

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ: ЭВОЛЮЦИЯ МЕТОДА И ОБЗОР ЭФФЕКТИВНОСТИ

Цымбал М.А.¹, Коломыцев Д.Ю.¹

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Автор, ответственный за переписку:

Коломыцев Дмитрий Юрьевич, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии, медицинской психологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 644099, г. Омск, ул. Ленина, 12, d.kolomytsev@icloud.com, +7 (913) 680-94-75

Резюме

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) на сегодняшний день является популярным направлением психотерапии, а также одним из немногих психологических вмешательств, эффективность которых подтверждена доказательными исследованиями. В данном обзоре рассматриваются общие теоретические предпосылки метода, его история (поведенческий подход, когнитивный подход, методы «третьей волны»), а также доказательства эффективности КПТ. Приведен обзор исследований эффективности КПТ для лечения различных психических расстройств: депрессии (большого депрессивного расстройства, послеродовой депрессии, депрессивных расстройств пожилого возраста), шизофрении, тревожных расстройств (генерализованного тревожного расстройства, социального тревожного расстройства, тревожных расстройств детского возраста), синдрома дефицита внимания и гиперактивности, эпилепсии.

Ключевые слова: когнитивно-поведенческая психотерапия, депрессия, тревожные расстройства, шизофрения.

Список сокращений

КПТ — когнитивно-поведенческая терапия

БДР — большое депрессивное расстройство

ПРД — послеродовая депрессия

РКИ — рандомизированное контролируемое исследование

ГТР — генерализованное тревожное расстройство

МВСТ — mindfulness based cognitive therapy — когнитивная терапия, основанная на осознанности

СТР — социальное тревожное расстройство

СИОЗС — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

СДВГ — синдром дефицита внимания и гиперактивности

Эволюция метода

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) является ограниченным по времени психотерапевтическим вмешательством, направленным на решение текущих проблем пациента, которое применяется для лечения широкого спектра расстройств. КПТ представляет из себя интеграцию двух направлений психотерапии — когнитивной терапии и поведенческой (бихевиоральной) терапии. История КПТ берет начало в 1950-60-х годах и связана с интересом к применению принципов бихевиоризма для коррекции поведения людей [38]. Суть философии бихевиоризма заключалась в стремлении превратить психологию в естественную науку, оперируя ее конструкциями лишь с точки зрения наблюдаемого поведения и проверяя ложные гипотезы с помощью воспроизводимых экспериментов [12]. На момент возникновения, бихевиоризм контрастировал с доминировавшим на тот момент фрейдистским психоанализом, который был сосредоточен на теориях ненаблюдаемых явлений (например, бессознательного, вытеснения, регрессивных процессов и т. д.) и не предполагал систематических экспериментов [5].

Идея когнитивной психологии («вторая волна» КПТ), дополнившей поведенческий подход, заключалась в том, что в основе психологических проблем лежат ошибки мышления [14]. С точки зрения когнитивистов, эмоциональное состояние человека в любой момент времени зависит не столько от событий, происхо-

дящих с ним, сколько от их интерпретации. Иными словами, эмоции вызывает не столько ситуация, сколько способ ее толкования.

В рамках когнитивной терапии рассматриваются двунаправленные связи между определенными эмоциональными состояниями и когнитивными схемами: с одной стороны достаточно выраженная эмоция приводит к актуализации определенного когнитивного стиля, а с другой — данный стиль вызывает усиление переживаемой эмоции. Задачей когнитивной психотерапии является изменение когнитивных схем, что приводит, в итоге, к облегчению симптомов, связанных с эмоциями. Хорошо известны и описаны когнитивные особенности больных с депрессией, тревогой, рядом личностных расстройств, что находит свое применение в техниках психотерапии [1].

Переосмысление классических положений КПТ (КПТ «третьей волны», майндфулнесс-терапия) началось в 1990-е годы и представляло собой интеграцию принципов принятия, осознанности и безоценочного суждения в традиционные подходы КПТ [30]. Известно, что одним из наиболее значимых механизмов эффективности КПТ является повышение когнитивной дифференцированности пациента и развитие его способности к вовлечению в конструктивную деятельность несмотря на неприятные переживания [24], что закономерно привело современных терапевтов к такой работе с когнитивными схемами, которая подразумевает не их прямое изменение, а ско-

рее развитие у клиента навыков рефлексивности и осознанности (майндфулнесс) [4].

Практики и отдельные теоретические построения майндфулнесс можно проследить в буддизме и других духовных традициях с многовековой историей, которые учат осознанности и наблюдению за мыслями, а не погружению в них [31]. В настоящее время нет общепризнанного определения «майндфулнесс»; наиболее часто цитируемым является определение Кабата-Зинна: это «внимание, намеренно направленное на текущий момент, без его последующей оценки» [27, 36]. Идея майндфулнесс не является принципиально новой в истории психотерапии: начиная от Фрейда и вплоть до гуманистической традиции хорошо известен принцип принятия, который напоминает принцип осознанности [71]. Некоторые исследователи раскритиковали идею осознанности и предположили, что элементы «третьей волны» нерадикально отличаются от элементов традиционной КПТ. Тем не менее, популярность майндфулнесс-терапии растет [32].

Когнитивно-поведенческая психотерапия может применяться не только в формате очных консультаций. Существует множество исследований эффективности и возможности применения в клинической практике так называемой *internet delivered CBT* – интернет-опосредованной КПТ. Ее сущность заключается в возможности ведения и лечения пациента с использованием различных дистанционных форм терапии: от автоматизированных руководств для самопомощи до онлайн переписки с режимом видеоконференции. Интернет-опосредованная КПТ имеет ряд преимуществ перед очными сессиями: меньшая стоимость, территориальная доступность, отсутствие необходимости в предварительной записи и меньшие эмоциональные вложения со стороны психотерапевта [9].

В период пандемии COVID-19 использование удаленных и «гибридных» форм психотерапии стало еще более актуальным, как в связи с негативным влиянием

пандемии на психическое здоровье [39], так и с вводимыми эпидемическими ограничениями. Исследователями адаптируются к удаленному формату различные формы КПТ, в том числе КПТ психозов [40]. Имеются данные о том, что дистанционная КПТ психозов может быть даже более эффективной, чем обычная [48].

В настоящее время разработаны и внедрены в практику протоколы применения КПТ при различных психических расстройствах и ряде соматических заболеваний, проблемном поведении (в т.ч. агрессивном и суицидальном). Сохраняющийся интерес к изучению возможностей КПТ стимулирует проведение исследований, направленных на поиск новых показаний для применения данного метода.

КПТ депрессивных расстройств

Депрессивные расстройства являются одним из наиболее значительных вызовов современной психиатрии. Риск возникновения развернутого депрессивного эпизода в течение жизни составляет 15-18% [18], при этом депрессия значительно влияет на социальное функционирование и ухудшает качество жизни пациентов, а также связана с высоким суицидальным риском [70]. Современные исследования в области лечения большого депрессивного расстройства (БДР) сосредоточены на поиске наиболее эффективных и патогенетически обоснованных методов, что в практическом аспекте направлено на достижение у пациентов не только ответа на терапию, но и качественной и продолжительной ремиссии [44]. Хорошо известно, что многие люди, страдающие депрессией, часто предпочитают психотерапию медикаментам [54], однако психотерапия в качестве единственного метода лечения показывает свою эффективность только при легкой депрессии [69]. Наиболее оптимальной стратегией лечения БДР в настоящее

время считается сочетание антидепрессантов и психотерапии [22], в том числе и для преодоления терапевтической резистентности [51]. Ряд психотерапевтических вмешательств показывает свою эффективность в лечении депрессии, незначимо различаясь между собой [67], несмотря на то, что адресованы различным «мишеням» в психическом функционировании пациентов.

Когнитивно-поведенческий подход рассматривает особенности восприятия и мышления депрессивных пациентов не только как следствие депрессии, но и как ее причину [3]. Когнитивная составляющая депрессии (когнитивная депрессивная триада) проявляется в идеях собственной ущербности, обесценивании прошлого личного опыта и негативных мыслях о будущем. Данные проявления реализуются в виде «автоматического мышления», которое не осознается пациентом и приводит к возникновению когнитивных искажений [13]. Известно, что когнитивная составляющая депрессии является наиболее значимым предиктором суицидального риска [2, 11].

К настоящему моменту выполнено достаточно большое количество исследований, подтверждающих эффективность КПТ в лечении депрессивных расстройств. Так, в исследовании, посвященном терапии большого депрессивного расстройства (БДР), 180 пациентам с тремя или более эпизодами расстройств настроения в анамнезе были назначены поддерживающая КПТ или руководство по самопомощи. Анализ показал, что поддерживающая когнитивно-поведенческая терапия была значительно более эффективной, чем самопомощь у пациентов с пятью или более предыдущими депрессивными эпизодами [59].

В другом исследовании пациенты с БДР (n=60) были случайным образом распределены либо в группу КПТ, либо в кон-

трольную группу. Исследование подтвердило, что КПТ была эффективна для изменения депрессивного мышления, что приводило к уменьшению выраженности резидуальных симптомов депрессии, а также снижению риска рецидивов: только у одного человека (3,2%) рецидив развился в течение первых 6 месяцев, а у восьми (25,8%) – в течение первого года [62].

В метаанализе, посвященном оценке эффективности КПТ у женщин с послеродовой депрессией (ПРД), включившем в себя 40 рандомизированных и квазирандомизированных контролируемых исследований, было показано, что психотерапевтическое вмешательство приводило к более значительному уменьшению тяжести депрессивных симптомов по сравнению с контрольными группами [8, 58]. Исследование эффективности КПТ в качестве метода профилактики послеродовых депрессий показало, что применение данного вмешательства приводит к значительному снижению частоты депрессивных эпизодов у женщин после родов [21]. Однако терапия, начатая в послеродовом периоде, оказалась более эффективной, чем антенатальные вмешательства, как при лечении, так и для профилактики депрессии [10]. Способность КПТ предотвращать развитие депрессивного эпизода была более выраженной при индивидуальной форме терапии, чем при групповой [16]. В недавно выполненном метаанализе 13 РКИ, в которые были включены 966 участниц, также была продемонстрирована значимая эффективность КПТ в редукции симптомов депрессии у беременных женщин и в послеродовом периоде до 4 месяцев [42].

Депрессии у людей пожилого возраста связаны с повышенной смертностью как в результате суицидов, так и вследствие соматических заболеваний, течение которых они осложняют. Известно, что депрессии у пожилых отличаются склонностью к затяжному течению и худшим ответом на терапию [19]. Применение антидепрессантов у данной группы пациентов

связано с повышенным риском нежелательных эффектов в силу сопутствующих заболеваний и неблагоприятных межлекарственных взаимодействий, в связи с чем существует потребность в разработке научно-обоснованных нефармакологических подходов к лечению депрессий позднего возраста [63].

Эффективность психотерапии депрессии у пожилых людей была оценена в метаанализе, в который были включены РКИ, оценивающие терапию решения проблем (problem solving therapy — разновидность КПТ), другие формы КПТ и терапию воспоминаниями (life re-view/reminiscence therapy). Исследование показало высокую эффективность терапии решения проблем в отношении редукации депрессивных симптомов по сравнению с обычным лечением. Результаты терапии воспоминаниями и другие формы КПТ также были признаны многообещающими, но из-за небольшого числа исследований качество доказательств было оценено как очень низкое. Исследователями сделан вывод о том, что психологическое лечение является возможным вариантом терапии депрессии у соматически ослабленных пожилых людей [35].

КПТ тревожных расстройств Тревожные расстройства являются самыми распространенными психическими расстройствами, а повышенная тревожность — частым проявлением большинства других психических расстройств. Эффективность КПТ и психофармакотерапии в лечении тревожных расстройств сопоставимы [55]. Современные классификации тревожных расстройств, например, DSM-V, все больше основываются на парадигме КПТ, которая является не просто «набором инструментов», а способом понимания психологических механизмов патологической тревоги [17].

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) является распространенным состоянием (встречаемость в течение жизни от 2,8 до 5,0%), при котором люди страдают от чрезмерного беспокойства

или тревоги по поводу повседневных событий и проблем [37, 56]. КПТ учит пациентов перестраивать паттерны психических процессов, которые приводят к тревожности и чрезмерной оценке угрозы, и изменять катастрофичный стиль мышления. Результаты метаанализа, в который были включены 41 исследование (2132 пациента), показали, что применение КПТ ассоциируется с лучшим долгосрочным прогнозом у пациентов с ГТР, чем прикладная релаксация [22]. Метаанализ шести исследований эффективности майндфулнесс терапии (mindfulness based cognitive therapy — MBCT), которая проводилась пациентам с ГТР в возрасте 18 лет и старше, показал, что в сравнении с контрольной группой MBCT значительно улучшала исход лечения ГТР [28]. Социальное тревожное расстройство (СТР) характеризуется страхом ситуаций социального взаимодействия, когда поведение человека (в том числе обусловленное тревогой) может быть критически воспринято окружающими [7]. Эффективность психотерапии (в частности КПТ) у взрослых с СТР была неоднократно доказана в рандомизированных исследованиях и метаанализе. При совокупном анализе результатов 29 рандомизированных плацебо-контролируемых исследований КПТ показала большие значения величины эффекта, чем плацебо, но значимой разницы между различными подходами КПТ обнаружено не было [6].

Другое исследование показало неодинаковую эффективность разных видов лечения СТР (в том числе фармакологического). Крупный сетевой метаанализ 101 РКИ (n=13164), в которых изучалась эффективность 41 вида психотерапии и фармакотерапии, показал, что индивидуальная КПТ основанная на модели Кларка и Уэллса превосходит психологическое и лекарственное плацебо, в то время как экспозиционная терапия, тренировка социальных навыков или групповая КПТ незначительно отличались от плацебо по способности редуцировать

симптоматику СТР. Более того, индивидуальная КПТ имела лучший эффект по сравнению с психодинамической терапией, межличностной психотерапией, майндфулнесс-медитациями и самопомощью. Также не было обнаружено значительной разницы в эффективности СИОЗС (которые также были более эффективны, чем плацебо) и индивидуальной КПТ. Комбинированная фармако- и психотерапия также отличалась значительной эффективностью, но не было обнаружено никаких доказательств ее преимуществ перед монотерапией [46]. Основываясь на этих результатах, Британский Национальный Институт клинического мастерства (NICE – National Institute of Clinical Excellence) рекомендовал индивидуальную КПТ как терапию первого выбора при СТР, в то время как СИОЗС, имеющие значимые побочные эффекты и недостаточную эффективность в долгосрочной перспективе, как терапию второго выбора [53].

Тревожные расстройства являются одной из наиболее распространенных форм психической патологии и в детском возрасте (15-20%). Для их лечения используются психотерапия, фармакотерапия, а также комбинация двух названных подходов [68], причем клинические руководства рекомендуют когнитивно-поведенческую терапию и СИОЗС в качестве вмешательств первого выбора [57]. В метаанализе 115 исследований (в 70 исследованиях были включены пациенты с тревожным расстройством, вызванным разлукой, в 72 – с ГТР, в 82 – с СТР, в 52 – с фобиями и 36 – с паническим расстройством), в которых участвовали 7719 детей в возрасте от 5,4 до 16,1 лет, КПТ продемонстрировала превосходство в эффективности по сравнению с контрольными группами (отсутствие лечения либо плацебо-терапия). Комбинированное применение сертралина и КПТ ассоциировалось с выраженным снижением первичных симптомов тревожности [52]. В свою очередь, КПТ в нескольких исследованиях показала большую эффективность в

сравнении с флуоксетином, более значительно уменьшая симптомы тревожности, и с сертралином, значительно увеличивая длительность ремиссии. Кроме того, КПТ в нескольких исследованиях показала превосходство над флуоксетином, приводя к более значимому уменьшению симптомов тревоги, и над сертралином, значительно увеличивая длительность ремиссии [29]. Долгосрочные исследования показали, что успешная КПТ тревожных расстройств в детском и подростковом возрасте способствует снижению суицидального риска в будущем (через 7-19 лет) [72].

КПТ шизофрении

Шизофрения является многофакторным заболеванием, патогенез которого связан, в первую очередь, с нейробиологическими факторами, а краеугольным камнем ее лечения является фармакотерапия антипсихотиками [47]. Тем не менее исследователи сходятся во мнении, что эффективное лечение шизофрении подразумевает дополнение фармакотерапии методами психологической и социальной поддержки пациентов. КПТ находит свое место в комплексной помощи больным шизофренией и в ряде стран включена в стандарты лечения шизофрении [50].

В метаанализе 50 исследований, среди которых 35 оценивали классические вмешательства КПТ, и 15 – подходы «третьей волны», было показано, что традиционные сеансы КПТ демонстрировали эффективность в отношении большего числа симптомов заболевания, чем подходы «третьей волны», и в основном фокусировались на психических нарушениях, отражающих психопатологию шизофрении [49].

Первые попытки применения КПТ при шизофрении были направлены на редукцию продуктивных симптомов, однако впоследствии выяснилось, что ее влияние на психотическую симптоматику невелико [34]. Результаты проведенного метаанализа свидетельствуют об относи-

тельно скромной эффективности индивидуальной КПТ в отношении слуховых галлюцинаций и еще меньшей для бреда [65]. Крупное исследование не выявило влияния КПТ на частоту возникновения вербальных галлюцинаций и связанный с ними дистресс [15]. В большом числе публикаций авторы однозначно указывают на неэффективность КПТ в отношении негативных симптомов [66]. Кроме того, применение КПТ не влияет на риск развития рецидивов заболевания [26]. Судя по всему, КПТ может более успешно применяться для прицельного воздействия на некоторые симптомы шизофрении, не поддающиеся коррекции антипсихотическими препаратами: например, психотическую тревогу или подчинение императивным вербальным галлюцинациям [25].

КПТ синдрома дефицита внимания и гиперактивности

Распространенность синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) составляет 3-7% молодого населения [64]. СДВГ может плохо поддаваться лекарственной терапии, что является одной из причин стабильного интереса к КПТ как методу коррекции проявлений СДВГ. По результатам проведенного сетевого мета-анализа, включавшего 190 РКИ с общим числом участников, составляющим 26114 человек, КПТ, как в виде монотерапии, так и в комбинации с психостимуляторами, показала значимое преимущество над группой плацебо в купировании симптомов СДВГ. Кроме того, в данном исследовании монотерапия психостимуляторами показала свое преимущество над монотерапией КПТ, а комбинация психостимуляторов и КПТ над монотерапией психостимуляторами [20].

Систематический обзор исследований эффективности монотерапии КПТ и ее комбинации с фармакотерапией у 700 взрослых с СДВГ продемонстрировал значимое уменьшение выраженности основных симптомов заболевания в обеих группах пациентов, при этом межгруппо-

вые различия не достигли степени статистической значимости. На фоне проводимой КПТ также отмечалось уменьшение тяжести депрессии и тревоги, вторичных к СДВГ. Тем не менее, недостаточные данные об эффективности длительного применения КПТ при СДВГ, неоднородный характер полученных результатов ограничивают возможность интерпретации этих данных. Ни в одном из включенных в обзор исследований не сообщалось о серьезных нежелательных явлениях, но пять участников, получавших различные виды КПТ, сообщили об ухудшении состояния. Авторы делают вывод о том, что на сегодняшний день применение КПТ в терапии СДВГ обосновано только в качестве краткосрочного вмешательства [43].

КПТ эпилепсии

В недавнем исследовании когнитивные и поведенческие методы использовались в терапии эпилепсии отдельно и в комбинации между собой, а также в дополнение к противосудорожным препаратам. Механизм снижения частоты приступов, обнаруженный в исследовании, остался неясен, но он может быть объяснен уменьшением тяжести переживаемого стресса, уменьшением выраженности сопутствующих тревоги и депрессии, повышением осознанности. Кроме того, эффективность КПТ при эпилепсии может быть связана с изменением образа жизни пациентов, что позволяет уменьшить влияние триггеров приступов и улучшает приверженность пациентов лечению [41].

Исследователи выяснили, что решение пациентами с эпилепсией определенных когнитивных задач (чтение, речевые задания, письмо, вычисления и пространственный синтез) способствовало подавлению эпилептиформных ЭЭГ-разрядов у 64% обследованных, а их провокация отмечалась у 7,9% участников [45]. Полученные результаты позволяют предположить, что когнитивные задачи могут быть разработаны таким образом, чтобы снижать эпилептиформную активность.

Биологическим субстратом, объясняющим эффективность когнитивных стратегий в сокращении количества пароксизмов, является изменение нейронных сетей, приводящее к снижению судорожной готовности [61].

Данные об эффективности КПТ для контроля эпилептических пароксизмов являются неоднозначными. Результаты проведенного РКИ свидетельствуют об улучшении психологической адаптации пациентов с эпилепсией, получавших КПТ, однако значимых изменений частоты приступов или приверженности лечению у участников исследования не наблюдалось [60].

Заключение

КПТ эффективна в лечении широкого спектра психических расстройств, в том числе с позиций доказательной медицины, при этом наибольшая доказательная база имеется в отношении депрессивных и тревожных расстройств. Возникшие в последнее время методы КПТ «третьей волны» также являются многообещающими, однако пока не столь эффективными и хорошо разработанными как традиционные подходы. Методология КПТ обеспечивает врача не только набором инструментов терапии, но и создает

объяснительные модели психических расстройств, не вступая в противоречие с биологическими концепциями в психиатрии, а дополняя их.

Существенным преимуществом КПТ над другими направлениями психотерапии является ее нацеленность на измеряемые показатели психологического функционирования и относительно высокая верифицируемость результатов, что позволяет проводить корректные исследования ее эффективности, а также оценивать результаты лечения у конкретного пациента. КПТ демонстрирует свою эффективность как в сочетании с медикаментозной терапией, так и без нее. Однако ее возможности ограничены в первую очередь природой психических расстройств: КПТ не оказывает значимого влияния на те симптомы, которые в наибольшей степени связаны с грубыми нейробиологическими нарушениями (такие как эпилептические пароксизмы или негативная симптоматика при шизофрении). В связи с этим в клинической практике применение КПТ представляется наиболее оправданным в комплексе лечебно-профилактических мероприятий, наряду с биологическими методами терапии и мерами социальной поддержки.

Благодарности:

Авторы выражают благодарность заведующему кафедрой психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, доценту, докт.мед.наук Г.М. Усову за помощь в редактировании статьи

ЛИТЕРАТУРА

1. Bek Dzh. S. Kognitivnaja terapija. Polnoe rukovodstvo. M.: Vil'jams; 2016. Russian (Бек Дж. С. Когнитивная терапия. Полное руководство. М.: Вильямс; 2016).
2. Ljubov E.B., Cuprun V.E. Suicidal'noe povedenie i shizofrenija: biopsihosocial'nyj podhod v diagnostike, lechenii i profilaktike. Suicidologija 2013; 4(3): 3-16. Russian (Любов Е.Б., Цупрун В.Е.

- Суицидальное поведение и шизофрения: биопсихосоциальный подход в диагностике, лечении и профилактике. Суицидология 2013; 4(3): 3-16).
3. Sychev O. A., Gordeeva T. O. Programmy psihologicheskoy profilaktiki depressii u podrostkov. Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija 2014; 3: 141-157. Russian (Сычев О. А., Гордеева Т. О. Программы психологической профилактики депрессии у подростков. Консультативная психология и психотерапия 2014; 3: 141-157)

4. Holmogorova A.B. Kognitivno-bihevioral'naja terapija «na grebne tret'ej volny»: revoljucionnyj povorot ili novye akcenty? Sovremennaja terapija psicheskikh rasstrojstv 2016; 2:16-21. Russian (Холмогорова А.Б. Когнитивно-бихевиоральная терапия «на гребне третьей волны»: революционный поворот или новые акценты? Современная терапия психических расстройств 2016; 2:16-21)
5. H'ell L., Zigler D. Teorii lichnosti. 3-e izd. SPb.: Piter; 2016. Russian (Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. 3-е изд. СПб.: Питер; 2016).
6. Acarturk C, Cuijpers P, van Straten A, de Graaf R. Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. Psychol Med. 2009 Feb; 39(2):241-54. doi: 10.1017/S0033291708003590. Epub 2008 May 28. PMID: 18507874.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual for mental disorders, 5th edition (DSM-5) Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013
8. Ammerman RT, Putnam FW, Altaye M, Stevens J, Teeters AR, Van Ginkel JB. A clinical trial of in-home CBT for depressed mothers in home visitation. Behav Ther. 2013 Sep;44(3):359-72. doi: 10.1016/j.beth.2013.01.002. Epub 2013 Feb 4. PMID: 23768664; PMCID: PMC3693767.
9. Andersson G, Topooco N, Havik O, Nordgreen T. Internet-supported versus face-to-face cognitive behavior therapy for depression. Expert Rev Neurother. 2016;16(1):55-60. doi: 10.1586/14737175.2015.1125783. Epub 2015 Dec 15. PMID: 26610160.
10. Austin MP, Frilingos M, Lumley J, Hadzi-Pavlovic D, Roncolato W, Acland S, Saint K, Segal N, Parker G. Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: a randomised controlled trial. J Affect Disord. 2008 Jan;105(1-3):35-44. doi: 10.1016/j.jad.2007.04.001. Epub 2007 May 8. PMID: 17490753.
11. Bateman K, Hansen L, Turkington D, Kingdon D. Cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in schizophrenia: results from a randomized controlled trial. Suicide Life Threat Behav. 2007 Jun;37(3):284-90. doi: 10.1521/suli.2007.37.3.284. PMID: 17579541.
12. Baum W.M. Understanding behaviorism: Behavior, culture, and evolution (2nd ed.) Malden, MA: Blackwell; 2005.
13. Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G. Cognitive Therapy of Depression. New York: The Guilford Press;1987
14. Beck, A. T., & Weishaar, M. (2005). Cognitive therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), Current psychotherapies (p. 238–268). Thomson Brooks/Cole Publishing Co.
15. Birchwood M, Michail M, Meaden A, TARRIER N, Lewis S, Wykes T, Davies L, Dunn G, Peters E. Cognitive behaviour therapy to prevent harmful compliance with command hallucinations (COMMAND): a randomised controlled trial. Lancet Psychiatry. 2014 Jun;1(1):23-33. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70247-0. Epub 2014 Jun 4. PMID: 26360400.
16. Bittner A, Peukert J, Zimmermann C, Junge-Hoffmeister J, Parker LS, Stöbel-Richter Y, Weidner K. Early intervention in pregnant women with elevated anxiety and depressive symptoms: efficacy of a cognitive-behavioral group program. J Perinat Neonatal Nurs. 2014 Jul-Sep;28(3):185-95. doi: 10.1097/JPN.000000000000027. PMID: 25062520.
17. Borza L. Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety. Dialogues Clin Neurosci. 2017 Jun;19(2):203-208. doi: 10.31887/DCNS.2017.19.2/lborza. PMID: 28867944; PMCID: PMC5573564.
18. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, de Graaf R, Demyttenaere K, Hu C, Iwata N, Karam AN, Kaur J, Kostyuchenko S, Lépine JP, Levinson D, Matschinger H, Mora ME, Browne MO, Posada-Villa J, Viana MC, Williams DR, Kessler RC. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. BMC Med. 2011 Jul 26;9:90. doi: 10.1186/1741-7015-9-90. PMID: 21791035; PMCID: PMC3163615.
19. Casey DA. Depression in Older Adults: A Treatable Medical Condition. Prim Care. 2017 Sep;44(3):499-510. doi: 10.1016/j.pop.2017.04.007. Epub 2017 Jul 18. PMID: 28797375.
20. Catalá-López F, Hutton B, Núñez-Beltrán A, Page MJ, Ridao M, Macías Saint-Gerons D, Catalá MA, Tabarés-Seisdedos R, Moher D. The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta-analyses of randomised trials. PLoS One. 2017 Jul 12;12(7):e0180355. doi: 10.1371/journal.pone.0180355. PMID: 28700715; PMCID: PMC5507500.
21. Chabrol H, Teissedre F, Saint-Jean M, Teisseyre N, Rogé B, Mullet E. Prevention and treatment of post-partum depression: a controlled randomized study on women at risk. Psychol Med. 2002 Aug;32(6):1039-47. doi: 10.1017/S0033291702006062. PMID: 12214785.
22. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole S, Huibers M, Berking M, Andersson G. Psychological treatment of generalized anxiety disorder: a meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2014 Mar;34(2):130-40. doi: 10.1016/j.cpr.2014.01.002. Epub 2014 Jan 10. PMID: 24487344.
23. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds CF 3rd. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. World Psychiatry. 2014 Feb;13(1):56-67. doi: 10.1002/wps.20089. PMID: 24497254; PMCID: PMC3918025.
24. Forman EM, Chapman JE, Herbert JD, Goetter EM, Yuen EK, Moitra E. Using session-by-

- session measurement to compare mechanisms of action for acceptance and commitment therapy and cognitive therapy. *Behav Ther.* 2012 Jun;43(2):341-54. doi: 10.1016/j.beth.2011.07.004. Epub 2011 Aug 7. PMID: 22440070.
25. Freeman D, Dunn G, Startup H, Pugh K, Cordwell J, Mander H, Černis E, Wingham G, Shirvell K, Kingdon D. Effects of cognitive behaviour therapy for worry on persecutory delusions in patients with psychosis (WIT): a parallel, single-blind, randomised controlled trial with a mediation analysis. *Lancet Psychiatry.* 2015 Apr;2(4):305-13. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00039-5. Epub 2015 Mar 31. PMID: 26360083; PMCID: PMC4698664.
26. Garety PA, Fowler DG, Freeman D, Bebbington P, Dunn G, Kuipers E. Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2008 Jun;192(6):412-23. doi: 10.1192/bjp.bp.107.043570. PMID: 18515890.
27. Germer, C. K., & Chan, C. S. Working with emotion in cognitive behavioral therapy: Techniques for clinical practice. New York: Guilford; 2014.
28. Ghahari S, Mohammadi-Hasel K, Malakouti SK, Roshanpajouh M. Mindfulness-based Cognitive Therapy for Generalised Anxiety Disorder: a Systematic Review and Meta-analysis. *East Asian Arch Psychiatry.* 2020 Jun;30(2):52-56. doi: 10.12809/eaap1885. PMID: 32611828.
29. Ginsburg GS, Kendall PC, Sakolsky D, Compton SN, Piacentini J, Albano AM, Walkup JT, Sherrill J, Coffey KA, Rynn MA, Keeton CP, McCracken JT, Bergman L, Iyengar S, Birmaher B, March J. Remission after acute treatment in children and adolescents with anxiety disorders: findings from the CAMS. *J Consult Clin Psychol.* 2011 Dec;79(6):806-13. doi: 10.1037/a0025933. PMID: 22122292; PMCID: PMC3371083.
30. Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies - Republished Article. *Behav Ther.* 2016 Nov;47(6):869-885. doi: 10.1016/j.beth.2016.11.006. Epub 2016 Nov 10. PMID: 27993338.
31. Herbert, J. D., & Forman, E. M. (Eds.). (2011). *The evolution of cognitive behavior therapy: The rise of psychological acceptance and mindfulness.* In J. D. Herbert & E. M. Forman (Eds.), *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies* (p. 3–25). John Wiley & Sons Inc.
32. Hofmann SG, Asmundson GJG. Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat? *Clin Psychol Rev.* 2008 Jan;28(1):1-16. doi: 10.1016/j.cpr.2007.09.003. Epub 2007 Sep 18. PMID: 17904260.
33. Jakovljevic M, Bjedov S, Jaksic N, Jakovljevic I. COVID-19 Pandemia and Public and Global Mental Health from the Perspective of Global Health Securit. *Psychiatr Danub.* 2020 Spring;32(1):6-14. doi: 10.24869/psyd.2020.6. PMID: 32303023.
34. Jauhar S, Laws KR, McKenna PJ. CBT for schizophrenia: a critical viewpoint. *Psychol Med.* 2019 Jun;49(8):1233-1236. doi: 10.1017/S0033291718004166. Epub 2019 Feb 13. PMID: 30757979.
35. Jonsson U, Bertilsson G, Allard P, Gyllensvärd H, Söderlund A, Tham A, Andersson G. Psychological Treatment of Depression in People Aged 65 Years and Over: A Systematic Review of Efficacy, Safety, and Cost-Effectiveness. *PLoS One.* 2016 Aug 18;11(8):e0160859. doi: 10.1371/journal.pone.0160859. PMID: 27537217; PMCID: PMC4990289.
36. Kabat-Zinn, J. Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life. New York: Hyperion; 1994.
37. Kaczurkin AN, Foa EB. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues Clin Neurosci.* 2015 Sep;17(3):337-46. doi: 10.31887/DCNS.2015.17.3/akaczurkin. PMID: 26487814; PMCID: PMC4610618.
38. Kazdin, A. E., & Wilson, G. T. Evaluation of behavior therapy: Issues, evidence, and research strategies. Ballinger; 1978
39. Kopelovich SL, Turkington D. Remote CBT for Psychosis During the COVID-19 Pandemic: Challenges and Opportunities. *Community Ment Health J.* 2021 Jan;57(1):30-34. doi: 10.1007/s10597-020-00718-0. Epub 2020 Oct 1. PMID: 33001323; PMCID: PMC7528451.
40. Leeman-Markowski BA, Schachter SC. Cognitive and Behavioral Interventions in Epilepsy. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2017 May;17(5):42. doi: 10.1007/s11910-017-0752-z. PMID: 28382495; PMCID: PMC6094950.
41. Li, Z., Liu, Y., Wang, J., Liu, J., Zhang, C., & Liu, Y. (2020). Effectiveness of cognitive behavioural therapy for perinatal depression: A systematic review and meta-analysis. // *Journal of clinical nursing*, 29(17-18): 3170–3182
42. Lopez PL, Torrente FM, Ciapponi A, Lischinsky AG, Cetkovich-Bakmas M, Rojas JI, Romano M, Manes FF. Cognitive-behavioural interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Mar 23;3(3):CD010840. doi: 10.1002/14651858.CD010840.pub2. PMID: 29566425; PMCID: PMC6494390.
43. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet.* 2018 Nov 24;392(10161):2299-2312. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31948-2. Epub 2018 Nov 2. PMID: 30396512.
44. Matsuoka H, Nakamura M, Ohno T, Shimabukuro J, Suzuki T, Numachi Y, Awata S. The role of cognitive-motor function in precipitation and inhibition of epileptic seizures. *Epilepsia.* 2005;46 Suppl 1:17-20. doi: 10.1111/j.0013-9580.2005.461006.x. PMID: 15816973.

45. Mayo-Wilson E, Dias S, Mavranouzouli I, Kew K, Clark DM, Ades AE, Pilling S. Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2014 Oct;1(5):368-76. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70329-3. Epub 2014 Oct 7. PMID: 26361000; PMCID: PMC4287862.
46. McCutcheon RA, Reis Marques T, Howes OD. Schizophrenia-An Overview. *JAMA Psychiatry*. 2020 Feb 1;77(2):201-210. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.3360. PMID: 31664453.
47. Naeem, F., Khoury, B., Munshi, T., Ayub, M., Lecomte, T., Kingdon, D., & Farooq, S. (2016). Brief cognitive behavioral therapy for psychosis (CBTp) for schizophrenia: Literature review and meta-analysis. *International Journal of Cognitive Therapy*, 9(1): 73–86. <https://doi.org/10.1521/ijct.2016.09.04>
48. Nowak I, Sabariego C, Świtaj P, Anczewska M. Disability and recovery in schizophrenia: a systematic review of cognitive behavioral therapy interventions. *BMC Psychiatry*. 2016 Jul 11;16:228. doi: 10.1186/s12888-016-0912-8. PMID: 27400680; PMCID: PMC4940955.
49. Owen MJ, Sawa A, Mortensen PB. Schizophrenia. *Lancet*. 2016 Jul 2;388(10039):86-97. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01121-6. Epub 2016 Jan 15. PMID: 26777917; PMCID: PMC4940219.
50. Pandarakalam JP. Challenges of Treatment-resistant Depression. *Psychiatr Danub*. 2018 Sep;30(3):273-284. doi: 10.24869/psyd.2018.273. PMID: 30267518.
51. Piacentini J, Bennett S, Compton SN, Kendall PC, Birmaher B, Albano AM, March J, Sherrill J, Sakolsky D, Ginsburg G, Rynn M, Bergman RL, Gosch E, Waslick B, Iyengar S, McCracken J, Walkup J. 24- and 36-week outcomes for the Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study (CAMS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014 Mar;53(3):297-310. doi: 10.1016/j.jaac.2013.11.010. Epub 2013 Nov 28. PMID: 24565357; PMCID: PMC3982864.
52. Pilling S, Mayo-Wilson E, Mavranouzouli I, Kew K, Taylor C, Clark DM; Guideline Development Group. Recognition, assessment and treatment of social anxiety disorder: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2013 May 22;346:f2541. doi: 10.1136/bmj.f2541. PMID: 23697669.
53. Prins MA, Verhaak PF, van der Meer K, Peninx BW, Bensing JM. Primary care patients with anxiety and depression: need for care from the patient's perspective. *J Affect Disord*. 2009 Dec;119(1-3):163-71. doi: 10.1016/j.jad.2009.03.019. Epub 2009 May 5. PMID: 19419771.
54. Robinson OJ, Pike AC, Cornwell B, Grillon C. The translational neural circuitry of anxiety. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2019 Dec;90(12):1353-1360. doi: 10.1136/jnnp-2019-321400. Epub 2019 Jun 29. PMID: 31256001.
55. Ruscio AM, Hallion LS, Lim CCW, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Andrade LH, Borges G, Bromet EJ, Bunting B, Caldas de Almeida JM, Demyttenaere K, Florescu S, de Girolamo G, Gureje O, Haro JM, He Y, Hinkov H, Hu C, de Jonge P, Karam EG, Lee S, Lepine JP, Levinson D, Mneimneh Z, Navarro-Mateu F, Posada-Villa J, Slade T, Stein DJ, Torres Y, Uda H, Wojtyniak B, Kessler RC, Chatterji S, Scott KM. Cross-sectional Comparison of the Epidemiology of DSM-5 Generalized Anxiety Disorder Across the Globe. *JAMA Psychiatry*. 2017 May 1;74(5):465-475. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0056. PMID: 28297020; PMCID: PMC5594751
56. Rynn MA, Walkup JT, Compton SN, Sakolsky DJ, Sherrill JT, Shen S, Kendall PC, McCracken J, Albano AM, Piacentini J, Riddle MA, Keeton C, Waslick B, Chrisman A, Iyengar S, March JS, Birmaher B. Child/Adolescent anxiety multimodal study: evaluating safety. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015 Mar;54(3):180-90. doi: 10.1016/j.jaac.2014.12.015. Epub 2014 Dec 31. PMID: 25721183; PMCID: PMC4362776.
57. Sockol LE. A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. *J Affect Disord*. 2015 May 15;177:7-21. doi: 10.1016/j.jad.2015.01.052. Epub 2015 Feb 2. PMID: 25743368.
58. Stangier U, Hilling C, Heidenreich T, Risch AK, Barocka A, Schlösser R, Kronfeld K, Ruckes C, Berger H, Röschke J, Weck F, Volk S, Hambrecht M, Serfling R, Erkwow R, Stirn A, Sobanski T, Hautzinger M. Maintenance cognitive-behavioral therapy and manualized psychoeducation in the treatment of recurrent depression: a multicenter prospective randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2013 Jun;170(6):624-32. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12060734. PMID: 23732968.
59. Tan SY, Bruni J. Cognitive-behavior therapy with adult patients with epilepsy: a controlled outcome study. *Epilepsia*. 1986 May-Jun;27(3):225-33. doi: 10.1111/j.1528-1157.1986.tb03533.x. PMID: 3516668.
60. Tang V, Michaelis R, Kwan P. Psychobehavioral therapy for epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2014 Mar;32:147-55. doi: 10.1016/j.yebh.2013.12.004. Epub 2014 Jan 10. PMID: 24418662.
61. Teismann, T., von Brachel, R., Hanning, S., Grillenberger, M., Hebermehl, L., Hornstein, I., & Willutzki, U. (2014). A randomized controlled trial on the effectiveness of a rumination-focused group treatment for residual depression. *Psychotherapy Research*, 24(1), 80–90. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.821636>
62. Tham A, Jonsson U, Andersson G, Söderlund A, Allard P, Bertilsson G. Efficacy and tolerability of antidepressants in people aged 65 years or older with major depressive disorder - A systematic review and a meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016 Nov 15;205:1-12. doi: 10.1016/j.jad.2016.06.013. Epub 2016 Jun 18. PMID: 27389296.

63. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*. 2015 Apr;135(4):e994-1001. doi: 10.1542/peds.2014-3482. Epub 2015 Mar 2. PMID: 25733754.
64. van der Gaag M, Valmaggia LR, Smit F. The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: a meta-analysis. *Schizophr Res*. 2014 Jun;156(1):30-7. doi: 10.1016/j.schres.2014.03.016. Epub 2014 Apr 14. PMID: 24731619.
65. Velthorst E, Koeter M, van der Gaag M, Nieman DH, Fett AK, Smit F, Staring AB, Meijer C, de Haan L. Adapted cognitive-behavioural therapy required for targeting negative symptoms in schizophrenia: meta-analysis and meta-regression. *Psychol Med*. 2015 Feb;45(3):453-65. doi: 10.1017/S0033291714001147. Epub 2014 May 22. PMID: 24993642.
66. Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*. 2015 Oct;14(3):270-7. doi: 10.1002/wps.20238. PMID: 26407772; PMCID: PMC4592639.
67. Wang Z, Whiteside SPH, Sim L, Farah W, Morrow AS, Alsawas M, Barrionuevo P, Tello M, Asi N, Beuschel B, Daraz L, Almasri J, Zaiem F, Larrea-Mantilla L, Ponce OJ, LeBlanc A, Prokop LJ, Murad MH. Comparative Effectiveness and Safety of Cognitive Behavioral Therapy and Pharmacotherapy for Childhood Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2017 Nov 1;171(11):1049-1056. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.3036. Erratum in: *JAMA Pediatr*. 2018 Oct 1;172(10):992. PMID: 28859190; PMCID: PMC5710373.
68. Weitz ES, Hollon SD, Twisk J, van Straten A, Huibers MJ, David D, DeRubeis RJ, Dimidjian S, Dunlop BW, Cristea IA, Faramarzi M, Hegerl U, Jarrett RB, Kheirkhah F, Kennedy SH, Mergl R, Miranda J, Mohr DC, Rush AJ, Segal ZV, Siddique J, Simons AD, Vittengl JR, Cuijpers P. Baseline Depression Severity as Moderator of Depression Outcomes Between Cognitive Behavioral Therapy vs Pharmacotherapy: An Individual Patient Data Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2015 Nov;72(11):1102-9. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.1516. PMID: 26397232.
69. WHO. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2017
70. Williams, John C., and Steven Jay Lynn. "Acceptance: An Historical and Conceptual Review." *Imagination, Cognition and Personality*, vol. 30, no. 1, Sept. 2010, pp. 5–56, doi:10.2190/IC.30.1.c.
71. Wolk CB, Kendall PC, Beidas RS. Cognitive-behavioral therapy for child anxiety confers long-term protection from suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015 Mar;54(3):175-9. doi: 10.1016/j.jaac.2014.12.004. Epub 2014 Dec 17. PMID: 25721182; PMCID: PMC4344955.