

Mindfulness-based cognitive therapy: КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ, ОСНОВАННАЯ НА ОСОЗНАННОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ*

Пуговкина О.Д.

ФГБУ «Московский НИИ Психиатрии Минздрава РФ»

РЕЗЮМЕ. В течение последних десятилетий в зарубежной литературе отмечается рост интереса к изучению концепции осознанности как психологического конструкта и как формы психотерапевтического вмешательства для профилактики и лечения хронической депрессии. В статье рассмотрены особенности мышления больных хронической депрессией, на коррекцию которых направлены техники Mindfulness-based cognitive therapy (МВСТ), или когнитивной терапии, основанной на осознанности. На основе данных зарубежных исследований дано описание позитивных психологических эффектов осознанности, в том числе увеличения субъективного благополучия, снижения когнитивной и эмоциональной реактивности, предполагаемых механизмов терапевтического воздействия МВСТ, приведены данные об эффективности подхода в лечении хронических депрессий и других расстройств.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Mindfulness-based cognitive therapy; когнитивно-бихевиоральная психотерапия; когнитивная терапия, основанная на осознанности; осознанность; психологическая внимательность; хроническая депрессия.

КОНТАКТ: olgapugovkina@yandex.ru

Проблема изучения феномена осознанности

В течение последних нескольких десятилетий в зарубежной литературе наблюдается всплеск интереса к изучению феномена осознанности как психологического конструкта и как формы клинических психотерапевтических интервенций. Под осознанностью (другой возможный вариант перевода термина – психологическая внимательность) понимается способность произвольно сосредотачивать внимание на текущих событиях и ощущениях, произвольно переключать внимание с одних аспектов на другие, ощущая при этом подконтрольность процесса сосредоточения и управляемость им. В более широком контексте осознанность означает способность безоценочно, предметно и буквально осознавать свой жизненный опыт (полноту и разнообразие содержания переживаемых событий и явлений) и одновременно осознание того факта, что переживаемые ощущения есть внутренняя репрезентация опыта, некий субъективный слепок с реальности, а не сама объективная реальность [22].

Способность осознавать субъективность внутренней картины реальности рассматривается как потенциально эффективный антидот против распространенных форм психологического стресса – тревоги, страха, раздражения, гнева, руминаций и других форм стресса, дисфункциональный характер которых определяется во многом крайне деструктивными стратегиями избегания, подавления или чрезмерной озабоченности негативными переживаниями и мыслями [21, 33].

Техники осознания в медитативных практиках существовали в течение многих столетий как часть буддистской и других восточных духовных традиций.

Исследование феномена осознанности в контексте научного изучения в психотерапии и клинической психологии началось в 1980-х годах [21] и на сегодняшний день оформилось в самостоятельное направление. В рамках этого направления ведутся поиски удачной концептуализации феномена осознанности, разработка методики его оценки, происходит оформление специфических психотерапевтических техник с обоснованием механизмов воздействия, ведутся исследования и на уровне мета-анализов обобщаются данные об эффективности психотерапии, основанной на осознанности, в разных клинических группах.

В многочисленных корреляционных исследованиях получены данные о связи осознанности с более высоким уровнем удовлетворенности жизнью, жизнестойкостью [6], психологическим благополучием, оптимизмом, компетентностью [7], позитивной самооценкой [38], эмпатией [12] и др.

Исследования продемонстрировали значительные отрицательные корреляции между осознанностью и депрессией [6], нейротизмом [12, 17], склонностью к руминациям [35], когнитивной реактивностью [34], социальной тревожностью [6, 12, 37].

Ряд работ посвящен связи осознанности и общих когнитивных процессов. Например, показана связь осознанности и повышения продуктивности решения задач, требующих длительного сосредоточения [42] и настойчивости [13].

Уровень осознанности связан с различиями в ряде параметров мозговой активности. J.D. Creswell [11] с использованием функциональных методов нейровизуализации обнаружил, что высокий уровень осознанности был связан с уменьшением активации в области миндалины и более широким полем активации префронтальной коры головного мозга. Была зафиксирована выраженная обратная связь между

* Статья подготовлена при финансовой поддержке Российского научного фонда (грант № 14-18-03461).

активацией префронтальной коры и миндалины среди испытуемых с высоким уровнем осознанности, в отличие от испытуемых с низким уровнем, у которых такой связи не обнаруживалось.

Это позволяет предполагать, что более «осознающие» испытуемые лучше способны регулировать эмоциональные реакции за счет активности префронтальной коры и ингибирования активности в области миндалины. Осознанность также отрицательно коррелирует с активностью в миндалине, медиальной префронтальной и теменной областях мозга во время сосредоточения испытуемого на своих ощущениях, в то время как высокий уровень выраженности симптомов депрессии положительно коррелирует с активностью в этих областях [47].

Сходные данные получены при изучении потенциальных нейробиологических коррелятов осознанности и состояния медитации при сравнении структуры и активности мозга в процессе медитации у испытуемых, систематически практикующих медитацию и не практикующих подобных техник. Результаты свидетельствуют о том, что интенсивный опыт медитации связан: 1) с увеличением толщины серого вещества в областях мозга, участвующих в реализации функций внимания, interoцепции, сенсорной обработке, в том числе в областях префронтальной коры и правой передней островковой доле; 2) с увеличением активации в областях мозга, участвующих в обработке отвлекающих событий и эмоций, которые включают переднюю поясную кору и дорсомедиальную префронтальную кору соответственно [19]. Эти данные согласуются с утверждением о том, что систематическое обучение осознанию и медитации вызывает изменения, которые могут быть оценены и определены на субъективных, поведенческих и нейробиологических уровнях [46].

Феномен осознанности является центральным компонентом нескольких психотерапевтических подходов: Mindfulness-based stress reduction program (MBSR), или снижение стресса на основе осознанности и медитации [21]; Mindfulness-based cognitive therapy (МВСТ), или когнитивная терапия, основанная на осознанности [40]; диалектическая поведенческая терапия [1], а также предметом многочисленных книг по самопомощи и самосовершенствованию. Помимо научного изучения осознанности как специфической психотерапевтической интервенции этот феномен активно обсуждается в более популярной литературе как путь к духовному росту, наслаждению, мудрости и т. п.

Перечисленные выше подходы в целом относятся к когнитивно-бихевиоральному направлению (КБТ), которое имеет внушительные эмпирические доказательства эффективности в лечении тревожных и депрессивных расстройств. Однако, судя по активности изучения феномена осознанности, существует необходимость развития альтернативного или взаимодополняющего подхода для повышения эффективности когнитивной терапии, особенно в случае лечения хронифицированных форм расстройств.

Многие специалисты считают подход МВСТ (mindfulness-based cognitive therapy: когнитивная терапия, основанная на осознанности) подходящим на эту роль, более того, убедительные доказательства его эффективности и популярность позволяют говорить об осознанности как о потенциальной «пана-

цее» от различных видов психологического стресса. Однако прежде чем говорить об этом, необходимо доказательно определить предполагаемые мишени воздействия, представить механизмы терапевтического эффекта МВСТ и отразить доказательства эффективности метода.

Проявления дефицита осознанности в мышлении больных хронической депрессией как мишень МВСТ

МВСТ, или когнитивная терапия, основанная на осознанности, была предложена в качестве метода предотвращения рецидивов депрессии после успешного выздоровления пациентов. Идея метода основана на предположении о том, что депрессивное настроение и негативное, катастрофизирующее, самообесценивающее мышление, характерное для острого периода депрессии, образуют ассоциативную связь. Впоследствии, несмотря на успешное лечение депрессивного эпизода, легкие формы плохого настроения рискуют принять крупные масштабы и устойчивые формы посредством самовоспроизводящихся мыслей о том, что происходящее напоминает ощущения во время депрессивного эпизода. Этот своеобразный замкнутый круг и создает риск рецидива, уязвимость к которому возрастает с каждым последующим эпизодом [44].

Ассоциативная связь депрессивного настроения и негативного содержания мышления приводит к тому, что пациент привыкает реагировать на свои ощущения определенным образом, его мышление становится менее спонтанным и все более автоматизированным; поведение все чаще складывается из воспоминаний о реакциях на подобные ситуации в прошлом. В жизни пациентов появляется множество моментов, которые проживаются в автоматическом режиме, «по привычке» [45].

Размышления, сфокусированные на негативных переживаниях, «отбрасывают» пациента не только в прошлое, но также заставляют прогнозировать будущее в пессимистичном свете, основываясь на выводах о собственной беспомощности [30]. Такой человек живет «где угодно», только не в настоящем: его пугает прошлое, он тревожится по поводу будущего и, несмотря на то что к действительности подобные мысли не имеют никакого отношения, эти переживания становятся его непосредственной реальностью.

Сходные наблюдения относительно особенностей мышления у больных хронической депрессией приводит Дж. МакКаллоу, автор оригинальной модели когнитивно-аналитической терапии хронической депрессии [2]. МакКаллоу выделяет ряд черт (алогичность мышления пациентов, нечувствительность к доводам рассудка и логики, эгоцентризм: «*Несмотря ни на что, я чувствую, что это так, и значит, это так*»; «*Я все понимаю, но я чувствую, что это никогда не кончится*»), которые приводят к тому, что человеку не под силу переключиться со своих убеждений на чужую точку зрения. Собственные ощущения и мысли пациента «звучат» слишком громко для того, чтобы допустить существование другого взгляда или услышать кого-то еще. В этом случае какие-либо реакции на речь пациента мало отражаются на ее содержании и динамике.

Возвращаясь к концепции осознанности, можно говорить о том, что больных депрессией отличает фотографический взгляд на реальность, которая воспринимается как статичная при своей объективной высокой изменчивости. Пациенты не способны взглянуть на свои негативные переживания как на проходящие, они пребывают в ощущении, что эти неприятные чувства и есть истина, неизменяющаяся и постоянная.

С недостаточностью осознания связывается специфическая особенность автобиографических воспоминаний больных депрессией – так называемое сверхобобщение событий (overgeneral autobiographical memory) [24, 36], или тенденция вспоминать обобщенные категории событий (часто обобщенные неточно, глобально; подобные обобщения вызывают интенсивные негативные чувства) вместо того, чтобы представлять конкретные события из жизни (пациент помнит о себе, что «его постоянно обижали в детстве», но не вспоминает конкретные эпизоды и, главное, события, происходившие параллельно в его жизни).

Дефицит осознания актуализирует, помимо упомянутых выше особенностей, дисфункциональные стратегии обращения с негативным содержанием жизненного опыта: руминации, «подключение» к негативным эмоциям или, наоборот, попытки подавления или избегания неприятных событий и чувств. Пациенты занимаются повторяющимися и пассивными размышлениями о своих симптомах, будучи, как правило, убеждены, что эта стратегия может помочь, и не понимая, что в действительности это уменьшает их способности эффективно решать проблемы [31].

Интервенции, направленные на развитие осознанности у больных депрессиями в рамках МВСТ

Перечисленным выше дисфункциональным характеристикам мышления больных депрессией МВСТ противопоставляет ряд метакогнитивных навыков:

- способность осознать текущий поток внутренних и внешних раздражителей, так как они возникают [6];
- принятие определенной ориентации к опыту своих переживаний как к относительному и проходящему, включая отношение любопытства, открытость и принятие;
- способность переключать свое внимание с одного аспекта опыта на другой [5].

Отметим, что «принятие» в контексте осознанности не следует отождествлять с пассивностью или отстраненностью [8]. Скорее, принятие в данном контексте относится к способности испытывать события полностью, не прибегая к одной из крайностей чрезмерной озабоченности или подавления опыта.

Задача терапии, основанной на осознанности, – «вернуть человека в настоящее»; этот метод фокусирует человека на проживании настоящего момента для того, чтобы избавить его от стереотипности и автоматизированности мышления. Для этих целей предлагается применять различные медитативные практики, среди которых техники сосредоточения на собственных телесных ощущениях, дыхательные практики, упражнения, тренирующие внимательность, основанные на движениях из йоги [40].

Обычно терапия, основанная на осознанности, представляет собой курс из 8–10 групповых сессий, каждая из которых длится 2 ч. Первые встречи проходят при активном руководстве терапевта: в процессе медитации, проводимой терапевтом, пациенты учатся сосредотачиваться на дыхании, ощущениях собственного тела, что неизбежно ведет к фокусировке внимания на происходящем «здесь и сейчас».

Важной составляющей обучения является фокусировка внимания на изменениях эмоционального состояния (пусть даже незначительных и чаще всего неосознаваемых пациентами) во время выполнения упражнений. Задача терапевта – привлечь внимание пациентов к этому факту как к свидетельству эффективности работы. В противном случае новые ощущения, которые испытывают пациенты во время медитативных упражнений, будут подвергнуты обесцениванию или пройдут незамеченными в силу особенностей мышления, свойственных больным хронической депрессией и описанных выше в настоящей статье [40].

Более поздние сессии связаны с углубленной и самостоятельной работой, направленной на развитие осознанности и принятия тех чувств и эмоций, которых пациенты ранее стремились избежать. Больные учатся необходимому пониманию того, что зачастую попытка избежать и сопротивляться нежелательным чувствам и мыслям на самом деле обеспечивает противоположный эффект, а именно усугубление и укрепление этого состояния. МВСТ ставит перед собой задачу научить человека не воспринимать свои негативные мысли и чувства как отражение объективной реальности, а относиться к ним в более широком смысле, как к чему-то проходящему и неустойчивому. Фактически речь идет о формировании децентрированного взгляда на свои неблагоприятные состояния, о том, чтобы пациент перестал отождествлять себя со своими мыслями и перестал воспринимать их как факты реальности [45].

Наряду с очными сессиями неотъемлемой частью терапии является самостоятельная работа вне группы: участникам рекомендуется тратить не менее 45 мин в день на тренировку осознанности своей повседневной рутинной деятельностью посредством прослушивания специально подготовленных голосовых записей для медитации. Помимо этого медитативный эффект можно черпать в обыденных ситуациях: принимая ванну, выйдя на прогулку, слушая приятную музыку [41]. Несомненным плюсом МВСТ является тот факт, что любой повседневный опыт в рамках данного подхода становится объектом для тренировки навыков осознанности.

МВСТ и традиционная когнитивная терапия депрессии

Медитативная часть МВСТ берет начало в программе развития навыков совладания со стрессом (mindfulness-based stress reduction program – MBSR), разработанной Джоном Кабат-Зинном и его коллегами [21]. Кроме этого, МВСТ разрабатывался с опорой на приемы когнитивно-бихевиоральной терапии.

Несмотря на очевидную связь обоих методов (децентрированный взгляд на свои ментальные состояния и мышление), они различаются коренным

образом. Сравнивая подходы, можно сказать, что в традиционной когнитивной психотерапии значительное внимание уделяется логической оценке, конфронтации и изменению содержания автоматического мышления в сторону большей реалистичности [25, 45].

В случае хронической депрессии сопротивление (логическая оценка, конфронтация) негативному содержанию автоматического мышления не всегда приносит облегчение пациентам. С учетом особенностей мышления (нечувствительности к логике, эгоцентризма), присущих этому контингенту больных, сопротивление приобретает характер повторяющихся, непродуктивных тупиковых рассуждений (руминаций), которые сами по себе причиняют выраженный эмоциональный дискомфорт.

В отличие от когнитивно-бихевиоральной терапии, терапия, основанная на осознанности, ставит перед собой задачи не изменить содержание мыслей, а лишь сосредоточиться на отношении человека к этому содержанию. Задача терапии – научить человека воспринимать собственные состояния без ощущения того, что они объективны и отражают реальность. В рамках данного подхода культивируется неосуждающее и безоценочное восприятие негативных переживаний как проходящих и небесконечных [41, 45]. Технически это предполагает развитие у пациентов навыка «просмотра» содержания негативных мыслей как ментальных событий, а не как фактов [4].

Предположительный эффект МВСТ в лечении хронических депрессивных расстройств связан с тем, что продуктивной конфронтации негативному содержанию мыслей и чувств должно предшествовать развитие навыков распознавания и вычленения неприятного содержания, а также переориентация отношения пациента к этому содержанию как к субъективному, зависящему от самого пациента и подконтрольного его сознанию.

Экспериментальные исследования эффекта МВСТ

Теоретические положения о механизмах воздействия и помощи МВСТ были подтверждены экспериментально. Так, были получены данные о повышении в процессе терапии навыков осознанности и внимательности к текущему жизненному контексту и ощущениям, а также способности к самосостраданию, т. е. к способности реагировать на нежелательные мысли и чувства терпимо, невозмутимо и доброжелательно [26].

В этом же исследовании были получены данные о высокой когнитивной реактивности, которая определяется как активация каких-либо мыслительных паттернов в ответ на изменения в эмоциональном фоне [43]. Фактически высокая когнитивная реактивность, присутствующая при лечении антидепрессантами, создает высокий риск рецидива депрессии [38]. Теоретически МВСТ призвана понижать когнитивную реактивность [40].

Однако противоречащие этому утверждению данные, полученные в исследовании [26], не указывают на неэффективность метода, а скорее, наоборот, позволяют выдвинуть гипотезу о механизмах его эф-

фективности. Можно предполагать, что полученные в МВСТ навыки осознанности и самосострадания нивелируют связь между негативными эмоциями и специфическими паттернами мышления, которая и создает риск рецидива депрессии. Таким образом, даже при активации дисфункциональных мыслительных паттернов посредством переживания неприятных ощущений человек, будучи осведомленным о значении происходящего, сможет отреагировать на это спокойно.

С депрессией тесно связано понятие суицидального поведения. Ряд моделей суицидального поведения [33] включают такие его аспекты, которые подразумевают возможность помощи путем обучения навыкам осознанности.

Центральным аспектом суицидального поведения считается непреодолимая психологическая боль, связанная с потерей, крупным поражением, неприятием и др. При активном переживании подобных ощущений восприятие перестает быть чувствительным к возможностям позитивного исхода. Внимание такого человека становится предельно избирательным к сигналам реальности и сосредотачивается на тех, что подтверждают уверенность в безвыходности положения. Чувство безнадежности и беспомощности, поддерживаемое особым вниманием к негативным сигналам, – это своеобразная автономная система мышления, характерная для депрессии и суицидального поведения при ней в частности [49].

Механизм повторяющихся суицидальных попыток похож на механизм возникновения рецидива при депрессии: с каждой новой попыткой все меньше стрессовых воздействий необходимо для возобновления суицидального поведения [20]. В исследовании [18], посвященном выяснению эффективности МВСТ в изменении восприятия опыта у пациентов с рецидивирующей депрессией и опытом суицидального поведения, пациентов просили описать ощущения, предшествующие их последним мыслям о смерти или попыткам самоубийства. Описания сравнивались до и после прохождения МВСТ. Было обнаружено, что в случае традиционного лечения воспоминания пациентов о предшествующих суицидальному поведению ощущениях становились менее конкретными и более обобщенными. После прохождения курса МВСТ существенных изменений в восприятии прошлого опыта также не произошло (хотя незначительное повышение конкретности имело место), однако показатели осведомленности о том, что испытываемые ощущения являлись предвестниками суицидального поведения, в группе прошедших МВСТ существенно повысились.

Авторы исследования [18] делают вывод, что хотя МВСТ и не повышает специфичность воспоминаний, однако, культивируя большую осведомленность и осознанность, позволяет обратить внимание на сигналы о развивающемся суицидальном поведении в прошлом и, как следствие, суметь выявить их в будущем, чтобы отреагировать на них без подавления и осуждения, т. е. без действий, которые способствуют укоренению и развитию негативных симптомов. Сходные результаты, свидетельствующие о снижении тенденции к свертыванию автобиографической памяти в ходе развития осознанности, получены и в других исследованиях [18, 50].

Контролируемые исследования эффективности МВСТ

Когнитивная психотерапия, основанная на осознанности, привлекает все большее внимание исследователей, и поток публикаций, посвященных этому методу, растет. Значительное количество работ было сосредоточено на изучении конкретных последствий использования техник развития осознанности при разных психических расстройствах. Получены обнадеживающие результаты в пилотных испытаниях внимательности вмешательства для дефицита внимания и гиперактивности [52], биполярного расстройства [29, 48], панического расстройства [23], генерализованного тревожного расстройства [14], расстройства пищевого поведения [3], употребления психоактивных веществ [51].

Мы ограничиваем обзор данными рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), которые свидетельствуют об эффективности метода у взрослых пациентов с хронической депрессией. Так, обобщая результаты многочисленных исследований, авторы работ [9, 10] приходят к выводу, что после курса МВСТ снижается частота рецидивов у пациентов с тремя и более эпизодами депрессии в анамнезе, но не среди тех, кто перенес два или менее эпизодов [27, 45].

Полученные результаты J. Teasdale [45] связывает с возрастанием автономности возникновения депрессии от эпизода к эпизоду: с каждым эпизодом ассоциативная связь между плохим настроением и паттернами негативного мышления становится крепче, что формирует все большую уязвимость, при которой для рецидива достаточно все меньше стрессогенных факторов. При высокой степени автономности возникновения депрессии у пациентов с тремя и более эпизодами в анамнезе приемы МВСТ, позволяющие снизить автоматизированность процессов мышления и повысить осознанность каждого проживаемого момента, логично оказываются эффективными. У пациентов с меньшим количеством эпизодов проблема рецидива больше связана со стрессоген-

ными факторами, нежели с паттернами мышления. В пользу этого предположения свидетельствует факт соотношения эффективности профилактики рецидива у пациентов с четырьмя и более эпизодами: рецидив имел место в 38 % случаев после МВСТ и в 100 % случаев после традиционного лечения [27, 45].

МВСТ разрабатывалась как подход к предотвращению рецидивов, использующийся во время ремиссии: авторы подхода высказывали опасения, что интенсивность негативного мышления и трудности концентрации в активной фазе депрессивного расстройства мешают получить должный эффект от терапии [45]. Однако результаты сравнения эффективности когнитивно-бихевиоральной терапии и МВСТ для лечения пациентов в период активного депрессивного эпизода [28] показали схожую эффективность обоих методов: у значительного числа пациентов наблюдалась существенная редукция симптомов депрессии. В исследованиях указывается на тот факт, что многие пациенты продолжают использовать техники осознанности после прохождения курса МВСТ, находя их полезными [16].

Заключение

С учетом методологических ограничений, связанных с разнородностью проанализированных исследований, можно говорить о значительном потенциале техник развития осознанности в формировании более адаптивного стиля мышления и психологического функционирования, а также в профилактике рецидивов хронической депрессии. Это подтверждается результатами разнообразных исследований (корреляционных, клинических интервенционных, экспериментальных, исследований на лабораторной основе), из которых следует, что осознанность положительно связана с психологическим здоровьем и является эффективным способом снижения выраженности симптомов депрессии и эмоциональной реактивности, а также предупреждения рецидивов депрессии, особенно в случаях уже сформированного хронифицированного типа течения заболевания.

Список литературы

1. Лайнен М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности: Пер. с англ. – М.: Издат. дом «Вильямс», 2008. – 592с.
2. Мак-Каллоу Дж. Лечение хронической депрессии: Пер. с англ. – СПб.: Речь, 2003. – 368 с.
3. Baer R.A., Fischer S., Huss, D.B. Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating // *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. – 2005. – Vol. 23. – P. 281–300.
4. Barnhofer T., Crane C., Hargus E., Amarasinghe M., Winder R., Williams J. Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study // *Behaviour Research and Therapy*. – 2009. – Vol. 47. – P. 366–373.
5. Bishop S.R., Lau M., Shapiro S., Carlson L. et al. Mindfulness: A proposed operational definition // *Clinical Psychology: Science and Practice*. – 2004. – Vol. 11. – P. 230–241.
6. Brown K.W., Ryan R.M. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 2003. – Vol. 84. – P. 822–848.
7. Brown K.W., Ryan R.M., Creswell J.D. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects // *Psychological Inquiry*. – 2009. – Vol. 18. – P. 211–237.
8. Cardaciotto L., Herbert J.D., Forman E.M., Moitra E., Farrow V. The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale // *Assessment*. – 2008. – Vol. 15. – P. 204–223.
9. Chiesa A., Serretti A. Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis // *Psychiatry Research*. – 2001. – Vol. 187. – P. 441–453.
10. Coelho H.F., Canter P.H., Ernst E. Mindfulness-based cognitive therapy: Evaluating current evidence and informing future research // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2007. – Vol. 75. – P. 1000–1005.
11. Creswell J.D., Way B.M., Eisenberger N.I., Lieberman M.D. Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling // *Psychosomatic Medicine*. – 2007. – Vol. 69. – P. 560–565.
12. Dekeyser M., Raes F., Leijssen M., Leysen S., Dewulf D. Mindfulness skills and interpersonal behavior // *Personality and Individual Differences*. – 2008. – Vol. 44. – P. 1235–1245.
13. Evans D.R., Baer R.A., Segerstrom S.C. The effects of mindfulness and self-consciousness on persistence // *Personality and Individual Differences*. – 2009. – Vol. 47. – P. 379–382.
14. Evans S., Ferrando S., Findler M., Stowell C., Smart C., Haglin D. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2008. – Vol. 22. – P. 716–721.
15. Feldman C., Kuyken W. Compassion in the landscape of suffering // *Contemporary Buddhism*. – 2011. – Vol. 12. – P. 143–155.
16. Finucane A., Mercer S.W. 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 // *BMC Psychiatry*. – 2006. – Vol. 6. – P. 14–24.
17. Gluk T.L. Mindfulness, big five personality, and affect: A meta-analysis // *Personality and Individual Differences*. 2009. – Vol. 47. – P. 805–811.
18. Hargus E., Crane C., Barnhofer T., Williams J. Effects of Mindfulness on Meta-Awareness and Specificity of Describing Prodromal Symptoms in Suicidal Depression // *Emotion*. – 2010. – Vol. 10. – P. 34–42.

19. Holzel B.K., Ott U., Hempel H., Hackl A. et al. Differential engagement of anterior cingulate and adjacent medial frontal cortex in adept meditators and non-meditators // *Neuroscience Letters*. – 2007. – Vol. 421. – P. 16–21.
20. Joiner T.E., Rudd M.D. Intensity and duration of suicidal crises vary as a function of previous attempts and negative life events // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2000. – Vol. 68. – P. 909–916.
21. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: The program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Center. – New York: Delta, 1990.
22. Keng S., Smoski M., Robins C. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies // *Clinical Psychology Review*. – 2011. – Vol. 31. – P. 1041–1056.
23. Kim B., Lee S.H., Kim Y.W., Choi T.K. et al. Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2010. – Vol. 24. – P. 590–595.
24. Kuyken W., Brewin C.R. Autobiographical memory functioning in depression and reports of early abuse // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1995. – Vol. 104. – P. 585–591.
25. Kuyken W., Byford S., Taylor R.S., Watkins E. et al. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2008. – Vol. 76. – P. 966–978.
26. Kuyken W., Watkins E., Holden E. et al. How does mindfulness-based cognitive therapy work? // *Behaviour Research and Therapy*. – 2010.
27. Ma S.H., Teasdale J.D. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention Effects // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2004. – Vol. 72. – P. 31–40.
28. Manicavasgar V., Parker G., Perich T. Mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behaviour therapy as a treatment for nonmelancholic depression // *Journal of Affective Disorders*. – 2011. – Vol. 130. – P. 138–144.
29. Miklowitz D., Alatiq Y., Goodwin G.M., Geddes J.R. et al. A pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder // *International Journal of Cognitive Therapy*. – 2009. – Vol. 2. – P. 373–382.
30. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1991. – Vol. 100. – P. 569–582.
31. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms // *Journal of Abnormal Psychology*. – 2000. – Vol. 109. – P. 504–511.
32. Paul N.A., Stanton S.J., Greenson J.M., Moria J. et al. Psychological and neural mechanisms of traitmindfulness in reducing depression vulnerability // *SCAN*. – 2013. – Vol. 8. – P. 56–64.
33. Powell J., Geddes J., Deeks J., Goldacre M., Hawton K. Suicide in psychiatric patients: Risk factors and their predictive power // *British Journal of Psychiatry*. – 2000. – Vol. 176. – P. 266–272.
34. Raes F., Dewulf D., Van Heeringen C., Williams J. Mindfulness and reduced cognitive reactivity to sad mood: Evidence from a correlational study and a non-randomized waiting list controlled study // *Behaviour Research and Therapy*. – 2009. – Vol. 47. – P. 623–627.
35. Raes F., Williams M. The relationship between mindfulness and uncontrollability of ruminative thinking // *Mindfulness*. – Vol. 1. – P. 199–203.
36. Raesa F., Hermansa D., Mark J., Williams G., Demeyttenaere K. et al. Is overgeneral autobiographical memory an isolated memory phenomenon in major depression? // *Memory*. – 2006. – Vol. 14. – P. 584.
37. Rasmussen M.K., Pidgeon A.M. The direct and indirect benefits of dispositional mindfulness on self-esteem and social anxiety // *Anxiety, Stress & Coping*. – 2011. – Vol. 24. – P. 227–233.
38. Segal Z.V., Gemar M., Williams S. Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1999. – Vol. 108. – P. 3–10.
39. Segal Z.V., Kennedy S., Gemar M., Hood K. et al. Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse // *Archives of General Psychiatry*. – 2006. – Vol. 63. – P. 749–755.
40. Segal Z.V., Williams J., Teasdale J.D. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. – New York: Guilford Press, 2002.
41. Sipe W., Eisendrath S. Mindfulness-based cognitive therapy: theory and practice // *Can J Psychiatry*. – 2012. – Vol. 57. – P. 63–69.
42. Schmeitz S.K., Anderson P.L., Robins D.L. The relation between self-report mindfulness and performance on tasks of sustained attention // *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. – 2009. – Vol. 31. – P. 60–66.
43. Teasdale J.D. Emotional processing, three modes of mind, and the prevention of relapse in depression // *Behaviour Research and Therapy*. – 1999. – Vol. 37. – P. 53–78.
44. Teasdale J.D., Segal Z., Williams J. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help // *Behaviour Research and Therapy*. – 1995. – Vol. 33. – P. 25–39.
45. Teasdale J.D., Segal Z.V., Williams J. et al. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2000. – Vol. 68. – P. 615–623.
46. Treadway M.T., Lazar S.W. The neurobiology of mindfulness // *Didonna F. (Ed.), Clinical handbook of mindfulness*. – New York: Springer, 2009. – P. 45–58.
47. Way B.M., Creswell J.D., Eisenberger N.I., Lieberman M.D. Dispositional mindfulness and depressive symptomatology: Correlations with limbic and self-referential neural activity during rest // *Emotion*. – 2010. – Vol. 10. – P. 12–24.
48. Weber B., Jermann F., Gex-Fabry M., Nallet A., Bondolfi G., Aubry J. Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A feasibility trial // *European Psychiatry*. – 2010. – Vol. 25. – P. 334–337.
49. Williams J., Swales M. The use of mindfulness-based approaches for suicidal patients // *Archives of Suicide Research*. – 2004. – Vol. 8. – P. 315–329.
50. Williams J., Teasdale J.D., Segal Z.V., Soulsby J. Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients // *Journal of Abnormal Psychology*. – 2000. – Vol. 109. – P. 150–155.
51. Witkiewitz K., Marlatt A., Walker D. Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders // *Journal of Cognitive Psychotherapy*. – 2005. – Vol. 19. – P. 211–228.
52. Zylowska L., Ackerman D.L., Yang M.H., Futrell J.L. et al. Mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD: A feasibility study // *Journal of Attention Disorders*. – 2008. – Vol. 11. – P. 737–746.

Mindfulness-based cognitive therapy in treatment of chronic depression

Olga Pugovkina

Moscow Research Institute of Psychiatry Minzdrava Rossii

SUMMARY. During the last decades in the foreign literature indicates the growing interest in the study of the concept of "mindfulness" as a psychological construct and as a form of psychotherapeutic intervention for the prevention and treatment of chronic depression. The peculiarities of thinking of patients with chronic depression, which are aimed at correcting techniques Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), or cognitive therapy based on "awareness". On the basis of foreign studies described positive psychological effects of "awareness", including an increase in subjective well-being, cognitive decline and emotional reactivity, and putative mechanisms of therapeutic action MBCT, provides data on the effectiveness of this approach in the treatment of chronic depression and other disorders.

KEY WORDS: Mindfulness-based cognitive therapy; cognitive-behavioral therapy; "awareness"; chronic depression.

CONTACTS: olgapugovkina@yandex.ru