

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

На правах рукопису, остаточна версія



/Підпис студента/

СОРОКОВА Анастасія Ярославівна

**“ЕФЕКТИВНІСТЬ МВСТ ТЕХНІК В ТЕРАПІЇ ПРОЯВІВ
ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ДОРОСЛИХ: СИСТЕМНИЙ ОГЛЯД”**

Спеціальність 053 - Психологія

Магістерська робота на здобуття кваліфікації магістра

Кафедра клінічної психології

Науковий керівник: кандидат психологічних наук, викладач кафедри клінічної психології УКУ:
Блозва Павло

/Підпис наукового керівника/

Львів – 2022

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я

Кафедра клінічної психології

Пояснювальна записка

до магістерської роботи

магістр

(освітній ступінь)

на тему:

«Ефективність МВСТ технік в терапії проявів депресивних станів у
дорослих: системний огляд»

Виконала:

студентка 6 курсу групи ЗПК 20/М

спеціальності 053 «Психологія»

Сорокова Анастасія Ярославівна

Керівник: кандидат психологічних наук,

викладач кафедри клінічної психології УКУ:

Блозва Павло

Рецензент:

Львів – 2022

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я
Кафедра клінічної психології

Освітній ступінь магістр

Спеціальність 053 Психологія

Освітня програма Клінічна психологія з основами когнітивно-поведінкової терапії

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

“ _____ ” _____ 20__ року

З А В Д А Н Н Я НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЕКТ (МАГІСТЕРСЬКУ РОБОТУ) СТУДЕНТУ

Сороковій Анастасії Ярославівної _____
(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема проекту (роботи) ”Ефективність МВСТ технік в терапії проявів депресивних станів у дорослих: системний огляд”.

керівник проекту (роботи) Блозва Павло, кандидат психологічних наук, викладач кафедри клінічної психології УКУ.

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені Вченою Радою факультету від 18 квітня 2022 р. № протоколу 9

2. Строк подання студентом проекту (роботи) 31.05.2022 року

3. Вихідні дані до проекту (роботи) вступ, три розділи, висновки, список використаних джерел, додатки.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити):

1) Розглянути теоретичні передумови інтервенцій на основі майндфулнес 2) Розглянути програми МВСТ; 3) Розробити критерії відбору включення та виключення досліджень щодо ефективності МВСТ технік в терапії проявів депресивних станів у дорослих для проведення систематичного огляду; 4) Відібрати дослідження для аналізу ефективності МВСТ технік в терапії проявів депресивних станів у дорослих, 5) Проаналізувати та інтерпретувати результати досліджень; 6) Сформулювати висновки до магістерської роботи щодо ефективності МВСТ технік в терапії проявів депресивних станів у дорослих.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень). Основний текст магістерської роботи прописано в змісті (див. ст. 5), 2 таблицями, 3 рисунками і 2 додатками, які відображають результати отриманих даних.

6. Консультанти розділів проекту (роботи)

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
	Блозва Павло, кандидат психологічних наук, викладач кафедри клінічної психології УКУ.		
	Блозва Павло, кандидат психологічних наук, викладач кафедри клінічної психології УКУ.		
	Блозва Павло, кандидат психологічних наук, викладач кафедри клінічної психології УКУ.		
	Блозва Павло, кандидат психологічних наук, викладач кафедри клінічної психології УКУ.		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проекту (роботи)	Строк виконання етапів проекту (роботи)	Примітка
1	Вибір та затвердження теми	15.10.2021	
2	Визначення критеріїв включення та виключення	28.11.2021	
3	Пошук та відбір досліджень	12.15.2021	
4	Представлення 1 розділу дослідження	20.12.2021	
5	Представлення 2 розділу дослідження	21.03.2022	
6	Аналіз відібраних досліджень	01.04.2022	
7	Представлення 3 розділу дослідження	15.04.2022	
8	Формулювання висновків та рекомендацій	20.04.2022	
9	Попередній захист магістерської роботи	20.05.2022	
10	Оформлення магістерської роботи	30.05.2022	

Студент


(підпис)

Сорокова А. Я.
(прізвище та ініціали)

Керівник проекту (роботи)

(підпис)

(прізвище та ініціали)

ЗМІСТ	
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. Теоретичні передумови інтервенцій на основі майндфулнес.	7
1.1 Теоретичні передумови інтервенцій на основі майндфулнес	7
1.2. Загальний огляд програми МВСТ	10
1.3 Механізми дії МВСТ	15
Висновки до Розділу 1	18
РОЗДІЛ 2. Теоретико-методологічний аналіз проблем дослідження ефективності втручань МВСТ у терапії проявів депресивних станів у дорослих.	19
2.1 Методичні підходи проведення системного огляду літератури	19
2.2. Характеристика етапів організації та проведення дослідження Особливості та організація дослідження	20
Висновки 2 розділу	24
РОЗДІЛ 3. Системний огляд ефективності МВСТ в терапії проявів депресивних станів у дорослих.	25
3.1. Аналіз отриманих даних та вивчення особливостей МВСТ інтервенцій в терапії проявів депресивних станів у дорослих.	25
3.2 Результати аналізу досліджень	56
Висновки до Розділу 3	62
ВИСНОВКИ	63
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	65
ДОДАТКИ	75

ВСТУП

За останні 50 років було проведено багато досліджень щодо переваг застосування підходів майндфулнес у лікуванні депресивної симптоматики [51,52], проте системні огляди літератури проаналізовані українською мовою у вітчизняній психологічній науці тільки починають з'являтися. Зокрема, було виявлено близько десятки, закордонних системних оглядів, а також мета аналізів. Проте українською мовою системних оглядів щодо ефективність МВСТ технік в терапії проявів депресивних симптомів є надзвичайно мало. Це пояснюється тим, що кількість закордонних досліджень втручань на основі майндфулнесу (MBIs) стрімко зросло за останнє десятиліття, але їх адаптації українською мовою потребують значних ресурсів. Найпоширеніші втручання на вітчизняних теренах при депресивній симптоматиці, включають зменшення стресу на основі майндфулнесу (MBSR) і когнітивну терапію на основі майндфулнесу (МВСТ). Дослідження механізмів МВСТ все ще знаходяться на початковому етапі, і існує велика кількість питань без відповіді.

Відомо, що за даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ), близько 300 млн людей по всьому світі страждає депресією. В Україні депресія є найпоширенішою проблемою серед усіх психічних розладів. Українці страждають депресією значно частіше, ніж жителі країн Європейського Союзу. І показники захворюваності на депресію у нашій країні продовжують зростати (ВООЗ, 2017) [1]. Депресія також є повторюваним розладом, оскільки третина всіх людей з одним епізодом матиме інший (Eaton et al., 2008); МВСТ продемонструвала ефективність у зменшенні тяжкості симптомів тривоги та депресії у широкого кола людей. [2] Тож ми бачимо, що в Україні є гостра потреба у використанні ефективних та економічно вигідних методів терапії проявів депресивних станів. МВСТ є

одним з них, оскільки пропонує груповий формат, що обмежений у часі. Тому, збільшення наукових джерел, що висвітлюють ефективність та популяризують майндфулнес в Україні є необхідною умовою для зниження показників поширеності депресивних розладів та загалом депресивної симптоматики серед населення.

Мета системного огляду: оцінити ефективність застосування МВСТ у терапії депресивних проявів у дорослих.

В цьому огляді, дослідження втручань МВСТ спрямоване на виявлення їх ефективності у зменшенні тяжкості симптомів депресії, як як основного методу лікування.

Методи: аналіз, синтез, узагальнення, а також системний огляд.

Завдання системного огляду:

- 1 Провести аналіз наукових досліджень на тему ефективності застосування МВСТ у терапії депресивних проявів у дорослих.
2. Описати ефективність впливу майндфулнесу на перебіг депресивних проявів.
3. На основі зібраної інформації на тему ефективності застосування технік МВСТ у терапії депресивних проявів у дорослих дати подальші рекомендації та перспективи МВСТ в Україні.

Об'єкт: прояви депресивних станів дорослих.

Предмет: ефективність використання терапії МВСТ при проявах депресивних станів у дорослих.

Гіпотези: 1 МВСТ техніки є більш ефективні в терапії депресивних станів у дорослих порівняно з лікуванням, як зазвичай (фармакотерапія ТАУ).

2 МВСТ техніки є не менш ефективні в терапії депресивних станів у дорослих ніж інші групові техніки засновані на техніках релаксації або майндфулнесу.

РОЗДІЛ 1. Теоретичні передумови інтервенцій на основі майндфулнес.

1.1 Теоретичні передумови інтервенцій на основі майндфулнес

В Буддійській традиції вперше з'явилася концепція майндфулнесу в широких філософських термінах. Тим не менш, майндфулнес швидко поширився в дослідженнях і практиці західної психології, значною мірою завдяки успіху стандартизованих втручань, заснованих на майндфулнес техніках.[\[3\]](#) Ці втручання, а саме зменшення стресу на основі усвідомленості (MBSR) [\[4\]](#) та когнітивна терапія на основі усвідомленості [\[5\]](#) включають суть східних практик усвідомлення без релігійного компонента в західну когнітивно-поведінкову практику.

Майндфулнес визначається, як процес, який веде до психічного стану, що характеризується неосудним усвідомленням досвіду теперішнього моменту, включаючи свої відчуття, думки, стани тіла, свідомість та навколишнє середовище, водночас заохочуючи відкритість, цікавість та прийняття. Як визначено для учасників МВСТ, «Майндфулнес — це усвідомлення, яке виникає завдяки цілеспрямованому приділенню уваги , в даний момент, і без засуджень щодо речей такими, якими вони є» [\[6\]](#). Загальна теоретична передумова інтервенцій на основі майндфулнесу полягає в тому, що, практикуючи майндфулнес наприклад, за допомогою сидячої медитації, йоги чи інших вправ усвідомленості, люди менш реагують на неприємні внутрішні явища, та більше рефлексують, що, у свою чергу, призводить до позитивних психологічних результатів. [\[7\]](#) Bishop S.R. і колеги [\[8\]](#) виділили два компоненти усвідомленості: один, який передбачає саморегуляцію уваги - практики зосередженої уваги, а інший — орієнтацію на теперішній момент, що характеризується цікавістю, відкритістю та прийняттям. Майндфулнес різко контрастує з більшою частиною нашого повсякденного досвіду, оскільки основним досвідом уваги для багатьох людей є фактично неувага.

Блукання розуму майже постійно нас супроводжує і є повсюдним, як і стан бездумного виконання повсякденних справ. Коли нам вдається зосередитися на внутрішніх переживаннях у теперішній момент, ця увага часто сповнена самокритичністю, думками та емоціями, що викликають занепокоєння, які ми потім намагаємося придушити. Справді, досвід уваги до теперішнього моменту може бути настільки не приємним, що деякі люди віддають перевагу всьому іншому, лиш би не перебувати в теперішньому моменті. Огляд 11 лабораторних досліджень за участю дорослих показав, що більшість людей вирішують виконувати повсякденні завдання або навіть отримувати легкі удари електричним струмом, залишаючись наодинці зі своїми думками [9].

Незважаючи на те, що стани блукаючої уваги переважають у нашому повсякденному житті, було продемонстровано, що вони є дезадаптованими. У великому дослідженні (2250 учасників) з використанням даних миттєвої електронної оцінки за допомогою смартфонів [10] було виявлено, що приблизно 46.9 % робочого часу учасники проводили в стані “блукаючого” розуму; крім того, було виявлено, що блукання розуму пророкує подальше відчуття нещастя. Проте, здатність утримувати свій розум зосередженим на теперішньому моменті призводить до збільшення психологічного благополуччя [11]. Спираючись на ці висновки можна свідчити про те, що стану майндфулнес не просто досягти, проте він приносить психологічне благополуччя. Навички майндфулнес порівнюють з теорією когнітивної науки про «бажану складність», тобто завдання, яке вимагає значної витрати когнітивних ресурсів в теперішньому моменті, але призводить до більшої когнітивної гнучкості, проникливості та здібностей до саморегуляції [12].

Таким чином, майндфулнес є і навичкою, і практикою, де практика породжує навик залишатися уважним. Чим сильнішою є здатність людини бути в стані

усвідомленості протягом постійних злетів і падінь життя, тим менше страждань вона зазнає. Ця базова передумова залишається основою практик майндфулнес протягом століть [13] проте, коли клінічні вчені намагаються розібрати механізми цього, здавалося б, простого процесу, докази швидко стають безладними і погано визначеними. Які б механізми справді не лежали в основі усвідомленості, практики усвідомленості демонструють терапевтичний вплив на емоційне благополуччя і, таким чином, продовжують привертати інтерес незліченних клієнтів, практиків і дослідників.

За останні роки кількість літератури про втручання на основі усвідомленості (МВІ) зростає в геометричній прогресії. Незважаючи на популярність цих втручань, база доказів досі не повністю створена, частково тому, що ця література перенасичена крос секційними дослідженнями, та контрольованими рандомізованими дослідженнями зі списками очікування, а також є інші методологічні недоліки, які обмежують обґрунтованість висновків, які можна зробити з цих досліджень. [3] З огляду на ці недоліки, клінічні дослідники все частіше вивчають МВІs за допомогою більш суворої методології, що дозволяє робити окремі значущі висновки з нинішнього обсягу робіт.

1.2. Загальний огляд програми МВСТ

Враховуючи поширеність і рецидивуючий характер [14] великого депресивного розладу, було розроблено когнітивну терапію, засновану на усвідомленні - МВСТ [5]. МВСТ була розроблена Джоном Тісдейлом, Зінделом Сігалом і Марком Уільямсом для запобігання рецидиву великого депресивного розладу, та брала за основу програму MBSR [15]. Як випливає з назви, МВСТ поєднує елементи як майндфулнесу, так і когнітивну терапію для зменшення рецидиву депресії. Як вперше описано Сігалом та ін. МВСТ

складається з 8 послідовних щотижневих сеансів тривалістю близько 2 годин. Навчання складається з різних формальних і неформальних практик медитації, включаючи керовані сканування тіла, сидячі медитації медитацію усвідомленої ходьби, усвідомлені рухи (на основі хатха-йоги), 3-хвилинні дихальні практики та зосереджене усвідомлення рутинної повсякденної діяльності. Ранні сеанси включають більше керованих медитацій, які привертають увагу до дихання або тілесних відчуттів. Пізніше більше уваги приділяється розвитку незалежної практики та розширенню усвідомленості на психічні події, включаючи думки та емоції, яких раніше можна було уникати. Домашнє завдання є важливим елементом лікування, і пацієнтам рекомендується щодня витратити 45 хвилин на практику усвідомленості, часто використовуючи керовані записи медитацій.

МВСТ також включає елементи когнітивної терапії та психоосвіти щодо депресії. Люди дізнаються, що спроби протистояти небажаним думкам чи почуттям або уникнути небажаних думок можуть насправді посилити страждання та закріпити депресію, а не допомогти її вирішити. Додаткові елементи також включають підтримку поведінки, яка покращує самопочуття, наприклад, прийняття ванни, прослуховування приємної музики або прогулянка. Пацієнти розробляють плани дій, які визначають думки або почуття, що сигналізують про погіршення симптомів, а також кроки, які необхідно вжити, коли вони виникають. Втручання зазвичай модифікують відповідно до контексту, в якому воно здійснюється. Сеанси можуть відрізнятися за кількістю та тривалістю; це може бути віч-на-віч або онлайн. МВСТ має на меті навчити пацієнтів, як ставитися до неприємних думок, почуттів і тілесних відчуттів. Заняття відбуваються раз на тиждень в невеликих групах до 12-ти учасників. Програма розпочинається з навчання навичок спостереження за внутрішніми процесами та простих технік

медитації. З третього заняття відбувається соціалізація в АВС модель та вивчення впливу румінації на самопочуття та настрої. В середині курсу робиться акцент на медитативних практиках на навичках відстежування блукаючого розуму з його поверненням в тут і зараз. Наступними навичками які освоюють учасники є безрассудное прийняття власного досвіду. В другій половині учасники практикують медитативні техніки та вивчають різницю між автоматичними та усвідомленими реакціями та навчаються доброзичливому ставленню до себе. Завершується програма закріпленням навичок і застосуванні їх у повсякденному житті (Таблиця 1) [16]

Таблиця 1. Програма МВСТ для хронічної депресії. [53]

Сесія	Тема	Наповнення сесії
1	Що таке майндфулнес? За межами автопілоту.	3 хвилини дихання / медитативне споживння їжі. Увага, усвідомлення та сприйняття.
2	Два шляхи пізнання: спостерігаючий розум / діючий розум	Календар приємного досвіду / Сканування тіла. Дослідити різницю думати про сенсорні відчуття і відчувати їх / Сидяча медитація.
3	Бути присутнім в моменті. Розуміння румінації та АВС модель.	Календар неприємного досвіду. Розуміння поняття психосоматики / Важливість відчуття тіла. Медитація 5-ти відчуттів (зір, смак, слух, нюх, тактилькі відчуття). Усвідомлена йога / Практика АВС моделі
4	Бути присутнім в моменті. Досвід блукаючого розуму.	Медитація на звуки та думки (думки завжди змінюються як звуки) / Сидяча медитація / Усвідомлена ходьба. Досліджування не приємного досвіду / Медитація продишування не приємного досвіду.

5	Прийняття та відпускання.	Прийняття власного досвіду, бажань, відпускання. Сидяча медитація / Медитація відсутності вибору. Усвідомлена комунікація (практика 4-х типів усвідомленої комунікації).
6	Дистанціювання. Я ≠ думки.	Розуміння дистанціювання. Різниця між автоматичними та усвідомленими реакціями (SR -> S R). Сидяча медитація / медитація “Гора” / Перегляд відео
7	Майндфулнес і мозок. Самоспівчуття. Доброзичливість до себе.	Як майндфулнес може змінити наш мозок? Майндфулнес та нейронауки. Доброзичливість до себе. Плекання самоспівчуття та люблячої доброти. Медитація доброзичливого ставлення до себе.
8	Турбота про себе. Цінності і бачення життя.	Цінність життя / Потік майндфулнесу у житті. Список активностей, що приносять задоволення. / Складання плану практики. Зворотній зв'язок.

Хоча МВСТ включає в себе елементи когнітивної терапії, терапевтична позиція МВСТ дуже відрізняється від КПТ. МВСТ приділяє мало уваги зміні змісту думок; скоріше, зосереджуючись на усвідомленні учасниками їхнього відношення до їхніх думок і почуттів (див. Таблицю 2). Вона має на меті підвищити метакогнітивну обізнаність. знижена реактивність на зміст думки. Метаусвідомлення визначається як “усвідомлене переживання теперішнього моменту як процесу” [\[17\]](#) і можна розглядати як усвідомлення того, як хтось думає (тобто, процес), на відміну від того, що вони думають (тобто зміст). Тобто, ступінь, до якої думки, почуття чи переконання сприймаються як

«ментальні події, а не як аспекти себе чи пряме відображення істини» [18]. Відбувається деідентифікація від внутрішнього досвіду, досвід внутрішніх станів відділяється від себе. Наприклад, люди з депресією можуть дізнатися, що така думка, як, «Я гнила людина» не є усталеною реальністю. Подібно до багатьох непостійних думок, які можуть з'являтися і зникати під час медитації, такі депресивні твердження – це просто думка, яку можна визнати наявною, не судячи про дійсність змісту.

Таблиця 2. Порівняння терапевтичних підходів СВТ та МВСТ.

МВСТ	СВТ
Фокус на процесі думок	Фокус змісту думок
Навчає новому способу буття з болісним досвідом та важкими обставинами життя	Навчає новому ставленню до болісного досвіду та важких обставинами життя
Сприймати думки, як просто думки, а не факти	Розрізняти негативні/дисфункційні думки від адаптивних.
Помічати і дозволяти думкам та почуттям плинути без того щоб їх змінювати чи уникати.	Тестувати дисфункційні та змінювати їх на адаптивні
Поведінкові інтервенції направлені на розвиток усвідомленості в теперішньому моменті часу	Поведінкові інтервенції направлені на розвиток нових адаптивних стратегій поведінки.

Коли вперше було розроблена МВСТ, існувало занепокоєння, що інтенсивність негативного мислення та труднощі з концентрацією завадять пацієнтам з активною депресією повністю отримати користь від МВСТ [15]. Однак МВСТ частково це було засновано на метакогнітивний обізнаності, якій навчають пацієнтів, оскільки це є активний компонент КПТ на якій

базується МВСТ, а КПТ має багату доказову базу, що підтверджує його ефективність при активній депресії [19]. Важливим механізмом дії МВСТ є знижена реактивність до змісту думки визначається як «знижений вплив змісту думки на інші психічні процеси (наприклад, увагу, емоції, когнітивне опрацювання, мотивацію, рухове планування) [17]. Ця модель стверджує, що мета-свідомість ініціює деідентифікацію та знижену реактивність, які впливають один на одного, і обидва підсилюють мета-свідомість. починають впливати на нервову систему. Децентрація / деідентифікація, що є в основі майндфулнесу призводять до залучення та стійких змін у великомасштабних нейронних мережах, пов'язаних з увагою, виконавчим контролем та самореферентною обробкою [20, 21, 22]. Перше пілотне дослідження [23], яке вивчало МВСТ як терапію активної фази рецидивуючої депресії говорить про клінічно значуще покращення показників BDI (Beck Depression Inventory) через 3 місяці після завершення курсу терапії (зменшене із середнього балу 36 до 18). З моменту початкової розробки МВСТ було проведено декілька добре спланованих рандомізованих контрольованих досліджень, що вивчають ефективність МВСТ які, продемонстрували, що програма ефективна у зниженні частоти рецидивів серед осіб з великим депресивним епізодом [12]. Крім того, дослідження, які розглядали результати окремих модераторів лікування показали, що МВСТ є найбільш ефективним у запобіганні рецидиву серед осіб з найбільшим ризиком рецидиву. В дослідженні особи з високим рівнем ризику, це вибірка, що включає людей із чотирма або більше попередніми серйозними депресивними епізодами (Cohen's $h = 0,88$) [24] і тих, хто зазнав скривдження в дитинстві. На додаток до запобігання частоті рецидивів, МВСТ також продемонстрував ефективність у зменшенні поточних симптомів гострої депресії (Hedge's $g = 0.73$) [25].

1.3 Механізми дії МВСТ

Вважається, що теоретична основа механізмів психофізіологічного впливу МВСТ включає покращену емоційну регуляцію, за рахунок зниженої реактивності на зміст думки пов'язану з підвищеною усвідомленістю, підвищене співчуттям до себе, зменшення румінації та зменшенням досвіду уникнення дисфоричних почуттів [26]. Роздуми, зокрема про минулі невдачі, вважаються важливою рушійною силою депресії. Так само виникнення тривоги часто характеризується катастрофічними занепокоєннями про майбутнє. У будь-якому випадку, розмірковуючи про минуле чи майбутнє, люди можуть часто відчувати думки так, ніби вони є реальністю, що вимагають реакцій як на безпосередню загрозу. Враховуючи, що підвищена активність мигдалини є реєстром загрози та емоційної валентності стимулів [27], легко зрозуміти, що катастрофічні роздуми та спроби уникнути передбачуваної загрози будуть супроводжуватися лімбічною дисфункцією. У моделі Х. Мейберг [28] депресія характеризується підвищеною активністю мигдалини, вищою реактивністю мигдалини до емоційних подразників і дисфункцією між лімбічним і кортикальними частинами мозку, які регулюють афективні стани. Розвиваючи неосудне усвідомлення власного досвіду в теперішній момент, включаючи сам смуток та пригнічення, майндфулнес може перервати цикл роздумів про жаль за минулим або страхи щодо майбутнього, а також посилити співчуття до себе, порушуючи зв'язок між когнітивною реактивністю та ескалацією симптомів депресії.

Функціональне зображення мозку людей, що тренували майндфулнес демонструє чітку нервову реакцію порівняно з нетренованими людьми під час тесту на спровокований смуток, із більшою активацією латеральних мереж, пов'язаних із соматичними та вісцеральними відчуттями, та меншою

кількістю симптомів депресії, незважаючи на еквівалентні суб'єктивну відповідь на смуток [29].

Іншим важливим механізмом дії МВСТ може бути посилення здатності навмисно фокусувати свою увагу, що забезпечує більш гнучкі когнітивні та поведінкові реакції [6]. Значна частина функціональних порушень депресії та тривожних розладів може бути пов'язана з непропорційною розподілом уваги, когнітивні ресурси, призначені для спроб розв'язати або уникнути небажаних думок і почуттів, часто зовсім виключають інші цінні види діяльності. Загрозливі стимули служать для боротьби за увагу та ресурси обробки досвіду, і це може опосередковуватися сигналами виявлення загроз від мигдалини [27]. Оскільки люди розвивають метакогнітивне усвідомлення, помічають думки та почуття як психічні події, тож депресивні думки можуть сприйматися як менш загрозливі, а отже, менш вимогливі до когнітивних ресурсів. Крім того, тренування усвідомленості також можуть покращити контроль уваги та впливати на регуляцію, покращуючи здатність оперативної пам'яті, яка є ресурсом для свідомого керівництва поведінкою та контролю над депресивними думками [30].

Терапевтична позиція МВСТ зосереджується на тому, щоб заохочувати пацієнтів прийняти новий спосіб буття та ставлення до своїх думок і почуттів, приділяючи при цьому меншу увагу зміні когніцій. Дослідження функціональної нейровізуалізації узгоджуються з твердженням про те, що усвідомленість покращує емоційну регуляцію шляхом посилення кортикальної регуляції лімбічних ланцюгів і контролю уваги. Попередні дослідження показують, що МВСТ також є перспективним методом лікування активної депресії, включаючи депресію, резистентну до лікування. [31]

Таким чином, МВСТ включено в клінічні рекомендації як рекомендований варіант для профілактики рецидивів та лікування депресії в ряді країн,

включаючи Великобританію, Нідерланди, Канаду, Австралію та Нову Зеландію [\[32,33\]](#), і був схвалений Американською психіатричною асоціацією [\[34\]](#).

Висновки до Розділу 1

Значна частина функціональних порушень при депресії пов'язана з непропорційною розподілом уваги, когнітивні ресурси, призначені для спроб розв'язати або уникнути небажаних думок і почуттів, часто зовсім виключають інші цінні види діяльності. МВСТ поєднує елементи як майндфулнесу, так і когнітивну терапію для зменшення симптомів депресії та рецидивів. Майндфулнес визначається, як процес, який веде до психічного стану, що характеризується неосудним усвідомленням досвіду теперішнього моменту. Навчання складається з різних формальних і неформальних практик медитації. МВСТ має на меті навчити пацієнтів, як ставитися до неприємних думок, почуттів і тілесних відчуттів. МВСТ приділяє мало уваги зміні змісту депресивних думок; скоріше, зосереджуючись на усвідомленні учасниками їхнього ставлення до думок і почуттів. Відбувається деідентифікація від внутрішнього досвіду, досвід внутрішніх станів відділяється від себе. Люди дізнаються, що спроби протистояти небажаним думкам чи почуттям або уникнути небажаних думок можуть насправді посилити страждання та закріпити депресію, а не допомогти її вирішити. Підвищується метакогнітивну обізнаність та знижена реактивність на зміст думки, що послаблює депресивну симптоматику.

РОЗДІЛ 2. Теоретико-методологічний аналіз проблем дослідження ефективності втручань МВСТ у терапії проявів депресивних станів у дорослих.

2.1 Методичні підходи проведення системного огляду літератури

Систематичний огляди літератури широко визнаний у світі як «золотий стандарт» огляду та синтезу найновіших емпіричних досліджень. Системний огляд дослідницької літератури забезпечує швидкий спосіб узагальнення великої кількості доказів і може дати неупереджену оцінку, якщо є суперечливі висновки. Вони не тільки узагальнюють великі обсяги доказів, але й часто коштують набагато дешевше, ніж замовлення нових первинних досліджень. Крім того, вони можуть включати широкий спектр доказів із різноманітних ситуацій і тривалих періодів часу, що означає, що такі фактори, як тривалі часові масштаби та широкі географічні діапазони, можуть бути досліджені, що було б дуже складним у первинному дослідницькому проекті [36]. Проведення систематичного огляду також може виявити прогалини, недоліки та тенденції в поточних доказах, а також може допомогти підкріпити та підтвердити майбутні дослідження в цій області [37].

Систематичний огляди літератури проводяться особливим чином відповідно до суворих інструкцій, які мають на меті мінімізувати суб'єктивність, максимізувати прозорість, а також забезпечити надійний огляд доказів, що стосуються конкретної теми. Керівництво, що описує рекомендації написання системного огляду це PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) PRISMA пропонує 27 пунктів, як рекомендації до назви, короткої анотації, методології, результатів, а також висновків [38]. Тож результати системного огляду ґрунтуються на стандартизованій системі, яка забезпечує неупереджений на якісний результат.

2.2. Характеристика етапів організації та проведення дослідження Особливості та організація дослідження

Системний огляд літератури передбачає комплексний пошук, щоб знайти найновіші релевантні опубліковані статті, тому працюючи над системним оглядом був розроблений дизайн, що включає наступні покрокові пункти: формування проблеми / запиту для дослідження, розробка критеріїв включення та виключення, розробка стратегії пошуку та пошук досліджень, відбір досліджень, витяг даних, аналіз та інтерпретація даних, висновки та подальші рекомендації (рис.1).



Рис. 1 Дизайн та організація дослідження

Під час формування проблеми чи запиту дослідження для системного огляду були поставлено наступне питання: чи є МВСТ техніки не менш ефективніші

в терапії депресивних станів у дорослих ніж ТАУ та альтернативні групові техніки релаксації або майндфулнес?

Відбір досліджень проводився на основі таких показників.

Критерії включення: учасники досліджень особи від 18 років в яких присутня депресивна симптоматика за за DSM-V. Рандомізовані контрольовані та когортні дослідження в яких застосовується МВСТ техніки, як основний метод терапії депресивних станів. (депресивна симптоматика за DSM-V), що проводили оцінку депресивної симптоматики до і після проходження курсу МВСТ. Дослідження за останні 7 років.

Критерії виключення: дослідження, де вибірку складають особи: (1) в яких діагностована психотична депресія, (2) які протягом життя мали або мають біполярний розлад, (4) зловживання психоактивними речовинами, (5) паралельно проходили іншу індивідуальну або групову психотерапію (6), будь-яка зміна антидепресантів за останні вісім тижнів (8), регулярна практика медитації (10). Виключали кейсові дослідження, системні огляди та мета аналізи.

Методи пошуку. Електронний пошук досліджень за ключовими словами: МВСТ and depression, Mindfulness-based cognitive therapy and depression, mindfulness based depression treatment. Пошук здійснювався в онлайн бібліотеках PubMed, ResearchGate, Google Scholar, BioMed, MDPI, Sciencedirect, Scopus, Web of Science, NCBI, APA library.

Стратегія Пошуку.

Пошук здійснювався в п'ять етапів:

1. Пошук статей в електронних бібліотеках за заголовками
2. Перший етап відбору джерел за анотаціями
3. Повний огляд досліджень, що ввійшли в первинний список

4. Другий етап. Відбір досліджень за критеріями включення та виключення
- 5 Формування фінального списку джерел для аналізу та інтерпретації

Відбір досліджень.

Після завершення пошуку відбулося формування фінальної таблиці, куди увійшли дослідження, що відповідали розробленим критеріям включення та виключення. Пошук та відбір досліджень зображено на схемі, що слідує стандартом PRISMA (Рис.2).



Рис.2. Флоу-діаграма відбору досліджень

До фінального списку відібраних досліджень увійшли 10 статей на основі яких була сформована таблиця, що допомогла систематизувати інформацію.

Табличка включала назву дослідження, рік публікації та авторів. Також розмір вибірки, діагностичні шкали, що використовувались для оцінки депресивної симптоматики, опис втручань експериментальної та контрольної групи, опис депресивної симптоматики, наявність прийому антидепресантів та кількісні результати досліджень.

Висновки 2 розділу

Методичні підходи до проведення даного системного огляду слідували стандартам PRISMA. Були розроблені критерії включення та виключення досліджень. Критеріями включення є: учасники досліджень особи від 18 років в яких присутня депресивна симптоматика за за DSM-V. Рандомізовані контрольовані та когортні дослідження в яких застосовується МВСТ техніки, як основний метод терапії депресивних станів. (депресивна симптоматика за DSM-V), що проводили оцінку депресивної симптоматики до і після проходження курсу МВСТ. Дослідження за останні 7 років. Критеріями виключення є: дослідження, де вибірку складають особи: (1) в яких діагностована психотична депресія, (2) які протягом життя мали або мають біполярний розлад, (4) зловживання психоактивними речовинами, (5) паралельно проходили іншу індивідуальну або групову психотерапію (6), будь-яка зміна антидепресантів за останні вісім тижнів (8), регулярна практика медитації (9). Виключали кейсові дослідження, системні огляди та мета аналізи. Також була прописна стратегія пошуку та алгоритм роботи на системним оглядом (див. Рисунок 2).

РОЗДІЛ 3. Системний огляд ефективності МВСТ в терапії проявів депресивних станів у дорослих.

3.1. Аналіз отриманих даних та вивчення особливостей МВСТ інтервенцій в терапії проявів депресивних станів у дорослих.

Опис оцінки ефективності втручань МВСТ

Відомо, що не тільки депресія в активній фазі є чинником значного погіршення життя, а й залишкові симптоми депресії мають значний вплив на якість життя та є основним фактором ризику рецидиву або рецидиву депресії [39]. Тому для оцінки результату втручання була роглянута депресія різної складності від ВДР до залишкових симптомів. Ефективністю лікування слугувала оцінка якісних результати опитників та шкал, щодо зменшення депресивної симптоматики. В половині проаналізованих досліджень використовували шкалу Гамільтона (HAM-D), шкала оцінки депресії Гамільтона з 24 пунктів (HAM-D) , шкала оцінює міру тяжкості депресивних симптомів, що охоплює діапазон афективних, поведінкових, і біологічні симптоми. В чотирьох із відібраних дослідженнях була використана шкала депресії Бека (BDI -II) з 21 елемента, який охоплює афективні, когнітивні, мотиваційні, поведінкові та біологічні симптоми депресії з хорошими психометричними властивостями. Також в 3-х опитувальник депресивної симптоматики (IDS), а також PHQ-9.

Потенційні медіатори ефективності МВСТ також вимірюються підвищенням рівня самоспівчуття, майндфулнесу або рівня задоволення життям чи соціального функціонування. Стан майндфулнесу оцінюється за допомогою за опитувальника усвідомленості з 39 пунктів (FFMQ), Також вимірюється рівень зниження румінативних думок за шкалою румінативної реакції (RRS)

шкала самозвіту з 22 пунктів. Уникнення досвіду, яке було пов'язано з підвищенням рівня депресії [40] і визначається як спроби уникнути думок, почуттів, спогадів, фізичних відчуттів або інших внутрішніх переживань – оцінювали за допомогою опитувальника з 9 пунктів прийняття та зобов'язання (AAQ) та шкали самоспівчуття (SCS) та шкали опитувальника досвіду (EQ) та якості життя шкалою WHO QLS.

Потенційні медіатори ефективності лікування вимірюються до початку терапії МВСТ як базова оцінка для порівняння і далі оцінюються на 4 і 8 тижнях, а по можливості і після терапії через визначений проміжок часу, наприклад 6 -12 місяців. Спираючись на дані шкал та інші відкриття, як індивідуальний досвід, якість життя, соціальної взаємодії в цьому системному огляді відбуватиметься якісна інтерпретація ефективності втручачь МВСТ при депресивній симптоматиці.

1 Назва: Рандомізоване контрольоване дослідження когнітивної терапії на основі майндфулнесу резистентної до лікування депресій. [41]

Рік: 2017

Автори: Stuart J. Eisendrath, Erin Gillung, Kevin L. Delucchi and colleagues. 2017р.

Мета дослідження: Оцінили ефективність когнітивної терапії, заснованої на усвідомленні (МВСТ) щодо структурно еквівалентної активної порівняльної умови як доповнення до фармакотерапії (TAU) при резистентній до лікування депресії.

Методи: У цьому РКД порівнювалися 8-тижневі курси МВСТ та програму зміцнення здоров'я (НЕР), що включає фізичну форму, музикотерапію та освіту щодо харчування, як доповнення до фармакотерапії TAU для амбулаторних пацієнтів із резистентною до лікування депресією. Результатом

була зміна тяжкості депресії, виміряна відсотковим зниженням загального балу за шкалою оцінки депресії Гамільтона з 17 пунктів (HAM-D17), з вторинними показниками депресії – відповіді на лікування та ремісії.

Учасники: В дослідженні приймали участь 173 дорослих з резистентною до лікування депресією, середня тривалість поточного депресивного епізоду становила 6,8 років ($sd = 8,9$).

Хід дослідження:

Спираючись на проблему резистентної до лікування депресії порівнювалися 8-тижневі курси МВСТ ($n=86$) та програму зміцнення здоров'я (НЕР ($n=86$)), що включає фізичну підготовку, музикотерапію та освіту щодо харчування, як доповнення до фармакотерапії ТАУ для амбулаторних дорослих із резистентною до лікування депресією.

Первинним результатом ефективності МВСТ була зміна тяжкості депресії, виміряна відсотковим зниженням загального балу за шкалою оцінки депресії Гамільтона з 17 пунктів (HAM-D17), вторинним показником результату ефективності МВСТ була відповіді на лікування та ремісія. Наприкінці 8-тижневого лікування багатofакторний аналіз показав, МВСТ була пов'язаний зі значно більшим середнім відсотком зниження HAM-D17 (36,6% проти 25,3%; $p=.01$) ніж у програмі зміцнення здоров'я (НЕР). Також у групі і МВСТ значно вищий відсоток пацієнтів, які відповіли на лікування (30,3% проти 15,3%; $p=0,03$). Хоча чисельно перевершує МВСТ, ніж НЕР, показники ремісії суттєво не відрізнялися між лікуваннями (22,4% проти 13,9%; $p=0,15$). Клінічні результати на 52 тижні використання HAM-D-17 показали, що

МВСТ була значно більшою для відсотка реагування, але не для відсотка зниження або ремітації (Рис.3).

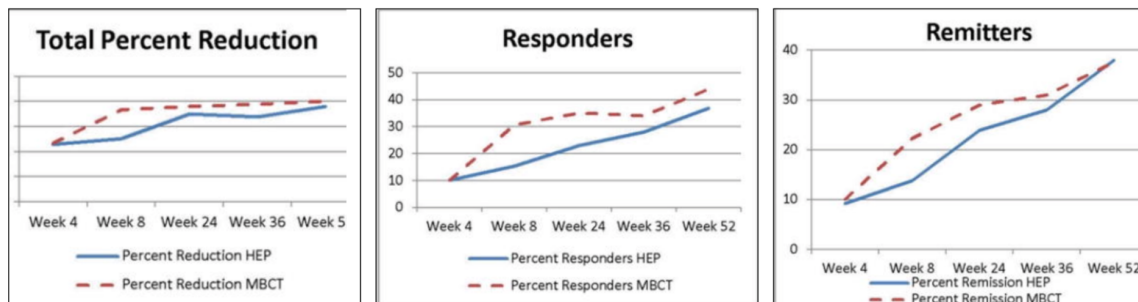


Рис. 3. Результати шкали НАМ-D протягом 52-тижневого спостереження.

Дослідниками було відмічено результати зниження депресії що шкали Гамільтона показники $\geq 50\%$ зниження від вихідного рівня депресивної симптоматики. Також шкала FFMQ показала більші зміни з МВСТ, ніж НЕР ($p=.019$), що свідчить про значущі покращення показників усвідомленості в групі МВСТ. Проте незважаючи на ці багатообіцяючі результати, група МВСТ і контрольна НЕР не відрізнялися суттєво за показниками ремісії депресії, що свідчить про те, що ефект МВСТ був недостатньо сильними, щоб вплинути на повну ремісію розладу. **Ці висновки також ілюструють важливість добре підбраної контрольної групи. До останніх років більшість досліджень порівнювали МВСТ з контрольними списками очікування, які вносять безліч незрозумілих факторів, які обмежують силу висновків, які можна зробити з цих досліджень.** З огляду на те, що МВСТ не був кращим за програму загальної медико-санітарної освіти у досягненні ремісії депресії в цьому високоякісному дослідженні, результати досліджень, контрольованих списком очікування, слід інтерпретувати з великою обережністю.

2 Назва: Асоціація між децентрацією та зменшенням рецидивів/повторів депресії у дорослих у когнітивної терапії на основі майндфулнесу : рандомізоване контрольоване дослідження. [\[42\]](#)

Рік: 2022р.

Автори: Michael T. Moore, Mark A. Lau, Emily A.P. Haigh, Brandilyn R. Willett, Colin M. Bosma & David M. Fresco.

Мета дослідження: Дослідити роль децентрації та інших пов'язаних змінних, як механізмів ефективності МВСТ.

Методи: РКД. Учасники дослідження ($n = 227$), були випадковим рандомізовані на МВСТ ($n = 74$), групову терапію релаксації (RGT; $n = 77$) або лікування як зазвичай (TAU; $n = 76$), використовували оцінку та симптомів депресії HAM-D та BDI-II та самозвіт щодо децентрації, до початку терапії на середині та після МВСТ, а рецидив оцінювали через 3, 6, 9 і 12 місяців після лікування.

Учасники: Дослі ($N = 227$) з депресивною симптоматикою залишковою після ВДР.

Результати: Було виявлено значне зниження депресивної симптоматики в групі МВСТ (МВСТ: $f = .66$; RGT: $f = .22$; TAU: $f = .08$). Показник децентрації був найбільшим для учасників МВСТ, порівняно з групами TAU та RGT. МВСТ був еквівалентним RGT та TAU у зниженні частоти рецидивів ВДР протягом 12 місяців спостереження після лікування.

Хід дослідження: Дослідники намагалося вивчити роль децентрації та інших пов'язаних змінних в ефективності МВСТ порівняно з двома умовами активного контролю групою релаксації (RGT) та лікуванням як зазвичай (TAU). Децентрування або деідентифікація - визначається як здатність спостерігати за своїми думками та почуттями як за тимчасовими,

об'єктивними подіями у свідомості на противагу сприйняття їх як обов'язково істинними. (Фреско, Мур та ін., 2007; Safran & Segal, 1990). Тобто децентрування - є зниженою реактивність на зміст думки через метаусвідомлення. Учасники дослідження (n = 227), були випадковим рандомізовані на МВСТ (n = 74), групову терапію релаксації (RGT; n = 77) або лікування як зазвичай (TAU; n = 76), використовували оцінку та симптомів депресії HAM-D та BDI-II та самозвіт щодо децентрації, до початку терапії на середині та після МВСТ, а рецидив оцінювали через 3, 6, 9 і 12 місяців після лікування.

Використання групової терапії релаксації є клінічно значущою групою порівняння, оскільки учасники на початку тренування майндфулнесу часто мають труднощі з розрізненням стану безосудного усвідомлення та “сонного” неусвідомленого стану глибокої релаксації (Сегал та ін., 2013, с. 155). Це дослідження також заслуговує на увагу через безпосередню оцінку децентрування, як передбачуваного терапевтичного механізму при МВСТ (Segal et al., 2013, стор. 91), що дозволяє досліджувати роль децентрування як диференційного механізму між МВСТ, групою релаксації та групами TAU. Учасники групи релаксації (RGT) проходили вісім тижневих двогодинних тренінгів з релаксації. Ця групова програма поєднує психоосвіту щодо впливу стресу, діафрагмального дихання, прогресивного розслаблення м'язів, пасивної релаксації. Він також передбачає виконувати щоденні вправи, щоб практикувати різні стратегії розслаблення.

Основним результатом була частота рецидивів депресії та час до рецидиву протягом 12 місяців спостереження. Вторинними результатами були симптоми депресії (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996) і децентрація, виміряна за допомогою шкали опитувальника досвіду (EQ; Fresco, Moore et al., 2007) на початку, в середині лікування та відразу після восьми тижнів

втручання. Для вибірки ІТТ частота рецидивів після 12-місячного спостереження становила 41% (20/49) у МВСТ, 36% (14/39) у RGT та 45% (27/60) у учасників TAU. Відмінності в цих значеннях не досягли статистичної значущості для порівняння всіх трьох груп, χ^2 (df = 2, n = 148) = 0,81, p = 0,67). Крім того, група лікування також не була значущим провісником часу до рецидиву, Wald (1, n = 227) = 1,23, p = 0,27, коефіцієнт ризику = 0,79 (95% довірчий інтервал [CI 95%] = 0,52 – 1.20).

Оцінки змін у депресії та децентрації отримана до лікування в середині та після лікування показала, що депресія зросла від початку до середини лікування у всіх групах, за винятком учасників МВСТ (МВСТ: f = 0,21; RGT: f = 0,53; TAU: f = 0,83), і значне зниження депресії спостерігалось лише в МВСТ група (МВСТ: f = .66; RGT: f = .22; TAU: f = .08). Щодо змін у децентруванні, у вибірці ІТТ значний основний ефект часу, $F(2, 208) = 13,62$, p < .001, f = .36, кваліфікувався за взаємодією час x лікування групи, $F(4, 242) = 11,83$, p < .001, f = .48. Децентрування значно збільшилося від періоду перед лікування до середни лікування лише для учасників МВСТ (f = 0,45), не змінилося для учасників RGT (f = 0,31) і значно зменшилося для учасників TAU (f = -0,61). Від середини до після лікування децентрація значно зросла у всіх групах, але найбільше для учасників МВСТ (МВСТ: f = 0,71; RGT: f = 0,51; TAU: f = 0,43). Зміни в децентрації були набагато більш значущими на 12-місячні частоти рецидивів/рецидивів у МВСТ, порівняно з RGT or TAU.

Висновки поточного дослідження вказують на те, що значне зниження депресії спостерігалось в МВСТ група (МВСТ: f = .66; RGT: f = .22; TAU: f = .08). Показник децентрації був найбільшим для учасників МВСТ, порівняно з групами TAU та RGT. МВСТ був еквівалентним RGT та TAU у зниженні частоти рецидивів ВДР протягом 12 місяців спостереження після лікування.

3 Назва: Рандомізоване контрольоване дослідження ефективності когнітивної терапії на основі усвідомлення та групової версії системної психотерапії когнітивно-поведінкового аналізу для пацієнтів з хронічною депресією. [\[43\]](#)

Рік: 2015 р.

Автори: Johannes Michalak, Martin Schultze, Thomas Heidenreich, Elisabeth Schramm.

Мета дослідження: Порівняти когнітивну терапію на основі майндфулнесу (МВСТ) та когнітивно поведінкову систему аналізу (СВАСП) в лікуванні хронічної депресії.

Методи: РКД. Пацієнти були випадковим чином розподілені до групи ТАУ або МВСТ плюс ТАУ, чи СВАСП плюс ТАУ (ТАУ - як фармакотерапія).

Учасники: Пацієнти (n = 106) з ВДР і депресивні симптоми спостерігалися більше 2 років без ремісії.

Результати: Результати цього дослідження свідчать про те, що 8 сеансовий груповий варіант СВАСП (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy) як доповнення до стандартного лікування є ефективним для пацієнтів, які страждають на хронічну депресію (з розміром ефекту 0,82) за МВСТ + ТАУ (розмір ефекту 0,29) або тільки ТАУ. Результати ефективності МВСТ у загальній вибірці (вибірка з результатами з 2-х психологічних центрів) показали що на першому місці лікування, МВСТ був не більш ефективним, ніж ТАУ для зменшення симптомів депресії, хоча він значно перевищував ТАУ в другому місці лікування.

Хід дослідження: У цьому РКД дослідженні порівнювали ефективність МВСТ плюс лікування як зазвичай (ТАУ) (n = 36) з СВАСП (групова версія) плюс ТАУ (n = 35), та окремо порівнювали з ТАУ (n=35). СВАСП - це когнітивно-поведінкового аналітична система психотерапії є єдиним

підходом, спеціально розробленим на сьогоднішній день для лікування пацієнтів з хронічною депресією. Основним показником результату була шкала оцінки депресії Гамільтона (24 пункти HAM-D, Гамільтон, 1967) додатковими показниками результатів були шкала депресії Бека (BDI; Beck, Steer, & Brown, 1996) та показники соціального функціонування та якості життя за допомогою шкали самооцінки соціальної адаптації (SASS) (Bosc, Dubini & Polin, 1997; німецька версія Duschek, Schandry & Hege, 2003). SASS — це 21-пунктова шкала для оцінки соціальної мотивації та поведінки пацієнтів при депресії. Протокол лікування відповідав посібнику з MBCT, розробленому Сігалом, Вільямсом та Теасдейлом (2002). CBASP протокол лікування відповідав посібнику розробленому McCullough (2000). Програма CBASP складалася з двох індивідуальних сеансів лікування (для виведення гіпотез перенесення) і восьми щотижневих групових сеансів тривалістю 2,5 години. Шкалу HAM-D вимірювали на початковому етапі та після 8-тижневої фази лікування.

Пацієнти були набрані в двох центрах мегаполісах у Німеччині: центр А був спеціалізований на MBCT, центр В на CBASP. Із 71 пацієнта, призначеного для лікування в одній із груп, 20 пацієнтів (28,2%) припинили терапію або відвідали менше чотирьох сеансів (10 пацієнтів з MBCT [27,8%] і 10 пацієнтів з CBASP [28,6%], $\pm 2 0,003$, $df=1$, $p=0.96$). Оскільки на початку лікування в центрі А (одному з двох психологічних центрів де проводили дослідження, де основною групою дослідження була MBCT) спостерігали статистичну тенденцію вищих балів HAM-D (Центр А: $M = 24,15$, $SD = 6,18$; Центр В: $M = 21,94$), $SD = 6,62$, $t(104) = 1,95$, $p = .05$).

Пряме порівняння ефекту після лікування MBCT і CBASP не виявило суттєвої різниці між ефектами двох підходів до втручання, проте

спостерігалася статистична тенденцію на користь СВАСР над МВСТ (оцінка 0,17, SE 0,09, $p = 0,06$). Результати цього дослідження, що проводилось в двох центрах свідчать про те, що восьми сеансовий груповий варіант СВАСР як доповнення до стандартного лікування є ефективним для пацієнтів, які страждають на хронічну велику депресію (з розміром ефекту 0,82) за МВСТ + ТАУ (розмір ефекту 0,29) або тільки ТАУ. Результати МВСТ були більш неоднозначними. В першому місці лікування, МВСТ був не більш ефективним, ніж ТАУ для зменшення симптомів депресії, хоча він значно перевищував ТАУ в другому місці лікування. СВАСР був значно ефективнішим, ніж ТАУ, у зменшенні симптомів депресії в загальній вибірці та в обох місцях лікування. Дослідники виявили, що ефект МВСТ був значущим при дослідженні BDI (bМВСТ 0,23, SE 0,11, $p = 0,04$), що вказує на те, що МВСТ перевершує ефект від ТАУ. У загальній вибірці (два центри лікування А і В) за шкалою HAM-D для МВСТ спостерігалася зменшення оцінки з 23.03 (6.27) до 17.86 (10.37) проте розмір ефекту був не значущим ($p = 0.22$). У загальній вибірці МВСТ був не більш ефективним, ніж ТАУ для зменшення симптомів депресії, оцінених HAM-D. Хоча загальний ефект на ділянку не був значущим, більш детальний аналіз показав, що цей результат значною мірою пояснюється дуже невеликими покращеннями показників HAM-D та великими ефектами ТАУ для пацієнтів із МВСТ, які отримували лікування в центрі А, тоді як МВСТ був більш ефективним, ніж ТАУ. центрі Б.

Щодо показників ремісії У групі МВСТ 16,7% (n=6) пацієнтів ввійшли в стан ремісії (центр А: 8,3%, n=2; центр В: 33,3%, n=4), у групі СВАСР 25,7% (n =9) (центр А: 21,7%, n=5; центр В: 33,3%, n=4), а в групі ТАУ 5,7% (n=2) (центр А: 4,3% [n =1]; центр В: 8,3% , n= 1).

Вплив втручання МВСТ на соціальне функціонування (SASS) та якість життя (підшкали психічного здоров'я SF-36) розміри ефекту для цих вторинних результатів були малими або середніми як для МВСТ, так і для СВАСР. У загальній вибірці МВСТ суттєво відрізнявся від ТАУ за змінами на рольово-емоційній субшкалі SF-36 та SASS. Проте не спостерігалось суттєвого впливу СВАСР на будь-який із цих вторинних результатів.

4 Назва: Когнітивна терапія, заснована на усвідомленні (МВСТ) зменшує зв'язок між симптомами депресії та суїцидальними когнітивними процесами у пацієнтів з історією суїцидальної депресією. (Mindfulness-Based Cognitive Therapy (МВСТ) Reduces the Association Between Depressive Symptoms and Suicidal Cognitions in Patients With a History of Suicidal Depression.) [\[44\]](#)

Рік: 2015 р.

Автори: Thorsten Barnhofer, Catherine Crane, Kate Brennan, Danielle S. Duggan, Rebecca S. Crane, Catrin Eames, Sholto Radford, and Sarah Silverton.

Мета: Дослідили, чи може МВСТ допомогти пацієнтам «децентруватись» від негативного мислення і послабити зв'язок між симптомами депресії та суїцидальними когніціями.

Методи: РКД. Учасників з суїцидальною депресією в анамнезі рандомізували в групу МВСТ, та групу активного контролю, що включала когнітивну психоосвіту (СРЕ), без жодної практики медитації, а також окремою контрольною групою було лікування як зазвичай (ТАУ).

Учасники: 274 пацієнтів із залишковими симптомами депресії (легка та помірна депресія) та суїцидальною депресією в анамнезі.

Результати: Дослідження групових відмінностей між оцінками шкал BDI-II і SCS до та після лікування показали зв'язок у трьох групах. Порівняння між

групами не показало значущих відмінностей у частоті рецидиву суїцидальної депресії: MBCT, n 12(13%); CPE, n 18 (20%); TAU, n 11 (25%); $2(2, 221) 2.78$, р.24). Результати свідчать про те, що у пацієнтів із суїцидальною депресією в анамнезі MBCT може допомогти послабити зв'язок між депресивними симптомами та суїцидальним мисленням, і таким чином зменшити важливу вразливість для рецидиву суїцидальної депресії.

Хід дослідження: Т.Барнгофер та колеги досліджували чи може майндфулнес допомоги пацієнтам децентруватись від негативного мислення, послабити зв'язок між депресивними симптомами та суїцидальними думками. Учасники з суїцидальною депресією в анамнезі рандомізували в групу MBCT, та групу активного контролю, що включала когнітивну психоосвіту (CPE), без жодної практики медитації, а також окремою контрольною групою було лікування як зазвичай (TAU). Учасники в середньому страждали від 7,3 (SD 5,5) попередніх епізодів депресії. Оцінка ефективності в зниженні депресивної симптоматики вимірювалась за допомогою самозвітів за шкалою депресії Бека-II (Beck, Steer, & Brown, 1996), а суїцидальне мисленням, за допомогою шкали суїцидальних когніцій SCS (Rudd et al., 2001). Було висловлено припущення, що у пацієнтів із суїцидальною депресією в анамнезі зміни настрою можуть відновити суїцидальну поведінку, що відбивається на когніціях, що обертаються навколо основних переконань про непривабливість, безпорадність і погану переносимість дистресу. Тож досліджували чи може MBCT розірвати цей зв'язок.

Дослідження групових відмінностей у відношенні між оцінками BDI-II і SCS показали зв'язок шкалами до та після лікування (Becket al., 1996) і SCS (Rudd et al., 2001) у трьох групах (обчислювались кореляції нульового порядку). Кореляція в двох групах залишалася значною за різними нижніми межами для оцінок включення BDI-II, MBCT: $r(54) = .11$, контрольні групи:

$r(86) = .56$, $z = -2.98$, $p = .00$, для $BDI \geq 2$; МВСТ: $r(61) = .18$, контрольні групи: $r(91) = .57$, $z = -2.78$, $p = .00$, для $BDI \geq 1$; МВСТ: $r(71) = .30$, контрольні групи: $r(108) = .61$, $z = -2.60$, $p = .00$, для $BDI \geq 0$. У групах МВСТ виявлена незначна кореляція з кількістю практики медитації під час втручання (середній час щоденної офіційної практики медитації, про яку повідомляють учасники), $r(50) = -.26$, $p = .05$.

Порівняння між групами не показало значущих відмінностей у частоті рецидиву суїцидальної депресії: МВСТ, $n = 12$ (13%); СРЕ, $n = 18$ (20%); ТАУ, $n = 11$ (25%); $t(221) = 2.78$, $p = .024$. Проте, важливо мати на увазі, що поточне дослідження було дослідженням реактивації суїцидальних когніцій у відповідь на мінімальний або помірний рівень депресії в учасників з анамнезом суїцидальності, яка в більшості випадків характеризувалася суїцидальними думками, але не поведінкою чи спробами. МВСТ також може бути корисною в контексті більш значущих рівнів симптомів і у пацієнтів з більш важким анамнезом суїцидальності, але такі контексти часто вимагають значно інших підходів, ніж ті, що використовуються в поточному контексті. Реактивація суїцидальних пізнань може відбуватися відносно автоматично, і ці результати підтверджують, що систематична підготовка необхідна, щоб допомогти пацієнтам краще децентруватися від звичних дезадаптивних моделей мислення, які виникають як наслідок когнітивної реактивності. Підвищення здатності децентрувати є однією з головних цілей МВСТ, і поточні результати свідчать про те, що учасники можуть ефективно навикнути децентрування, від суїцидальних когніцій.

Загальні результати дослідження показують, що у пацієнтів із анамнезом суїцидальної депресії тренування усвідомленості може допомогти послабити зв'язок між депресивними симптомами і суїцидальним мисленням, і таким чином зменшити вразливість до рецидиву суїцидальної депресії.

5 Назва: Когнітивна терапія на основі усвідомлення для пацієнтів із хронічною, стійкою до лікування депресією: рандомізоване контрольоване дослідження. [\[45\]](#)

Рік: 2018

Автори: Mira B. Cladder-Micus, Anne E.M. Speckens, Janna N. Vrijsen, A. Rogier T. Donders, Eni S. Becker, Jan Spijker.

Мета: Дослідити чи ефективна МВСТ для пацієнтів із хронічною депресією, стійкою до лікування.

Методи: Було проведено прагматичне, багатоцентрове рандомізоване контрольоване дослідження, у якому порівнювали звичайне медикаментозне лікування (TAU) із МВСТ + TAU у 106 амбулаторних пацієнтів із хронічною депресією, які раніше отримували фармакотерапію (≥ 4 тижні) та психологічне лікування (≥ 10 сеансів).

Учасники: 106 амбулаторних пацієнтів із хронічною депресією.

Результати: МВСТ + TAU показав нижчі рівні симптомів депресії, ніж TAU, з малими та середніми розмірами ефекту. Порівняно з TAU, група МВСТ + TAU повідомила про значно вищі показники ремісії ($\chi^2(2) = 4,25$, $p = 0,22$, $P = 0,04$), нижчі рівні румінації ($-3,85$ [$-7,55$ до $-0,15$], $d = 0,39$, $P = 0,04$), вища якість життя ($4,42$ [$0,03$ – $8,81$], $d = 0,42$, $P = 0,048$), більше навичок уважності ($11,25$ [$6,09$ – $16,40$], $d = 0,73$, $P < 0,001$), і вищий показник співчуття до себе ($2,91$ [$1,17$ – $4,65$], $d = 0,64$, $P = 0,001$). Учасники що завершили МВСТ + TAU, мали значно менше симптомів депресії після лікування порівняно з учасниками, які отримували TAU ($-4,24$ [$-8,38$ до $-0,11$], $d = 0,45$, $P = 0,04$).

Хід дослідження: РКД у якому порівнювали звичайне лікування (TAU) із МВСТ + TAU у 106 пацієнтів із хронічною депресією, які раніше отримували фармакотерапію (≥ 4 тижні) та психологічне лікування (≥ 10 сеансів). Метою

поточного дослідження було дослідити ефективність МВСТ + ТАУ порівняно з ТАУ лише для пацієнтів з хронічною депресією з поточними помірними та важкими симптомами депресії, які не реагували на попередню фармакотерапію та підтвержені психологічні методи лікування, тобто когнітивно-поведінкову терапію (СВТ) або міжособистісну терапію (ІРТ). Основним показником результату був рівень симптомів депресії, вимірювався шкалою депресивної симптоматики (IDS-SR) (Rush, Gullion, Basco, Jarrett, & Trivedi, 1996). Додатковими показниками результату були показники ремісії (оцінювали за DSM-IV відповідно до MINI), румінація оцінювалася за шкалою румінативної реакції (RRS-EXT); (Raes & Hermans, 2007; Schoofs, Hermans, & Raes, 2010). Якість життя оцінювали за шкалою якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я (Skevington, Lotfy, & O'Connell, 2004). Навички майндфулнесу та співчуття до себе оцінювали за допомогою п'ятифакторного опитника майндфулнесу (5 FMQ) (Baer et al., 2008) та шкали самоспівчуття (SCS) (Neff, 2003).

Оцінки депресії аналізувалися окремо до початку лікування та після. В обох аналізах стан МВСТ + ТАУ показав нижчі рівні симптомів депресії, ніж ТАУ, з малими та середніми розмірами ефекту. Однак різниця була суттєвою лише у зразку після лікування (-4,24, 95% ДІ [-8,38 до -0,11], $d = 0,45$, $P = 0,04$), а не у зразку до лікування (-3,23, 95% ДІ [-7,02 до 0,56], $d = 0,35$, $P = 0,09$). У вибірці до лікування не було значущих модераторів впливу на симптоми депресії, окрім вихідних рівнів румінації ($F(1, 84) = 5,44$, $P = 0,02$). Учасники з вищим вихідним показником румінації продемонстрували значно більше зниження симптомів депресії в стані МВСТ + ТАУ порівняно з ТАУ. У групі учасників, які набрали клінічно середній або високий рівень румінації, що були розподілені в групу МВСТ + ТАУ, показали значно нижчі симптоми депресії порівняно з ТАУ (-10,79, 95% ДІ [-15,72–5,85], $d = 1,64$, $P < 0,001$;

МВСТ + ТАУ n = 17, ТАУ n = 22) після лікування. Тоді як різниці між МВСТ + ТАУ та ТАУ не спостерігалося в групі учасників, які отримали бали нижче клінічного середнього рівня румінації (1,47, 95% ДІ [-4,38 до 7,33], d = 0,24, P = 0,62; МВСТ + ТАУ n = 22, ТАУ n = 30). В учасників які завершили курс МВСТ + ТАУ, виявилось значне зменшення симптомів депресії порівняно з ТАУ. Крім того, згідно з аналізом ІТТ, більше учасників у стані МВСТ + ТАУ досягли часткової ремісії, а учасники МВСТ + ТАУ повідомили про зменшення румінації і покращення якості життя, навичок майндфулнесу та самоспівчуття в порівнянні з учасниками, які отримували тільки ТАУ.

6 Назва: Роль зосередженої уваги та спостереження з відкритістю в когнітивній терапії на основі усвідомленості для афективних розладів: рандомізоване випробування на 3-х гілки. (The contributions of focused attention and open monitoring in mindfulness-based cognitive therapy for affective disturbances: A 3-armed randomized dismantling trial) [\[46\]](#).

Рік: 2021 р.

Автори: Brendan Cullen, Kristina Eichel, Jared R Lindahl, Willoughby B. Britton, Hadley Rahrig, Nisha Kini, Julie M. Flahive.

Мета: Метою цього дослідження було оцінити як короткострокові, так і довгострокові відмінності у груп з афективних розладах між техніками FA, OM та їх комбінацією (МВСТ) у контексті рандомізованого контрольованого дослідження.

Методи: РКД. 104 учасники з легкою та важкою депресією та тривогою були рандомізовані на одне з трьох 8-тижневих втручань: МВСТ (n = 32), FA (n = 36) і OM (n = 36). Вимірювання результатів включали оцінку депресивної симптоматики (IDS) та шкалу стресу депресії та тривожного стану (DASS).

Учасники: У дослідженні брали участь 104 учасники з легкою та важкою депресією та тривогою

Результати: Усі методи лікування продемонстрували середні та великі покращення ($d_s = 0,42-1,65$), що були значною мірою порівнянними за ефектами після лікування. Лікування показало значущі відмінності у швидкості реакції та характері погіршення. FA продемонструвала найшвидший темп покращення та найменшу кількість погіршень щодо стресу, тривоги та депресії під час лікування. OM показав найповільнішу швидкість покращення та втратив тривожність, пов'язану з лікуванням, що призвело до вищої тривожності на OM на 20 тижні, ніж MBCT ($d = 0,40$) і FA ($d = 0,36$). MBCT показала найбільш сприятливу схему для тривалого лікування депресії.

Хід дослідження: це дослідження цікаве тим тим досліджувало не тільки вплив MBCT, а і його окремі компоненти. Когнітивна терапія на основі усвідомлення включає комбінацію практик медитації зосередженої уваги (FA) та спостереження з відкритістю (без упередження) (OM). Метою цього дослідження було оцінити як короткострокові, так і довгострокові відмінності у груп з афективних розладах між техніками FA, OM та їх комбінацією (MBCT) у контексті рандомізованого контрольованого дослідження. У дослідженні брали участь 104 учасники з легкою та важкою депресією та тривогою були рандомізовані на одне з трьох 8-тижневих втручань: MBCT ($n = 32$), FA ($n = 36$) і OM ($n = 36$). Вимірювання результатів включали оцінку депресивної симптоматики (IDS) та шкалу стресу депресії та тривожного стану (DASS). Оцінку за IDS проводили на початку лікування, після лікування (8 тижень) і через 3 місяці після програми MBCT (тиждень 20) Оцінки диференціальних ефектів DASS проводились до початку лікування та на 2, 4, 6, 8 і 20 тижнях.

Розглянувши шкалу депресії та тривоги (DASS), впадає в око перше значне покращення, що відбулося на 2 тижні для FA ($d = 0,27$, $p = 0,0449$), на 4 тижні для МВСТ ($d = 0,62$, $p = ,001$), на 6 тижні для ОМ ($d = 0,76$, $p < ,001$). Покращення стану депресії було виявлено у однієї третини учасників МВСТ (33%) і приблизно у однієї чверті у FA (24%) і ОМ (27%) до 8 тижня. На 20 тижні покращення депресивної симптоматики зросло до 37% у МВСТ, але зменшилося до 20% і 24% для FA та ОМ відповідно. Результати групи ОМ дуже схожі до МВСТ, але мали дещо нижчі показники поліпшення, а також погіршення протягом від початку лікування і до 20-го тижня спостереження.. FA показав найнижчий рівень надійних поліпшень і погіршень під час лікування, але найвищий рівень погіршення депресивної симптоматики від початкового рівня до 20 тижня (11,4%), що вказує на довгострокову значне посилення депресії.

Усі групи продемонстрували середні та великі покращення ($ds = 0,42-1,65$) майже для всіх шкал. Хоча всі види лікування були значною мірою порівнянними за ефектом після лікування (на 8 тиждень), лікування показало значущі відмінності у швидкості реакції на зниження депресивної симптоматики та характері погіршення симптоматики на 20-му тижні спостереження. FA показала найшвидший темп покращення та найменшу кількість погіршень при стресі, тривожності та депресії під час лікування, але втрата досягнень лікування і тривале погіршення депресії спостерігалися на 20 тижні після лікування. ОМ показав найповільнішу швидкість покращення депресивної симптоматики та водночас втрати ефекту, пов'язаних із лікуванням для тривоги, що призвело до вищої тривожності в ОМ на 20 тижні, проте МВСТ мало найбільші показники покращення та довгострокового ефекту ($d = 0,40$) і

FA ($d = 0,36$), хоча ці відмінності не досягли статистичної значущості після корекції для множинних порівнянь ($p's = 0,06$).

Розглянемо результати вимірювання ефективності МВСТ за шкалою депресивної симптоматики IDS. Великий відсоток учасників усіх трьох курсів лікування (60–81%) мали достовірні покращення від вихідного рівня депресії (за шкалою IDS), до 8 тижня, які зберігалися і на 20 тижні. За шкалою IDS група ОМ показала найбільший відсоток достовірних покращень від вихідного рівня до 8 тижня (81%), за нею слідувала FA (75%), а потім МВСТ (60%). Було виявлено дуже низький рівень погіршень симптоматики від вихідного рівня до 8 тижня: 2,8% для FA, 3,2% для ОМ, жодного для МВСТ.

Якщо співставити результати вимірювання цих двох шкал DASS та IDS можна говорити про те, що МВСТ показала найбільш сприятливу модель для тривалого лікування депресії ніж окремо її компоненти група сфокусованої уваги (FA) та спостереження з відкритістю (безупереджене) МО.

7 Назва дослідження: Вплив когнітивної терапії на основі майндфулнесу, на ризик і захисні фактори рецидиву депресії – рандомізоване контрольоване дослідження зі списком очікування. (The effects of mindfulness-based cognitive therapy on risk and protective factors of depressive relapse – a randomized wait-list controlled trial) [\[47\]](#).

Рік: 2020

Автори: Elisabeth Schanche, Jon Vøllestad, Endre Visted, Julie Lillebostad Svendsen, Berge Osnes, Per Einar Binder, Petter Franer & Lin Sørensen.

Мета дослідження: Дослідити МВСТ на ризик і захисні фактори рецидиву депресії в сферах когніцій, емоцій та співчуття до себе.

Методи: У дослідженні використовувалась рандомізація на МВСТ або контрольний стан списку очікування (WLC) з оцінкою до та після лікування.

Незалежними змінними були час (оцінки до та після лікування) та призначений стан лікування (МВСТ або контрольна умова списку очікування; WLC). Основними залежними змінними були фактори ризику та захисні фактори депресивного рецидиву: румінації, труднощі з регуляцією емоцій, емоційна реактивність на стрес та співчуття до себе.

Учасники: 68 осіб з рецидивуючим ВДР.

Результати: У групі МВСТ спостерігався значно нижчий ризик повторної депресії порівняно з WLC (N=30) за показниками румінації ($d=0,59$, $p=,015$), регуляції емоцій ($d=,d=0$ $p=,028$), емоційної реактивності на стрес ($d=0,32$, $p=,048$), співчуття до себе ($d=1,02$, $p < 0,001$) та майндфулнесу ($d=0,59$, $p=0$), $d=0,40$, $p=,018$). У вибірці списку очікування результати були слабкі, але все ще були значущі результати щодо вимірювання румінації, співчуття до себе та депресії.

Хід дослідження: Програма МВСТ для запобігання рецидиву, запропонована у цьому дослідженні, дотримувалася стандартного протоколу, описаного З. Сегалом. Втручання було проведено в університетських умовах із трьома групами МВСТ по 8–12 пацієнтів у кожній групі. Під час кожної сесії учасники були ознайомлені з темою, важливою для розуміння того, як звичні способи мислення, почуттів і поведінки сприяють рецидиву депресії, а також з різними формальними та неформальними практиками, які спрямовані на те, щоб полегшити увагу до тілесних відчуттів, емоцій та думок. Протягом усього часу учасникам було запропоновано поділитися своїм досвідом з інструкторами та іншими членами групи. Відповідно до програми МВСТ, учасників заохочували практикувати вдома між груповими сесіями.

BDI-II використовувався для оцінки симптомів депресії протягом останніх 2 тижнів. Для оцінки румінації використовували RRQ-Rum. RRQ-Rum — це анкета з 12 пунктів, призначена для вимірювання стійкої схильності людини

до “прокручування” негативних думок. ВАІ використовувався для оцінки симптомів тривоги. DERS використовувався для оцінки труднощів з регуляцією емоцій. DERS — це анкета з 36 пунктів, розроблена для вимірювання шести аспектів труднощів у регуляції емоцій: відсутність сприйняття емоцій, труднощі з цілеспрямованою поведінкою, труднощі з керуванням імпульсом, відсутність емоційної обізнаності, обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій і відсутність емоційної ясності. Для оцінки емоційної реактивності на стрес використовували шкалу тривожності STAI — це шкала з 20 пунктів, призначена для вимірювання тривожності як особистої риси. SCS використовувався для вимірювання здатності ставитись до себе з самоспівчуттям. FFMQ використовувався для вимірювання стану майндфулнесу.

Було проведено односторонній міжгруповий аналіз коваріації (ANCOVA) для порівняння впливу МВСТ та WLC на кожен із факторів, які, як передбачається, сприяють уразливості до рецидиву в осіб із рецидивуючою депресією. Фактором між групами був стан лікування (МВСТ або WLC), а аналізи між групами були скориговані на відповідні рівні кожного фактора ризику перед втручанням.

У когнітивній сфері спостерігався значний середній ефект МВСТ на румінацію, виміряну за допомогою RRQ, після контролю впливу попередніх рівнів RRQ, $F(1,53) = 6,379$, $p = 0,015$, $d = 0,59$.

В емоційній сфері спостерігався значний середній вплив МВСТ на труднощі в регуляції емоцій, виміряний за допомогою DERS, після контролю впливу попередніх рівнів DERS, $F(1,53) = 5,076$, $p = 0,028$, $d = 0,50$. Був також значний невеликий вплив на емоційну реактивність на стрес, виміряно за допомогою STAI, $F(1,53) = 4,097$, $p = 0,048$, $d = 0,32$. У сфері самоспівчуття спостерігався значний вплив МВСТ на підвищення рівня самоспівчуття, SCS,

після контролю за ефектом попередніх рівнів, $F(1,53) = 26,704$, $p < 0,001$, $d = 1,02$. Крім того, спостерігався значний середній вплив МВСТ на загальну усвідомленість, виміряний FFMQ, після контролю впливу попередніх рівнів FFMQ, $F(1,53) = 7,155$, $p = 0,010$, $d = 0,59$. Нарешті, був значний невеликий вплив МВСТ на симптоми депресії, виміряний за допомогою BDI, після контролю впливу попередніх рівнів BDI, $F(1,53) = 5,92$, $p = 0,018$, $d = 0,40$. Не було виявлено значного впливу МВСТ на симптоми тривоги, виміряні ВАІ, після контролю впливу попередніх рівнів ВАІ, $F(1,53) = 2,766$, $p = 0,102$.

По завершенню курсу МВСТ спостерігалось зменшення симптомів депресії, виміряне шкалою Бека (BDI-II). Також в дослідженні виявили, що МВСТ асоціюється зі зменшенням румінації, труднощів з регуляцією емоцій та емоційної реактивності на стрес. У когнітивній сфері учасники МВСТ відчували середнє зниження румінативного мислення, виміряне за допомогою опитувальника роздумів (RRQ). Це говорить про те, що МВСТ дійсно допоміг учасникам контролювати частоту концентрування увагу на повторюваних депресивних думках про причини та наслідки негативних почуттів.

8 Назва: Використання модифікованої програми зменшення стресу на основі усвідомлення та когнітивної терапії на основі усвідомлення для сімейних осіб, які доглядають за людьми, які живуть з деменцією: обґрунтування доцільності. (The Use of Modified Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy Program for Family Caregivers of People Living with Dementia: A Feasibility Study.) [\[48\]](#)

Рік: 2020

Автори: Daphne Sze Ki Cheung, Patrick Pui Kin Kor, Cindy Jones, Nathan Davies, Wendy Moyle, Wai Tong Chien, Annie Lai King Yip, Suzanne Chambers, Clare Tsz Kiu Yu, Claudia K.Y. Lai.

Мета дослідження: Метою цього дослідження було дослідити доцільність та ефективність модифікованої (адаптованої до графіку опікунів) MBSR та MBCT для зменшення стресу, симптомів депресії та суб'єктивного навантаження на членів сімей, які доглядають за хворими люди з деменцією.

Методи: Було проведене паралельне групове РКД. П'ятдесят сім учасників були рандомізовані в модифіковану групу MBSR ($n = 27$) або модифіковану групу MBCT ($n = 26$), які отримували сім сеансів віч-на-віч протягом більше 16 тижнів. Різні психологічні результати вимірювали на початковому етапі, одразу після втручання та під час 3-місячного спостереження.

Учасники: 57 осіб з депресивною симптоматикою, що опікуються родичами з деменцією. Усі учасники були китайцями і більшість були жінки (86,8%).

Результати: В обох інтервенціях змішаний дисперсійний аналіз (ANOVA) показав позитивний вплив на рівень стресу ($p = 0,030$, $d = 0,54$), симптоми депресії ($p = 0,002$, $d = 0,77$) та суб'єктивне навантаження на опікуна ($p < 0,001$, $d = 1,12$), тоді як модифікований MBCT мав більший вплив на зниження стресу порівняно з модифікованим MBSR ($p = 0,019$).

Хід дослідження: В цьому дослідженні, щоб покращити відвідування і дотримання програм MBSR і MBCT опікунами, були внесені зміни в протоколи MBSR і MBCT шляхом адаптування змісту деяких сесій, щоб скоротити навчання віч-на-віч; додали моніторинг по телефону з відслідковуванням подальшого прогресу та дотримання практики майндфулнесу, щоб допомогти учасникам виробити звичку практикувати усвідомленість щодня. Останні три заняття проводили раз на два тижні. Тож обидві програми інтервенцій тривали 16 тижнів і склалися з семи 2,5-годинних групових тренувань віч-на-віч. У перший місяць учасники взяли участь у чотирьох щотижневих сесіях, а потім у трьох щомісячних сесіях. У проміжках між трьома щомісячними сесіями три інструктори майндфулнесу

проводили 15-хвилинний телефонний дзвінок раз на два тижні, щоб перевірити прогрес учасників та мотивувати практикувати. Хоча структура класу були подібними в обох групах, обидва протоколи дещо відрізнялися за змістом у кожній сесії. У модифікованому МВСТ більше уваги було приділено роботі з пригніченістю та негативними думками, щоб допомогти учасникам набутися досвіду розпізнавання емоційної реактивності. У групі MBSR допомогти учасникам зрозуміти їхні звичні реакції на стрес і навчити їх неосудно реагувати на стрес фактори. Щоб вивчити ефективність двох втручань, психологічні результати вимірювали на початковому етапі до рандомізації (T0), відразу після втручання (T1) і через три місяці після втручання (T2). Основним психологічним результатом був відчуття стресу учасників та депресивної симптоматики. Стрес оцінювався за допомогою китайської версії шкали сприйнятого стресу (PSS). Це 14-бальна шкала самооцінки, яка використовується для оцінки ступеня, до якої люди оцінюють ситуації у своєму житті як стресові за попередній місяць. Симптоми депресії у учасників вимірювали за допомогою китайської версії опитника Центру епідеміологічних досліджень – шкали депресії (CES-D). Це шкала самооцінки, що складається з 20 пунктів, які вимірюють депресивні симптоми людини за останній тиждень. Суб'єктивне навантаження на опікуна було оцінено за допомогою китайської версії інтерв'ю Заріта Бурдена (ZBI). Стан майндфулнесу оцінювався за допомогою короткої форми китайської версії 5-ти факторного опитувальника усвідомлення (FFMQ-SF).

Для всіх результатів було проведено змішаний аналіз ANOVA. **Значний ефект був виявлений в усіх результатах, включаючи стрес ($p = 0,030$, $d = 0,54$ Коена), симптоми депресії ($p = 0,002$, $d = 0,77$ Коена) та суб'єктивне навантаження на опікунів ($p < 0,001$, $d = 1,12$ Коена) під час тримісячного спостереження (T2).** Значний ефект взаємодії (група \times час) був виявлений

лише для стресу ($p = 0,019$, $d = 0,63$ Коена). Контрастний тест Гельмерта виявив значні покращення в депресивній симптоматиці як при T0-T1, так і T0-T2 (середня різниця = 3,61 і 4,05, SE = 1,27 і 1,27 відповідно). **У парному порівнянні результатів двох груп між моментами часу результати показали, що модифікована група MBSR показала значне покращення суб'єктивного навантаження на опікуна від T0 до T1 (середня різниця = 5,41, SE = 1,73, $p = 0,013$), тоді як модифікована група MBCT показала значне покращення рівня стресу від T0 до T1 (середня різниця = 3,19, SE = 1,14, $p = ,030$) і значне зниження рівня навантаження від T1 до T2 (середня різниця = 5,19, SE = 1,68, $p = ,014$).** Змішані результати ANOVA показали, що існував значний вплив часу на стан майндфулнесу від T0 до T2 [$F(2, 135) = 3,70$, $p = 0,040$, частковий $\eta^2 = 0,07$]. Результати контрастного тесту Гельмерта показали, що стан майндфулнесу значно покращилася як на T0-T1, так і T0-T2 (середня різниця = 2,43 і 2,50, SE = 1,16 і 1,22, відповідно), але істотних змін не було. від T1 до T2.

Результати показали, що обидва модифіковані протоколи були ефективними для зниження рівня усвідомленого стресу, симптомів депресії та суб'єктивного навантаження на опікунів, і що ефект тривав щонайменше три місяці після втручання. **Цікаво, що це дослідження продемонструвало дуже низький рівень виходу (втрати учасників) 3.8%. Можливо низький відсоток може бути пов'язаний із модифікованим протоколом, у якому проводили моніторинг по телефону раз на два тижні, зменшили кількість особистих сеансів з восьми до семи та скоротили цілий день.** Незважаючи на зменшення кількості сеансів, значне збільшення усвідомленості за шкалами 5-ти факторного опитувальника усвідомлення (FFMQ-SF) було виявлено відразу після MBIs.

9 Назва: Ефективність когнітивної терапії на основі майндфулнесу (МВСТ) у медичних послугах. (The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in Real-World Healthcare Services). [\[49\]](#)

Рік: 2019

Автори: Alice Tickell, Susan Ball, Paul Bernard, Willem Kuyken, Robert Marx, Stuart Pack, Clara Strauss, Tim Sweeney & Catherine Crane

Мета дослідження: дослідити ефективність та безпечність проведення МВСТ програм у медичних установах.

Методи: Когортне дослідження з оцінкою ефективності до та після МВСТ інтервенцій.

Учасники: Особи від 18 років. 1554 користувачів послуг служб охорони здоров'я у Великій Британії. Згідно з оцінками в PHQ-9, до лікування 53% користувачів послуг наразі були в депресії, а 47% не мали депресії.

Результати: Менше половини вибірки ($n = 726$, 47%), опитаних за допомогою шкали PHQ-9 були у стані ремісії на початку лікування. З цієї групи 96% залишалися в діапазоні без депресії протягом усього періоду лікування. Було також значне зменшення залишкових симптомів, що узгоджується зі зниженим ризиком рецидиву депресії. В іншій частині вибірки, що мала середні або вище середнього рівні депресії за PHQ-9 ($n = 828$, 53%) 45% одужали (показник PHQ-9 знизився до діапазону без депресії), і загалом відбулося значне зниження тяжкості депресії до кінця лікування. Тож виявлено, що МВСТ є ефективним і безпечним методом лікування в закладах охорони здоров'я.

Процес дослідження / проведення експерименту: У цьому дослідженні п'ять служб психічного здоров'я з ряду регіонів Великобританії сформували групи ($n = 1554$) для вивчення впливу МВСТ на симптоми депресії. Служби, які проводили курс МВСТ, були розташовані в різних географічних місцях,

мали різні моделі надання послуг і охопили відносно змішану вибірку пацієнтів щодо наявних проблем (гостра або рецидивуюча депресія чи тривожні розлади), а також соціально-демографічних характеристик. PHQ-9 був основним показником результату. Служби збирали показники результатів як частину рутинної клінічної роботи, вони проводили оцінку PHQ-9 перед лікуванням або під час першого сеансу. Оцінки PHQ-9 потім знову виміряли симптоми депресії під час кожного з восьми сеансів МВСТ включно з останнім сеансом. МВСТ курс дотримувався 8-тижневої програми З. Сегала. Зміни PHQ-9 від до-після МВСТ досліджували за допомогою парних t-тестів, з кількісною оцінкою ефекту за допомогою d Коена. Розміри ефекту були інтерпретовані відповідно до критеріїв Коена (1988) для розмірів ефекту (малий $\geq 0,20$, середній $\geq 0,50$ і великий $\geq 0,80$). Цей аналіз було проведено для об'єднаної вибірки, кожної служби та для підгруп пацієнтів вище та нижче межі поточної депресії на момент початку лікування. Ці підгрупи були розраховані на основі наявної клінічної інформації: ті, хто набрали вище клінічної межі ($\text{PHQ-9} \geq 10$), були класифіковані як депресивні, а ті, що нижчі ($\text{PHQ-9} < 10$), були класифіковані як без поточної депресії. **Вважалося, що достовірне поліпшення настало, якщо у людини знизився рівень PHQ-9 між до- та після лікування на 6 балів або більше, а надійне погіршення відбулося, якщо у людини підвищився рівень PHQ-9 між до та після лікування на 6 балів або більше.** Було проведено обчислення ANOVA для оцінки змін PHQ-9, щоб перевірити, чи відрізнялася зміна PHQ-9 від до лікування до після лікування.

У середньому вибірка відвідала 6,37 сеансів МВСТ ($SD = 2,39$) і 16,93% відмовилися від лікування (відвідали менше 4 сеансів). **У об'єднаній вибірці, яка включає всіх користувачів послуг, незалежно від того, були вони вище або нижче клінічної межі PHQ-9 на момент початку лікування,**

середня оцінка PHQ-9 становила $M = 10,75$ ($SD = 6,18$) під час попереднього лікування, і зменшується до $M = 7,81$ ($SD = 6,08$) після лікування, що призводить до статистично значущих змін із малим і середнім розміром ефекту, $t(1553) = 22,46$, $p < 0,001$, $d = 0,0$. У цій об'єднаній вибірці 25,16% користувачів послуг відчували достовірне поліпшення симптомів депресії від до і після лікування, а у 3,22% – достовірне погіршення. З осіб, які почали лікування нижче клінічної межі депресії, $n = 726$, 95,73% залишалися в доклінічних межах (продемонстрували стійке одужання) протягом усього періоду лікування. Протягом періоду лікування спостерігалось невелике подальше поліпшення симптомів залишкової депресії, $t(725) = 8,21$, $p < 0,001$, $d = 0,33$, при цьому у 7,58% осіб спостерігалось подальше достовірне поліпшення, а у 4,13% – достовірне погіршення симптомів.

З тих осіб, які почали лікування з оцінками депресії вище клінічної межі, $n = 828$, 40,58% продемонстрували надійне поліпшення симптомів депресії протягом періоду лікування, а 2,42% – достовірне погіршення симптомів. У цій групі 44,81% одужали і величина ефекту від симптомів депресії до і після лікування в цій групі була статистично значущою, $t(827) = 22,78$, $p < 0,001$, $d = 0,86$.

Загалом, перевірка об'єднаних даних дала обнадійливі докази ефективності МВСТ як послуги в закладах охорони здоров'я. Показники відвідуваності сеансів, як правило, були високими, а показники відмови від лікування були відносно низькими. У групі МВСТ з депресією (наприклад, вище порогового значення PHQ-9 для клінічної межі), результати продемонстрували значне покращення симптомів депресії, $d = 0,86$.

10 Назва: Ефективність когнітивної терапії на основі майндфулнесу у відношенні до попередньої історії депресії: рандомізоване контрольоване дослідження (Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: randomised controlled trial). [\[50\]](#)

Рік: 2018

Автори: Nicole Geschwind, Frenk Peeters, Marcus Huibers, Jim van Os and Marieke Wichers

Мета дослідження: Дослідити, чи є залежність впливу МВСТ на залишкові симптоми депресії від кількості попередніх депресивних епізодів.

Методи: РКД. Дорослі із залишковими депресивними симптомами та історією депресії (2 попередні епізоди: $n = 71$; 3 епізоди: $n = 59$) були рандомізовані в групу МВСТ ($n = 64$) або в список очікування (контроль: $n = 66$). Основним результатом було зменшення залишкових симптомів депресії за шкалою Гамільтона HRSD-17.

Учасники: Дорослі ($n=130$) із залишковими депресивними симптомами після принаймні одного епізоду великого депресивного розлад. Залишкові симптоми визначалися як оцінка 7 або вище за шкалою Гамільтона (HRSD) .

Результати: МВСТ зменшує залишкові симптоми депресії незалежно від кількості попередніх епізодів великої депресії. Виявлено, що МВСТ була ефективною ніж список очікування ($\beta = -0,56$, $P < 0,001$). Загалом щоденна практика майндфулнесу була суттєво пов'язана з покращенням залишкових симптомів депресії, $t(61) = 2,09$, $P = 0,04$.

Процес дослідження / проведення експерименту:

Програма МВСТ відповідала протоколу З. Сегал. заняття проводилися для груп із 10–15 учасників (тому іноді групи були більшими, ніж звичайні 10–12 учасників у групі). На початку дослідження в групі охочих до лікування основними показниками результату були залишкові симптоми депресії,

виражені як загальний бал HRSD не менше ніж 7. Також аналіз повторювали з використанням шкали IDS (самозвіт). Лінійний регресійний аналіз використовувався для дослідження взаємодії між станом лікування і кількістю попередніх депресивних епізодів у моделі (пост) залишкових депресивних симптомів. Розраховані за кількістю попередніх депресивних епізодів, d Коена та стандартизовані розміри ефекту β були обчислювались для вираження впливу лікування на зменшення залишкових симптомів. Залишкові депресивні симптоми через 6 та 12-місячне спостереження (лише для групи МВСТ) порівнювали з початковими та показниками після МВСТ за допомогою парних t -тестів. У середньому учасники з 2 попередніми епізодами, рандомізованими для МВСТ, відвідали 7,3 сеанси ($sd = 1,6$), а учасники з 3+ відвідували 7,0 сеансів ($sd = 1,4$), без істотної різниці в відвідуваності між групами 2– і 3+.

Взаємодія між станом лікування (МВСТ проти контролю) та кількістю депресивних епізодів (2– v. 3+) щодо зменшення залишкових симптомів депресії не значною (HRSD: $\beta = 0,45$, 95% ДІ $-0,18$ – $1,07$, $t(125) = 1,41$, $P = 0,16$); IDS-SR: $\beta = 0,33$, 95% ДІ $-0,22$ до $0,89$, $t(124) = 3,27$, $P = 0,24$), що вказує на те, що ефект МВСТ не залежить від кількості депресивних епізодів. Це було виявлено як для балів HRSD, так і для IDS. Видалення терміну незначущої взаємодії виявило основний ефект від стану лікування (HRSD: $\beta = -0,56$, 95% ДІ $-0,87$ до $-0,25$, $t(126) = 3,56$, $P < 0,001$); IDS: $\beta = -0,44$, 95% ДІ $-0,71$ – $0,18$, $t(125) = 3,27$, $P < 0,001$), але не між кількістю епізодів (HRSD: $\beta = 0,20$, 95% ДІ $-0,11$ – $0,51$, $t(126) = 1,27$, $P = 0,21$); IDS: $\beta = 0,12$, 95% ДІ $-0,15$ до $0,39$, $t(125) = 0,87$, $P = 0,39$). Крім того, коли кількість епізодів використовувалася як безперервна змінна, не було доказів взаємодії з умовою лікування (HRSD: $\beta = 0,09$, 95% ДІ $-0,22$ до $0,41$, $t(114) = 0,58$, $P = 0,57$; IDS: β

= 0,17, 95% ДІ –0,11 до 0,45, $t(114) = 1,17$, $P = 0,24$). Таким чином, МВСТ був пов'язаний зі зменшенням залишкових симптомів депресії у всій вибірці. Додаткові аналізи залишкових симптомів через 6 та 12 місяців спостереження (доступні лише для групи МВСТ) показують, що залишкові симптоми депресії, порівняно з вихідним рівнем, все ще були значно нижчими (HRSD: $t(57)$ 6 місяців = –3,45, $P = 0,001$; $t(56)$ 12 місяців = –5,15, $P < 0,001$). Крім того, залишкові симптоми під час довготривалого спостереження не відрізнялися від залишкових симптомів після лікування (HRSD: $t(57)$ 6 місяців = 0,84, $P = 0,40$; $t(56)$ 12 місяців = –0,54, $P = 0,59$; порівнянні результати з даних IDS).

У всій вибірці МВСТ було пов'язано зі значним зменшенням залишкових симптомів депресії після лікування (зменшення приблизно на 30–35 %) у учасників без депресії із залишковими симптомами депресії, порівняно з контрольним станом у списку очікування зменшення приблизно на 10 %. Важливо, що це РКД не виявило жодних доказів більш сильного впливу МВСТ на залишкові симптоми депресії в учасників із трьома або більше попередніми епізодами порівняно з учасниками лише з одним або двома попередніми епізодами.

3.2 Результати аналізу досліджень

Було виявлено, що на сьогоднішній день більшість рандомізованих контрольованих досліджень порівнювали МВСТ з лікуванням як зазвичай (антидепресантами), списком очікування, проте менше досліджень які б порівнювали МВСТ з станом активного психосоціального порівняння (тобто, групова терапія релаксації чи інші майндфулнес базовані інтервенції). Хоча з роками кількість альтернативних контрольних умов збільшується.

З проаналізованих досліджень чотири дослідження впливу МВСТ з порівнювали з фармакологічним лікуванням як зазвичай (TAU), три з яких виявили перевагу МВСТ. Ефективність МВСТ починає перевищувати TAU на другому місці лікування.(Mira B. Cladder-Micus, Anne E.M. Speckens, Janna N. Vrijssen і кол. 2018), (Michael T Moore, Mark A Lau, Emily A. P. Haigh і кол. 2022), (Barnhofer, T., Crane, C., Brennan, K., Duggan і кол. 2015). Тільки одне дослідження (Johannes Michalak Witten, Thomas Heidenreich, Martin Schultze і кол. 2015) виявило, що результати МВСТ були неоднозначними. У загальній вибірці (двох центрів лікування А та Б) МВСТ був не більш ефективним, ніж TAU для зменшення симптомів депресії, оцінених за HAM-D. Хоча загальний ефект не був значущим, більш детальний аналіз показав, що цей результат значною мірою пояснюється дуже невеликими покращеннями показників HAM-D та великими ефектами TAU для пацієнтів із МВСТ, які отримували лікування в центрі А, тоді як МВСТ був більш ефективним, ніж TAU. в центрі Б. Загалом дослідження ефективності МВСТ має певні труднощі з тим що МВСТ групи мають малу кількість учасників 10-12 і якщо під час лікування вибуває значний відсоток учасників, то обчислення значущих результатів ускладнюється. Зважаючи на ці показники можна говорити про те, що результати підтверджують першу дослідницьку гіпотезу.

Два дослідження, що порівнювали МВСТ списком очікування виявили суттєве зниження депресивної симптоматики і показали високу ефективність МВСТ. Виявлено зменшення залишкових симптомів (HRSD: $\beta = 0.45$, 95% CI -0.18 to 1.07 , $t(125) = 1.41$, $P = 0.16$); IDS-SR: $\beta = 0.33$, 95% CI -0.22 to 0.89 , $t(124) = 3.27$, $P = 0.24$. Додаткові заміри залишкових симптомів через 6- та 12-місячне (доступні лише для групи МВСТ) показують, що залишкові

симптоми депресії, порівняно з вихідним рівнем, все ще були значно нижчими HRSD: $t(57)_{6 \text{ місяців}} = -3,45$, $P = 0,001$; $t(56)_{12 \text{ місяців}} = -5,15$, $P < 0,001$). МВСТ зменшує залишкові симптоми депресії незалежно від кількості попередніх епізодів ВДР. (Nicole Geschwind, Frenk Peeters, Marcus Huibers і кол. 2018). МВСТ ($N = 26$) значно покращили оцінку ризику повторної депресії порівняно з WLC ($N = 30$) за показниками румінації ($d = 0,59$, $p = ,015$), регуляції емоцій ($d = ,d = 0$ $p = ,028$), та емоційної реактивності на стрес ($d = 0,32$, $p = ,048$), співчуття до себе ($d = 1,02$, $p < 0,001$), уважність ($d = 0,59$ і $p = 1=0$), $d = 0,40$, $p = ,018$) і депресію ($d = 0.40$, $p = .018$) (Elisabeth Schanche, Jon Vøllestad, Endre Visted і кол. 2020).

Когортне дослідження продемонструвало зниження шкали PHQ-9 з 10.75 від початку лікування і до 7.81 після лікування. У об'єднаній вибірці, яка включає всіх користувачів послуг, незалежно від того, були вони вище або нижче клінічної межі PHQ-9 на момент початку лікування, середня оцінка PHQ-9 становила $M = 10,75$ ($SD = 6,18$) і знижується до $M = 7,81$ ($SD = 6,08$) після лікування, що призводить до статистично значущих змін із малим і середнім розміром ефекту, $t(1553) = 22,46$, $p < 0,001$, $d = 0,0$. У цій об'єднаній вибірці 25,16% пацієнтів відчули достовірне поліпшення симптомів депресії від до і після лікування. Цікаво, що дослідження проводилось в центрах по наданню послуг з охорони здоров'я. Тож виявлено, що МВСТ є ефективним і безпечним методом лікування в закладах охорони здоров'я. (Alice Tickell, Susan Ball, Paul Bernard і кол. 2020)

Також у п'ятьох дослідженнях порівнювали МВСТ з групами активного психосоціального контролю (групова терапія релаксації або зниження стресу чи терапія на основі майндфулнесу). Чотири дослідження виявили, що

МВСТ є еквівалентним методом лікування, що демонструє не меншу ефективність. У дослідженні де порівнювали МВСТ з групою релаксації значне зниження депресії спостерігалось лише в МВСТ (МВСТ: $f = 0.66$; RGT: $f = 0.22$; TAU: $f = 0.08$). (Michael T Moore, Mark A Lau, Emily A. P. Haigh і кол. 2022р.). Коли порівняльною умовою була програма зміцнення здоров'я (НЕР) +ТАУ вченими було виявлено, що наприкінці 8-тижневого лікування багатофакторний аналіз показав, що відносно стану НЕР стан МВСТ був пов'язаний зі значно більшим середнім відсотком зниження НАМ-D17 (36,6% проти 25,3%; $p = .01$) і значно вищий відсоток пацієнтів, які відповіли на лікування (30,3% проти 15,3%; $p = 0,03$). (Stuart J. Eisendrath, Erin Gillung, Kevin L. Delucchi і кол. 2017). Коли порівняльною умовою до МВСТ виступали група з програмою медитації зосередженої уваги (FA) та група з медитації спостереження з цікавістю (OM), то було виявлено, що після лікування усі види лікування продемонстрували середні та великі покращення ($d_s = 0,42-1,65$) майже для всіх результатів, проте група МВСТ мала найбільші показники покращення та довгострокового ефекту ($d = 0,40$), після неї йшла група FA ($d = 0,36$) та група OM ($d = 0,03$). (Brendan Cullen, Kristina Eichel, Jared R Lindahl і кол. 2021.) Проте результати дослідження Йоганнеса М. Віттена та колег свідчать про те, що групова СВАСП (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy) з 8 сесій, як доповнення до стандартного фармакологічного лікування, є ефективнішою (розмір ефекту 0,82) для пацієнтів, які страждають на хронічну велику депресію ніж МВСТ (розмір ефекту 0,29). (Johannes Michalak Witten, Thomas Heidenreich, Martin Schultze і кол. 2015). РКД в якому вивчали ефективність МВСТ в порівнянні з MBSR показали позитивний вплив на рівень стресу ($p = 0,030$, $d = 0,54$), симптоми депресії ($p = ,002$, $d = 0,77$) та суб'єктивне навантаження ($p < 0,001$, $d = 1,12$) в обох інтервенціях, тоді як МВСТ мав більший вплив на зниження

стресу, порівняно з MBSR ($p = 0,019$). (Daphne Sze Ki Cheung, Patrick Pui Kin Kor Cindy Jones та колеги 2020р.)

Тож групи активного контролю виявили, що МВСТ є еквівалентним методом лікування, що демонструє не меншу ефективність. Що підтверджує другу дослідницьку гіпотезу. Єдиним методом групової терапії з 5-ти розглянутих, який перевищував МВСТ за розміром ефекту була групова СВАСР (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy) (див. додаток Б).

Загалом результати показують, що завершення курсу МВСТ призвело не тільки до зниження депресивної симптоматики та послаблення рецидивуючого характеру депресії, а і до покращення регуляції емоцій, реактивності на стрес, співчуття до себе та загальний рівень майндфулнесу у житті. Що свідчить про збільшення психологічного благополуччя пацієнтів ефективність та економічну доцільність МВСТ у терапії депресивних проявів у дорослих.

Обмеження дослідження

Було виявлено багатообіцяючі докази на підтримку МВСТ, але вони не без обмежень. По-перше, література щодо ефективності містить деякі відмінні висновки щодо ефективності МВСТ порівняно зі структурно еквівалентними групами контролю. Таких досліджень небагато, тому необхідні додаткові дослідження, перш ніж прийти до будь-якого вагомого висновку. Крім того, докази механізмів змін залишаються обмеженими.

Рекомендації щодо подальших досліджень

Відносно небагато досліджень вивчали, як МВСТ працює, розглядаючи механізми терапевтичної дії. Враховуючи обмежені дослідження модераторів

лікування, розширення досліджень, зосереджених механізмах знім внесло б більше якості в психофізіологічний вплив МВСТ. Подальші дослідження в Україні з порівнянням груп активного контролю були б клінічно значущими, оскільки учасники на початку тренування майндфулнесу часто мають труднощі з розрізненням стану безрассудного усвідомлення, тому такі дослідження допомогли б підвищити якість вивчення ефективності МВСТ. Також було б доречно дослідити яким категоріям людей в Україні підходять групи МВСТ, який буде відсоток виходу з лікування. Оскільки МВСТ групи складаються з 10-12 учасників було б доцільно розширення масштабу учасників досліджень за рахунок залучення декількох груп.

Загалом впровадження груп МВСТ в закладах надання психологічної допомоги та закладах охорони здоров'я в Україні було б ефективним в лікуванні груп депресивних пацієнтів, як основний метод лікування або доповнення до фармакотерапії. Подальші дослідження, системні огляди та мета аналізи у є доцільними у вітчизняній психологічній науці, оскільки допоможуть зібрати доказову базу для проведення заходів спрямованих на популяризацію МВСТ в Україні. Це допомогло б, як залучити пацієнтів обтяжених депресією у економічно вигідну групову терапію так і заохотити психологів та психотерапевтів здобувати сертифікацію для ведення таких груп.

Висновки до Розділу 3

У поточному системному огляді був досліджений вплив МВСТ на депресивну симптоматику у дорослих, було виявлено що МВСТ можна вважати багатообіцяючою альтернативою для лікування депресії. Додатковими показниками ефективності були фактори депресивного рецидиву в когнітивній області, емоційній області, області самоспівчуття та рівня майндфулнесу. Ці області є мішенями МВСТ, як було виявлено в проаналізованих дослідженнях, що процеси румінації, регуляції емоцій та розвиток самоспівчуття та усвідомленості є механізмами змін у терапії МВСТ. Проаналізовані дослідження демонструють зниження депресивної симптоматики за різними шкалами та підвищення самоспівчуття та стану майндфулнесу. З проаналізованих досліджень 4 дослідження впливу МВСТ з порівнювали з медикаментозним лікуванням як зазвичай (TAU) в якості порівняння виявили перевагу МВСТ. Два дослідження що порівнювали МВСТ списком очікування виявили суттєве зниження депресивної симптоматики і показали високу ефективність МВСТ. Ефективність МВСТ починає перевищувати TAU на другому місці лікування. Також у чотирьох дослідженнях порівнювали МВСТ з групами активного психосоціального контролю (групова терапія релаксації або зниження стресу чи терапія на основі майндфулнесу) виявили, що МВСТ є еквівалентним методом лікування, що демонструє не меншу ефективність.

ВИСНОВКИ

Когнітивна терапія на основі усвідомлення (МВСТ) є одним із кількох видів терапії, спрямованих на зниження депресивної симптоматики та ризику повторних депресивних епізодів, яка складається з 8 послідовних щотижневих сеансів тривалістю близько 2 годин. Навчання складається з різних формальних і неформальних практик медитації, включаючи керовані сканування тіла, сидячі медитації, медитацію усвідомленої ходьби та рухів, дихальні практики та усвідомлене виконання рутинної діяльності. Також МВСТ включає психоедукацію, що слідує принципам КПТ. МВСТ знижує депресивну симптоматику та значно покращує оцінку ризику повторної депресії за показниками румінації, регуляції емоцій, та емоційної реактивності на стрес, співчуття до себе та навчюок майндфулнесу, знижує реактивність на стресорні стимули та послаблює депресивну симптоматику. Найбільші зміни були виявлені у сфері самовідношення, у вигляді значного впливу на здатність учасників бути менш самоосудними та більш милосердними до себе, що послабл. Найбільш дослідженим механізмом змін МВСТ є децентрування - знижена реактивність на зміст думки через мета усвідомлення, що відповідно знижувало депресивну симптоматику. Визначення інших механізмів дії потенційно може допомогти посилити дію МВСТ шляхом збільшення «доз» цих механізмів і видалення аспектів лікування, які не сприяють результату. А також це потенційно може допомогти визначити, для яких типів пацієнтів МВСТ не є ефективною і врахувати вищезгадану гетерогенність в результатах досліджень МВСТ з використанням умов активного порівняння. Проаналізовані дослідження які порівнювали МВСТ з групами активного контролю, продемонстрували змішані результати щодо значних групових відмінностей щодо рецидиву

депресії та симптомів депресії, всі дослідження підтвердили ефективність МВСТ, проте незначна кількість шкал вимірювання депресії не показали значущого результату після лікування.

МВСТ є методом лікування, що демонструє більшу ефективність у зниженні депресивної симптоматики, а у випадках порівняння з групою активного контролю MBSR, групою медитацій сфокусованої уваги та групою медитацій спостереження з відкритою цікавістю та групою релаксації. При порівнянні МВСТ з групою когнітивної психоедукації, яка включала усі елементи МВСТ, крім тренування усвідомленості (CPE) та групою MBSR виявлена майже еквівалентна ефективність. Проте було виявлено, що в ефективності МВСТ поступається тільки CBASP (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy). Оскільки такі результати показало тільки одне дослідження, необхідні додаткові дослідження, перш ніж прийти до будь-якого вагомого висновку.

Подальші дослідження в Україні допоможуть зібрати доказову базу для проведення заходів спрямованих на популяризацію МВСТ. Це допомогло б залучити пацієнтів обтяжених депресією у економічно вигідну групову терапію, а також заохотити психологів та психотерапевтів здобувати сертифікацію для проведення таких груп.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Національна Академія Медичних Наук України [Електронний ресурс]. - 2020 р .- Депресія. Значення терміну, статистика, симптоми. - Режим доступу до ресурсу:
<http://amnu.gov.ua/depresiya-znachennya-terminu-statystyka-symptomy/> .
2. Stefan G. Hofmann, Angelina F. Gómez. Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression [Електронний ресурс]. - 2018 р. - Режим доступу до ресурсу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5679245/> .
3. Jenny Guab, Clara Strauss, Rod Bonda, Kate Cavanagh. How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. [Електронний ресурс]. - 2015 р. - Режим доступу до ресурсу:<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735815000197?via%3Dihub> .
4. Jon Kabat-Zinn. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. [Електронний ресурс]. - 1982 р. - Режим доступу до ресурсу:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0163834382900263> .
5. Zindel Segal, Mark Williams, John Teasdale. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression, Second Edition. The Guilford Press. 2013
6. J. Mark G. Williams, Ian Russell, Daphne Russell. Mindfulness-Based Cognitive Therapy. [Електронний ресурс]. - 2008 р. - Режим доступу до ресурсу:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2834575/> .
7. Jon Kabat-Zinn, AO Massion, Jean Kristeller, Linda Gay Peterson, Kenneth E. Fletcher, Lori Pbert, William R. Lenderking, Saki Santorelli. Effectiveness of a Meditation-based Stress Reduction Program in the Treatment of Anxiety

Disorders. [Электронный ресурс]. - 1992 г. - Режим доступа до ресурсу:

https://www.researchgate.net/publication/21545608_Effectiveness_of_a_Meditation-based_Stress_Reduction_Program_in_the_Treatment_of_Anxiety_Disorders .

8. Scott R. Bishop, Mark Lau, Shauna Shapiro, Linda Carlson, Nicole D., James Carmody, Medical School Zindel V. Segal, Susan Abbey, Michael Speca, Drew Velting, Gerald Devins. Mindfulness: A Proposed Operational Definition.

[Электронный ресурс]. - 2004 г. - Режим доступа до ресурсу:

https://www.integrativehealthpartners.org/downloads/Bishop_et_al.pdf .

9. Just think: The challenges of the disengaged mind. [Электронный ресурс]. - 2015 г. - Режим доступа до ресурсу:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4330241/> .

10. Timothy D. Wilson, David A. Reinhard, Erin C. Westgate, Daniel T. Gilbert, Nicole Ellerbeck, Cheryl Hahn, Casey L. Brown, and Adi Shaked, A Wandering Mind Is an Unhappy Mind. [Электронный ресурс]. - 2010 г. - Режим доступа до ресурсу:

<https://scholar.harvard.edu/files/danielgilbert/files/a-wandering-mind-is-an-unhappy-mind-killingsworth-the-ma-science-2010.pdf> .

11. Kirk Warren Brown, Richard M. Ryan The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. [Электронный ресурс]. - 2003 г. - Режим доступа до ресурсу:

https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2003_BrownRyan.pdf .

12. J. David Creswell. Mindfulness Interventions. [Электронный ресурс]. - 2016 г. - Режим доступа до ресурсу:

<https://pdfs.semanticscholar.org/01c3/ae46e25f27a692564793d60f7c4779222d32.pdf> .

13. V. Bodhi. What Does Mindfulness Really Mean? A Canonical Perspective. [Электронный ресурс]. - 2011 г. - Режим доступа до ресурсу:

http://www.ahandfulofleaves.org/documents/Articles/What%20Does%20Mindfulness%20Really%20Mean_Bodhi_2011.pdf .

14. Kang Sim, Wai Keat Lau, Jordan Sim, Min Yi Sum, and Ross J. Baldessarini. Prevention of Relapse and Recurrence in Adults with Major Depressive Disorder: Systematic Review and Meta-Analyses of Controlled Trials. [Электронный ресурс]. - 2015 г. - Режим доступа до ресурсу:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4772815/> .

15. Prevention of relapse/recurrence in major depression by Mindfulness-based Cognitive Therapy. [Электронный ресурс]. - 2000 г. - Режим доступа до ресурсу:

https://www.researchgate.net/publication/12355725_Prevention_of_relapserecurrence_in_major_depression_by_Mindfulness-based_Cognitive_Therapy .

16. John D. Teasdale, Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams, Valerie A. Ridgeway, Judith M. Soulsby, Mark A Lau. Therapeutic Mechanism of MBCT and Clinical Application of MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) Program on Chronic Depression. [Электронный ресурс]. - 2017 г. - Режим доступа до ресурсу:

<https://www.semanticscholar.org/paper/Therapeutic-Mechanism-of-MBCT-and-Clinical-of-on-Yeon-Hee-Byun/f2a5be4e2388428d3b54804bd95cea3dbb753a03> .

17. Amit Bernstein, Yuval Hadash, Yael Lichtash, Galia Tanay, Kathrine Shepherd, David M. Fresco. Decentering and Related Constructs: A Critical Review and Meta-Cognitive Processes Model. [Электронный ресурс]. - 2015 г. - Режим доступа до ресурсу:

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1745691615594577> .

18. John D. Teasdale, Richard G. Moore, Hazel Hayhurst, Marie Pope, Susan Williams, Zindel V Segal. Metacognitive Awareness and Prevention of Relapse in

Depression: Empirical Evidence. [Электронный ресурс]. - 2002 г. - Режим доступа до ресурсу:

https://www.researchgate.net/publication/11415197_Metacognitive_Awareness_and_Prevention_of_Relapse_in_Depression_Empirical_Evidence .

19. Andrew C Butler, Jason E Chapman, Evan M Forman, Aaron T Beck. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses.

[Электронный ресурс]. - 2006 г. - Режим доступа до ресурсу:

https://www.researchgate.net/publication/303383381_The_empirical_status_of_cognitive-behavioral_therapy_A_review_of_meta-analyses .

20. Yi-Yuan Tang, Rongxiang Tang, Jarrod A. Lewis-Peacock. Brief Mental Training Reorganizes Large-Scale Brain Networks. [Электронный ресурс]. -

2017 г. - Режим доступа до ресурсу:

https://www.researchgate.net/publication/314111973_Brief_Mental_Training_Reorganizes_Large-Scale_Brain_Networks .

21. Wendy Hasenkamp, Lawrence Barsalou. Effects of Meditation Experience on Functional Connectivity of Distributed Brain Networks. [Электронный ресурс]. -

2012 г. - Режим доступа до ресурсу:

https://www.researchgate.net/publication/221689415_Effects_of_Meditation_Experience_on_Functional_Connectivity_of_Distributed_Brain_Networks .

22. Fadel Zeidan, David Vago. Mindfulness meditation–based pain relief: a mechanistic account. [Электронный ресурс]. - 2017 г. - Режим доступа до ресурсу:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4941786/> .

23. Andy Finucane, Stewart W Mercer. An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for

patients with active depression and anxiety in primary care. [Электронный ресурс]. - 2006 г. - Режим доступа до ресурсу:

https://www.researchgate.net/publication/7176898_An_exploratory_mixed_methods_study_of_the_acceptability_and_effectiveness_of_Mindfulness-Based_Cognitive_Therapy_for_patients_with_active_depression_and_anxiety_in_primary_care .

24. Ma, S. H., & Teasdale, J. D. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: Replication and Exploration of Differential Relapse Prevention Effects. [Электронный ресурс]. - 2004 г. - Режим доступа до ресурсу: <https://psycnet.apa.org/record/2004-10364-003> .

25. Clara Strauss, Kate Cavanagh, Annie Oliver, Danelle Pettman. Mindfulness-Based Interventions for People Diagnosed with a Current Episode of an Anxiety or Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. [Электронный ресурс]. - 2014 г. - Режим доступа до ресурсу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3999148/> .

26. Stuart J. Eisendrath, Erin Gillung, Kevin L. Delucchi, M.D., Zindel V. Segal, J. Craig Nelson, L. Alison McInnes, Daniel H. Mathalon, Mitchell D. Feldman, M. Phil. A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treatment-Resistant Depression. [Электронный ресурс]. - 2017 г. - Режим доступа до ресурсу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4756643/#R39> .

27. Sonia J. Bishop. Neural mechanisms underlying selective attention to threat. [Электронный ресурс]. - 2008 г. - Режим доступа до ресурсу: http://bishoplab.berkeley.edu/nyas_bishop.pdf .

28. H. S. Mayberg. Limbic-Cortical Dysregulation: A Proposed Model of Depression. [Электронный ресурс]. - 1997 г. - Режим доступа до ресурсу: https://www.researchgate.net/publication/13943433_Limbic-Cortical_Dysregulation_A_Proposed_Model_of_Depression .

29. Norman A. S. Farb, Adam K. Anderson, Helen Mayberg, Jim Bean, Deborah McKeon, and Zindel V. Segal. Minding One's Emotions: Mindfulness Training

Alters the Neural Expression of Sadness. [Электронный ресурс]. - 2016 г. -

Режим доступа до ресурсу:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5017873/> .

30 Amishi P. Jha, Joanna E. Witkin, Alexandra B. Morrison, Nina Rostrup & Elizabeth Stanley. Short-Form Mindfulness Training Protects Against Working Memory Degradation over High-Demand Intervals. [Электронный ресурс]. -

2017 г. - Режим доступа до ресурсу:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s41465-017-0035-2> .

31. Walter E B Sipe, Stuart J Eisendrath. Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theory and Practice. [Электронный ресурс]. - 2012 г. - Режим доступа до ресурсу:

<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674371205700202> .

32. National Institute for Clinical Excellence. Depression: management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 23. London: NICE, 2004. http://www.ipap-jung.eu/wp-content/uploads/2019/02/NICE_Depression-management-of-depression-in-primary-and-secondary-care.pdf .

33. Gin S Malhi, Darryl Bassett, Philip Boyce, Richard Bryant, Paul B Fitzgerald, Kristina Fritz, Malcolm Hopwood, Bill Lyndon, Roger Mulder, Greg Murray, Richard Porter, Ajeet B Singh. Royal Australian and New Zealand. College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. 2015.

https://www.ranzcp.org/files/resources/college_statements/clinician/cpg/mood-disorders-cpg.aspx

34. Stacy Lu. Mindfulness holds promise for treating depression. APA 2015.

<https://www.apa.org/monitor/2015/03/cover-mindfulness> .

35. Kirk Warren Brown, Richard M. Ryan. The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. [Электронный ресурс]. - 2003 г. - Режим доступа до ресурсу:

https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2003_BrownRyan.pdf .

36. David Gough, Sandy Oliver, James Thomas. An Introduction to Systematic Reviews. SAGE Publications Ltd. 2017.

37. Zachary Munn, Micah D. J. Peters, Cindy Stern, Catalin Tufanaru, Alexa McArthur, Edoardo Aromataris. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach.

[Электронный ресурс]. - 2018 г. - Режим доступа до ресурсу:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6245623/> .

38. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. [Электронный ресурс]. - 2009 г. - Режим доступа до ресурсу:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3090117/> .

39. L L Judd, H S Akiskal, J D Maser, P J Zeller, J Endicott, W Coryell, M P Paulus, J L Kunovac, A C Leon, T I Mueller, J A Rice, M B Kelle. Major depressive disorder: a prospective study of residual subthreshold depressive symptoms as predictor of rapid relapse. [Электронный ресурс]. - 1998 г. - Режим доступа до ресурсу: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9858069/> .

40. Stuart J. Eisendrath, Erin Gillung, Kevin L. Delucchi., Zindel V. Segal, J. Craig Nelson, L. Alison McInnes, Daniel H. Mathalon, Mitchell D. Feldman, M. Phil. A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treatment-Resistant Depression. [Электронный ресурс]. - 2017 г. - Режим доступа до ресурсу:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4756643/#R46> .

41. Mira B. Cladder-Micus, Anne E.M. Speckens, Janna N. Vrijzen, A. Rogier T. Donders, Eni S. Becker, Jan Spijker. Mindfulness-based cognitive therapy for patients with chronic, treatment-resistant depression: A pragmatic randomized controlled trial. [Электронный ресурс]. - 2018 г. - Режим доступа до ресурсу:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6175087/> .

42. Michael T Moore, Mark A Lau, Emily A. P. Haigh, Brandilyn R Willett, Colin M. Bosma, David M. Fresco. Association between Decentering and Reductions in Relapse/Recurrence in Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression in Adults: A Randomized Controlled. [Электронный ресурс]. - 2022р. - Режим доступа до ресурсу:

[Trialhttps://www.researchgate.net/publication/358249122_Association_between_Decentering_and_Reductions_in_RelapseRecurrence_in_Mindfulness-Based_Cognitive_Therapy_for_Depression_in_Adults_A_Randomized_Controlled_Trial](https://www.researchgate.net/publication/358249122_Association_between_Decentering_and_Reductions_in_RelapseRecurrence_in_Mindfulness-Based_Cognitive_Therapy_for_Depression_in_Adults_A_Randomized_Controlled_Trial) .

43. Johannes Michalak, Martin Schultze, Thomas Heidenreich, Elisabeth Schramm. A Randomized Controlled Trial on the Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and a Group Version of Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy for Chronically Depressed. [Электронный ресурс]. - 2015 р. - Режим доступа до ресурсу:

https://commonweb.unifr.ch/artsdean/pub/gestens/f/as/files/4660/45946_093105.pdf .

44. Thorsten Barnhofer, Catherine Crane, Kate Brennan, Danielle S. Duggan, Rebecca S. Crane, Catrin Eames, Sholto Radford, Sarah Silverton, Melanie J. V. Fennell, J. Mark G. Williams. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (МВСТ) Reduces the Association Between Depressive Symptoms and Suicidal Cognitions in Patients With a History of Suicidal Depression. [Электронный ресурс]. - 2015р. - Режим доступа до ресурсу:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4655869/> .

45. Mira B. Cladder-Micus, Anne E.M. Speckens, Janna N. Vrijzen, A. Rogier T. Donders, Eni S. Becker, Jan Spijker. Mindfulness-based cognitive therapy for patients with chronic, treatment-resistant depression: A pragmatic randomized controlled trial. [Электронный ресурс]. - 2018 р. - Режим доступа до ресурсу:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6175087/> .

46. Brendan Cullen, Kristina Eichel, Jared R. Lindahl, Hadley Rahrig, Nisha Kini, Julie Flahive, Willoughby B. Britton. The contributions of focused attention and open monitoring in mindfulness-based cognitive therapy for affective disturbances: A 3-armed randomized dismantling trial. [Электронный ресурс]. - 2021 г. -

Режим доступа до ресурсу:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7802967/> .

47. Elisabeth Schanche, Jon Vøllestad, Endre Visted, Julie Lillebostad Svendsen, Berge Osnes, Per Einar Binder, Petter Franer, Lin Sørensen. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on risk and protective factors of depressive relapse – a randomized wait-list controlled trial. [Электронный ресурс]. - 2020г. -

Режим доступа до ресурсу:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7275325/> .

48. Daphne Sze Ki Cheung, Patrick Pui Kin Kor, Cindy Jones, Nathan Davies, Wendy Moyle, Wai Tong Chien, Annie Lai King Yip, Suzanne Chambers, Clare Tsz Kiu Yu, Claudia K.Y.Lai. The Use of Modified Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy Program for Family Caregivers of People Living with Dementia: A Feasibility Study. [Электронный ресурс]. - 2020г. - Режим доступа до ресурсу:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1976131720300712> .

49. Alice Tickell, Susan Ball, Paul Bernard, Willem Kuyken, Robert Marx, Stuart Pack, Clara Strauss, Tim Sweeney, Catherine Crane. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in Real-World Healthcare Services. [Электронный ресурс]. - 2020г. - Режим доступа до ресурсу:

https://www.researchgate.net/publication/330343151_The_Effectiveness_of_Mindfulness-Based_Cognitive_Therapy_MBCT_in_Real-World_Healthcare_Services .

50. Nicole Geschwind, Frenk Peeters, Marcus Huibers, Jim van Os, Marieke Wichers. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: randomised controlled trial. [Электронный ресурс]. - 2020р. - Режим доступа до ресурсу:

<https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/efficacy-of-mindfulnessbased-cognitive-therapy-in-relation-to-prior-history-of-depression-randomised-controlled-trial/13B68D6077A4CCEC2623EEFF52C9FDA1> .

51. Fabrizio Didonna. Clinical Handbook of Mindfulness: Springer, New York, 2009р.

52. Ruth Baer, Gregory T Smith, Jaclyn Hopkins, Jennifer Krietemeyer, Jennifer Krietemeyer, Leslie Toney. Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. [Электронный ресурс]. - 2006р. - Режим доступа до ресурсу:

https://www.researchgate.net/publication/7329545_Using_Self-Report_Assessment_Methods_to_Explore_Facets_of_Mindfulness .

53. Choi Yeon-Hee, S. ByunTherapeutic. Mechanism of MBCT and Clinical Application of MBCT(Mindfulness-Based Cognitive Therapy) Program on Chronic Depression. [Электронный ресурс]. - 2017р. - Режим доступа до ресурсу:

<https://www.semanticscholar.org/paper/Therapeutic-Mechanism-of-MBCT-and-Clinical-of-on-Yeon-Hee-Byun/f2a5be4e2388428d3b54804bd95cea3dbb753a03>

ДОДАТКИ

Додаток А. Таблиця зведення даних проаналізованих досліджень.

Дослідження	Депресія	Експе рим.	Вихід	Шкали	До	Після	р	Контро ль
1 <u>Mindfulness-based cognitive therapy for patients with chronic, treatment-resistant depression: A pragmatic randomized controlled trial</u>	Від помірного до високого рівня симптомів	МБСТ + TAU	n = 8 [8%]	IDS-SR 5 FMQ SCS WHO QLS	35.27 113.56 20.54 77.31	33.5 114.54 20.51 78.37	0.044 0.001 <0.001 0.021	TAU
2 <u>Association between Decentering and Reductions in Relapse/Recurrence in Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression in Adults: A Randomized Controlled Trial</u>	ВДР	МБСТ	n = 3 [6%]	BDI-II EQ = Experiences Questionnaire	9.26 (8.27) 2.89 (.68)	6.00 (6.60) 3.06 (.61)	<.001, .31 <.001, .44	Relaxation group therapy (RGT) TAU
3 <u>A Randomized Controlled Trial on the Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and a Group Version of Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy for Chronically Depressed Patients</u>	ВДР	МБСТ + TAU	n = 10 [27,8%]	BDI	31.31 (9.55)	22.69 (12.11)	0.04	CBASP (group version) + TAU TAU

4 <u>Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) reduces the association between depressive symptoms and suicidal cognitions in patients with a history of suicidal depression.</u>	Ремісія з депресивною симптоматикою	MBCT		Suicidal Cognitions Scale	36.6 (14.)	28.1 (7.0)	< 0.001	Cognitive psychoeducation (CPE) TAU
5 <u>A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treatment-Resistant Depression</u>	ВДР	MBCT	n=20 [12.7%]	RRS SCS AAQ 5 FMQ HAM-D	59 2.3 42.5 24.0	49.3 2.8 37.8 27.3	< 0.05 < 0.05 < 0.05 0.019 0.03	Програма зміцнення здоров'я (HEP) +TAU
6 <u>The effects of mindfulness-based cognitive therapy on risk and protective factors of depressive relapse – a randomized wait-list controlled trial</u>	3 попередні епізоди ВДР і повна або часткова ремісія	MBCT	n=5 [16%]	RRQ-Rum DERS STAI SCS FFMQ BDI-II BAI	3.9 105.5 52.8 15.1 14.6 14.6 14.8	3.5 95.6 46.3 18.5 15.7 10.8 13.1	< 0.05 < 0.05 < 0.05 < 0.001 < 0.01 < 0.05 < 0.05	Waitlist
7 <u>Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: randomised controlled trial</u>	Залишкові симптоми депресії (анамнз 2 - 3 епізоди)	MBCT + TAU	n=3 [4.6%]	HAM-D IDS	<u>9.6 (3.2)</u> <u>19.3 (9.4)</u>	5.9 (4.2) 11.4 (8.9)	< 0.001 < 0.01	<u>Waitlist</u>

8 <u>The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in Real-World Healthcare Services</u>	Вище клінічної межі (PHQ-9 ≥ 10) і нижче	MBCT	n= 263 [16.93%]	PHQ-9	10.75	7.81	p < 0,001	-
9 <u>The contributions of focused attention and open monitoring in mindfulness-based cognitive therapy for affective disturbances: A 3-armed randomized dismantling trial</u>	легка та важка депресія	MBCT	n= 5 [13.8]	IDS DASS Depression DASS (Stress)	23,41 10,71 14,02	11,3 4,74 8,85	< .001 < .001 < .001	Медитація уваги (FA) Медитація спостереження (OM)
10 <u>The Use of Modified Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy Program for Family Caregivers of People Living with Dementia: A Feasibility Study</u>	Депресивна симптоматика	MBCT	n= 2 [3.8%]	PSS FFMQ-SF	27.42 60.26	23.73 65.88	<0.001 <0.001	MBSR

Додаток Б. Перелік відібраних досліджень.

Дослідження	Рік	Дизайн	Учасники	Експериментальна група	Контрольна група	Антидепресанти	Результати
<u>Mindfulness-based cognitive therapy for patients with chronic, treatment-resistant depression: A pragmatic randomized controlled trial</u>	2018	RCT	N = 106	МВСТ + TAU	TAU	так / ні	ANCOVA У порівнянні з TAU, значно більша частка учасників МВСТ + TAU досягла ремісії (МВСТ + TAU: 41,5%; TAU: 21,6%,). Однак більшість випадків були класифіковані як часткова ремісія (МВСТ + TAU: 39,0%; TAU: 17,65%) і меншість як повна ремісія (МВСТ + TAU: 2,44%; TAU: 3,92%). Порівняно з TAU, стан МВСТ + TAU показав значно меншу кількість румінації (d = 0,39, P = 0,04) і значно вищу якість життя (d = 0,42, P = 0,048) після лікування, контролюючи базові показники. Крім того, учасники з МВСТ + TAU показали значно більше навичок уважності (d = 0,73, P < 0,001) і значно більше самоспівчуття (d = 0,64, P = 0,001), ніж учасники лише з TAU.
<u>Association between Decentering and Reductions in Relapse/Recurrence in Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression in Adults: A Randomized Controlled Trial</u>	2022	RCT	N = 227	МВСТ	(RGT) Relaxation group TAU	так	ANOVA Частота рецидивів після 12-місячного спостереження становила 41% (20/49) у МВСТ, 36% (14/39) у RGT та 45% (27/60) у учасників TAU. Депресія зросла від початку до середини лікування у всіх групах, за винятком учасників МВСТ (МВСТ: f = .21; RGT: f = .53; TAU: f = .83), і значне зниження депресії після лікування спостерігалось лише в МВСТ група (МВСТ: f = .66; RGT: f = .22; TAU: f = .08)
<u>Mindfulness-based cognitive therapy (МВСТ) reduces the association between depressive symptoms and suicidal cognitions in patients with a history of suicidal depression.</u>	2015	RCT	N = 274	МВСТ	Cognitive psychoeducation (CPE) TAU	так / ні	ANOVA Кореляція в двох групах залишалася значною за різними нижніми межами для оцінок включення BDI-II, МВСТ: r(54) = .11, контрольні групи: r(86) = .56, z = -2.98, p = .00, для BDI ≥ 2; МВСТ: r(61) = .18, контрольні групи: r(91) = .57, z = -2.78, p = .00, для BDI ≥ 1; МВСТ: r(71) = .30, контрольні групи: r(108) = .61, z = -2.60, p = .00, для BDI ≥ 0.

<u>A Randomized Controlled Trial on the Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and a Group Version of Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy for Chronically Depressed Patients</u>	2015	RCT	N = 106	MBC T + TAU	CBASP (group version) + TAU TAU	так / ні	SEM, багатометодний аналіз із використанням STC(M-1) та метод істинних змін (Steyer, Eid i Schwenkmezger (1997) HAM-D дуже наближалися до результатів аналізу SEM (bCBASP = 0,28, SE = 0,07, p · 0,001; bMBCT · 0,08, SE · 07, p · 2) Ефект MBCT був значним при дослідженні BDI (bMBCT 0,23, SE 0,11, p 04), що вказує на те, що MBCT перевершує TAU
<u>A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treatment-Resistant Depression</u>	2017	RCT	N = 173	MBC T	Програмою зміцнення здоров'я (HEP) +TAU	так	Методи лінійної регресії (Багатоваріантний аналіз) Зниження HAM-D17 (36,6% проти 25,3%; p=0.01) Значно вищий відсоток пацієнтів, які відповіли на лікування (30,3% проти 15,3%; p=0,03) Показники ремісії суттєво не відрізнялися між лікуваннями (22,4% проти 13,9%; p=0,15) Вторинні результати (після 4-го тижня) відповіді на лікування (показники ≥ 50% зниження від вихідного рівня) та ремісії (балів після лікування ≤ 7 на HAM-D17).
<u>The contributions of focused attention and open monitoring in mindfulness-based cognitive therapy for affective disturbances: A 3-armed randomized dismantling trial</u>	2021	RCT	N = 104	MBC T	медитація зосередженої уваги (FA) медитація спостереження (OM).	так / ні	ANCOVA Усі види лікування продемонстрували середні та великі покращення (ds = 0,42–1,65) майже для всіх результатів. Лікування показало значущі відмінності у швидкості реакції та характері погіршення. FA продемонструвала найшвидший темп покращення та найменшу кількість погіршень щодо стресу, тривоги та депресії під час лікування. OM показав найповільнішу швидкість покращення та втратив тривожність, пов'язану з лікуванням, що призвело до вищої тривожності на OM на 20 тижні, ніж MBCT (d = 0,40) і FA (d = 0,36). MBCT показала найбільш сприятливу схему для тривалого лікування депресії.
<u>The effects of mindfulness-based cognitive therapy on risk and protective</u>	2020	RCT	N = 68	MBC T	Waitlist	так / ні	ANOVA , тест Літтлса, t-тест MBCT (N = 26) значно покращили оцінку ризику повторної депресії порівняно з WLC (N = 30) за показниками румінації (d = 0,59, p = ,015), регуляції емоцій (d = ,d = 0 p = ,028), емоційна реактивність на стрес

<u>factors of depressive relapse – a randomized wait-list controlled trial</u>							(d = 0,32, p = ,048), співчуття до себе (d = 1,02, p < 0,001), уважність (d = 0,59 і p 1=0), d = 0,40, p = ,018) і депресію (d = 0.40, p = .018)
<u>Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: randomised controlled trial</u>	2018	RCT	N = 130	MBC T + TAU	Waitlist	так / ні	Лінійний регресійний аналіз Виявлено зменшення залишкових симптомів (HRSD: $\beta = 0.45$, 95% CI -0.18 to 1.07 , $t(125) = 1.41$, $P = 0.16$); IDS-SR: $\beta = 0.33$, 95% CI -0.22 to 0.89 , $t(124) = 3.27$, $P = 0.24$ Додаткові заміри залишкових симптомів через 6- та 12-місячне (доступні лише для групи MBCТ) показують, що залишкові симптоми депресії, порівняно з вихідним рівнем, все ще були значно нижчими HRSD: $t(57)6$ місяців = $-3,45$, $P = 0,001$; $t(56)12$ місяців = $-5,15$, $P < 0,001$).
<u>The Use of Modified Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy Program for Family Caregivers of People Living with Dementia: A Feasibility Study</u>	2020	RCT	N = 53	MBC T	MBSR	ні	ANOVA. В обох інтервенціях змішаний дисперсійний аналіз (ANOVA) показав позитивний вплив на рівень стресу ($p = 0,030$, $d = 0,54$), симптоми депресії ($p = 0,002$, $d = 0,77$) та суб'єктивне навантаження на опікуна ($p < 0,001$, $d = 1,12$), тоді як модифікований MBCТ мав більший вплив на зниження стресу порівняно з модифікованим MBSR ($p = 0,019$).
<u>The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCТ) in Real-World Healthcare Services</u>	2019	кого ртне	N = 1554	MBC T	-	так/ні	ANOVA, Лінійний регресійний аналіз На момент початку лікування, середня оцінка PHQ-9 становила $M = 10,75$ ($SD = 6,18$) зменшується до $M = 7,81$ ($SD = 6,08$) після лікування, що призводить до статистично значущих змін із малим і середнім розміром ефекту, $t(1553) = 22,46$, $p < 0,001$, $d = 0,0$.