийняття рішення про включення 1 чи 2 додаткових модулів	Поведінковий експеримент
10	Онлайн (А, В)	Поведінкові експерименти. Додаткові модулі (А: психоедукація про глибинні переконання, В: подолання румінації)	Поведінковий експеримент (А: розхитування шлибинних переконань, В: тестування 3-х технік подолання депресивної румінації)
11	F2F	Підсумок, попередження рецидиву	Продовження бажаних вправ
12	Онлайн	Підсумок, попередження рецидиву	Особистий план попередження рецидиву



## Додаток 2

***КПТ програма «The calming anxiety» для терапії ГТР (Behar et al., 2009; Richards et al., 2016)***

<b>Назва модулю</b>	<b>Короткий опис</b>
Вступ	Психоедукація про КПТ і тривогу. Користувачі заохочуються до дослідження труднощів, пов'язаних з тривогою і починають моніторинг рівня тривоги.
Розуміння настроїв та емоцій	Опис поведінкових, фізичних та емоційних аспектів циклу Думки-Почуття-Поведінка (ТФВ). Впровадження практик релаксації. Побудова власних циклів, пов'язаних з тривогою.
Тривожні думки і переживання	Фокус на зауважуванні тривожних думок та переживань, ставлень до них: прийняття, відволікання, «час на тривогу».
Подивись в очі тривожності, Крок за кроком	Аналіз поведінки уникнення, розроблення кроків градуїрованої експозиції. Користувачів заохочують до побудови власної ієрархії страхів і початку роботи з ними..
Виклик тривожним думкам	Пояснення негативних автоматичних думок, їх роль в тривожності і способів їх тестування. Користувачів заохочують тестувати думки із ТФВ циклів, формувати альтернативні думки..
З'єднання до купи	Користувачів заохочують проаналізувати всі навички та знання, які вони здобули, ідентифікувати ризики і розробити план для стабільних змін.

## Додаток 3

**Зміст ІКПТ протоколу лікування розладу соціальної тривоги (El Alaoui S. et al. 2015).**

Крок програми	Зміст і ціль
1	Психоедукація про розлад соціальної тривоги. Вступ до когнітивно-поведінкової терапії і компонентів РСТ.
2	Навички розпізнавання негативних думок. Огляд когнітивної моделі РСТ Clark і Wells' (1995) та походження проблеми.
3	Навички кидати виклик негативним думкам. Рефлексії над цілями терапії.
4	Продовження ідентифікації та реструктуризації НАДів. Поведінковий експеримент
5	Планування сходинок експозицій щодо ситуацій і місць, які пацієнт раніше уникав
6	Втілення запланованих експозицій
7	Дізнатися про самофокусування та зміщення фокусу для полегшення терапії експозицій. Навички розпізнавати та розуміти захисну поведінку.
8	Продовження експозицій в напрямку до тих ситуацій, що викликають більшу тривогу, разом із тестуванням НАДів, які виникають в них. Планування виступу перед групою людей. Детальний аналіз захисної поведінки щодо цієї ситуації.
9	Продовження експозицій з ієрархії тривожних ситуацій.
10	Розвиток комунікаційних та соціальних навичок
11	Підсумок терапії стосовно виконаних модулів, асистування в плануванні майбутнього. Завершення.