

Terapia poznawcza oparta na uważności: obiecujące nowe podejście w zapobieganiu nawrotom depresji

J. Mark G. Williams, Willem Kuyken

The British Journal of Psychiatry (2012), 200, 359–360

Terapia poznawcza oparta na uważności (MBCT) została opracowana jako podejście psychologiczne przeznaczone dla osób, u których zachodzi ryzyko nawrotu depresji i które chciałyby nauczyć się, jak przez długi czas utrzymać dobre samopoczucie. W artykule przedstawiono przesłanki wspierające celowość stosowania MBCT, nakreślono zarys podejścia terapeutycznego i dokonano przeglądu badań dotyczących skuteczności tej metody, po to, aby określić dotychczasowe trudności i przyszłe wyzwania.

Dlaczego należy rozwijać psychospołeczne oddziaływania grupowe w celu zapobiegania nawrotom depresji?

Mimo znaczącego postępu w leczeniu wielu stanów przewlekłych w psychiatrii nawracająca depresja wciąż jest przyczyną cierpienia i istotnej niepełnosprawności. Wyzwaniem pozostaje stworzenie ekonomicznie opłacalnych metod zapobiegających przejściu depresji w stan nawracający, charakteryzujący się okresowymi pogorszeniami.¹ Obecnie leczenie podtrzymujące mające na celu zapobieganie pogorszeniom depresji polega na profilaktycznej terapii lekami przeciwdepresyjnymi. Wielu pacjentów opowiada się jednak za dostępnością dodatkowych oddziaływań psychospołecznych dla osób, u których występuje ryzyko depresji. Terapia poznawcza oparta na uważności (mindfulness-based cognitive therapy, MBCT) została opracowana przez Zindela Segala, jednego z autorów tego artykułu (J.M.G.W.) oraz Johna Teasdale'a dla osób podatnych na powtarzające się epizody depresji, aby pomóc im utrzymać długoterminową remisję.² Założeniem było wykorzystanie zrozumienia psychologicznych mechanizmów pogorszeń depresyjnych do opracowania ukierunkowanych metod zapobiegania pogorszeniom u osób z nawracającą depresją.

Jakie są zatem teoretyczne przesłanki przemawiające za celowością stosowania MBCT? W trakcie epizodów depresyjnych obniżony nastrój współlistnieje z negatywnym myśleniem, innymi bolesnymi emocjami i nieprzyjemnymi doznaniem somatycznymi. Po ustąpieniu epizodu i normalizacji nastroju konstelacja negatywnego myślenia, emocji i objawów somatycznych idzie w zapomnienie. Są jednak dowody wskazujące, że nawet po wyzdrowieniu z depresji pozostaje podatność na chociażby niewielką zmianę nastroju, która może wywołać duże nagromadzenie negatywnych myśli w tym negatywnej samooceny (np. „jestem bezwartościowy”), negatywnego spojrzenia na doświadczenia (np. „wszystko jest po prostu zbyt trudne”) i poczucia beznadziejności (np. „nic nie mogę zrobić, aby wyjść z tej sytuacji”). Negatywnym myślom towarzyszą inne silne emocje dołączające się do obniżonego nastroju (np. lęk, poczucie winy, złość, frustracja, wstyd) oraz objawy fizyczne, takie jak uczucie osłabienia, zmęczenia, napięcie i ból. Te myśli i uczucia mogą wydawać się wszechogarniające, między innymi dlatego, że są nieproporcjonalne do sytuacji, która je wyzwoliła. Osoby, które myślały, że wyzdrowiały z depresji, mogą odczuć, że znów wracają do punktu wyjścia, i lękać się, że jest to początek nieuniknionego ześlizgiwania się w cho-

J. Mark G. Williams, BA (Hons), MSc, DPhil, DSc, Oxford Mindfulness Centre, University of Oxford Department of Psychiatry, Warneford Hospital, Oxford; Willem Kuyken, BSc (Hons), DClinPsy, PhD, Mood Disorders Centre, University of Exeter, Exeter, Wielka Brytania.

Konflikt interesów: J.M.G.W. jest dyrektorem Oxford Mindfulness Centre, autorem oryginalnego podręcznika leczenia i jednocześnie autorem poradników samopomocy dla pacjentów, głównym badaczem Wellcome Trust-funded Staying Well After Depression Trial i międzynarodowym nauczycielem MBCT. W.K. jest jednym z dyrektorów Mood Disorders Centre, głównym badaczem National Institute for Health Research funded PREVENT Trial, dyrektorem programowym Exeter MBCT MSc oraz międzynarodowym nauczycielem MBCT.

Mark Williams jest psychologiem klinicznym, który w swoich badaniach przez ponad 35 lat koncentrował się na modelach psychologicznych i terapii depresji oraz zachowań samobójczych. Willem Kuyken jest psychologiem klinicznym specjalizującym się w leczeniu nawracających zaburzeń depresyjnych. Jest on również współzałożycielem Mood Disorders Centre, utworzonego w celu rozwoju i rozpowszechniania leczenia psychologicznego (www.exeter.ac.uk/mooddisorders)

Adres do korespondencji: Willem Kuyken, Mood Disorders Centre, University of Exeter, Exeter EX4 4QG, Wielka Brytania; e-mail: w.kuyken@exeter.ac.uk

Konflikt interesów: brak.

robę. Próbując zrozumieć, co się dzieje, i szukając rozwiązania zaczynają analizować swoje doświadczenia, co może prowadzić do pętli stale krążących ruminacji, bycia nękanym przez pytania takie jak „Co poszło źle?”, „Dlaczego to znów się dzieje?” i „Dokąd to wszystko doprowadzi?”. Paradoksalnie, kiedy chorzy starają się myśleć o sposobie wyjścia z depresji w ten pełen ruminacji sposób, prowadzi to do przedłużania się i pogłębiania zaburzeń nastroju.

Podsumowując, są dobre dowody, że a) stopień, w jakim konstelacja negatywnych myśli i uczuć jest gotowa do aktywacji, jest markerem podatności na nawrót lub pogorszenie, b) interwencje psychologiczne mogą zmniejszyć tę reaktywność, c) zmniejszenie reaktywności poznawczej jest związane ze zmniejszeniem ryzyka pogorszenia depresyjnego.³

Podejście MBCT

Terapia poznawcza oparta na uważności wykorzystuje program redukcji stresu stworzony przez Jona Kabat-Zinnsa z University of Massachusetts Medical Center, opracowany, aby pomóc osobom cierpiącym na przewlekłe zespoły bólowe i inne choroby przewlekłe.⁴ Program ten obejmuje techniki medytacji, które mają pomagać uczestnikom stać się bardziej świadomymi tego, czego doświadczają w danym momencie przez dostosowanie się do wydarzających się co chwilę zmian w umyśle i ciele. W trakcie 8-tygodniowego cyklu cotygodniowych zajęć uczestnicy uczą się w praktyce uważnej medytacji, a w trakcie codziennych ćwiczeń uważności z pomocą nagrań CD. Terapia poznawcza oparta na uważności obejmuje również podstawową edukację na temat depresji oraz zestaw ćwiczeń zaczerpniętych z terapii poznawczej, które ukazują związek między myśleniem a odczuwaniem, oraz uczą, w jaki sposób uczestnik może troszczyć się o siebie, szczególnie kiedy zauważy spadek nastroju. W przeciwieństwie do terapii poznawczej w podejściu opartym na uważności nie próbuje się zmieniać treści negatywnych myśli. Zachęca się raczej uczestników do zmiany swojego podejścia do tych myśli, uczuć czy doznań ze strony ciała, tak aby mieli oni możliwość odkrycia, że są to tylko ulotne zdarzenia w umyśle lub ciele, w odniesieniu do których można dokonać wyboru czy angażować się w nie, czy też tego nie robić. Powtarzanie ćwiczeń zauważania, obserwowania z ciekawością i wyrozumiałością oraz zmieniania perspektywy pomagają uczestnikom uświadomić sobie, że myśli, emocje i odczucia są tylko myślami, emocjami i odczuciami, a nie „prawdą” lub „mną”. Uczą się oni widzieć wyraźniej wzorce w umyśle i rozpoznawać, kiedy nastrój zaczyna się obniżać bez odnoszenia się do problemu przez analizowanie go czy ruminacje – można to przyrównać do stania na krawędzi wiru i obserwowania jego ruchu zamiast rzucania się w ten wir. Pomaga to przełamać stare skojarzenia między negatywnym nastrojem a negatywnym myśleniem, które normalnie on wywołuje. Uczestnicy uczą się pozwalać stresującym emocjom, myślom i odczuciom przychodzić i odchodzić bez poczucia,

że muszą się nim opierać, uciekać od nich czy walczyć z nimi. Uczą się, jak być w kontakcie z chwilą obecną bez zagłębiania się w ruminacje dotyczące przeszłości lub martwienia się o przyszłość. Relacje z pierwszej ręki dotyczące MBCT można znaleźć na stronie www.bemindful.co.uk.

Czy MBCT działa?

W ciągu 10 lat od publikacji podręcznika MBCT badania skupiały się przede wszystkim na ocenie skuteczności tej metody. Wyniki sześciu randomizowanych badań kontrolowanych ($n=593$) wskazują, że MBCT zmniejsza ryzyko nawrotu depresji o około 44% w porównaniu ze standardową opieką nad chorymi z trzema lub więcej epizodami depresyjnymi w wywiadzie. W bezpośrednim porównaniu z terapią lekami przeciwdepresyjnymi działanie MBCT jest porównywalne z przyjmowaniem dawki podtrzymującej leku przeciwdepresyjnego.⁵ Dla osób poszukujących podejścia psychospołecznego MBCT wydaje się dostępna, akceptowalna i opłacalna. Opierając się na dowodach naukowych, w 2009 roku National Institute for Health and Clinical Excellence w wytycznych leczenia depresji⁶ zaleca MBCT osobom w wyrównanym stanie psychicznym, które przebyły trzy lub więcej epizodów depresyjnych.

Jak działa MBCT?

Potwierdzenie skuteczności MBCT nie oznacza, że samo oddziaływanie odbywa się w zakładanym przez twórców metody mechanizmie. Zrozumienie mechanizmu może pomóc terapeutom i opracowującym metody leczenia poprawić wyniki MBCT przez położenie nacisku na kluczowe procesy. W ramach jednego z badań porównujących MBCT z terapią podtrzymującą lekami przeciwdepresyjnymi wykazano, że MBCT kształtuje zarówno uważność, jak i współczucie dla samego siebie. Właśnie te zmiany w zakresie uważności i wyrozumiałości odpowiadają za zmniejszenie objawów depresyjnych, które zostało stwierdzone 15 miesięcy później. Kiedy ludzie są bardziej skłonni do bycia dla siebie wyrozumiałym w okresach obniżonego nastroju, zanika związek między reaktywnością a gorszym rokowaniem rok później.⁷ Jest to jeden z dowodów potwierdzających, że działanie MBCT odbywa się w spodziewanym mechanizmie.

Rozwój MBCT: kolejne 10 lat

Opublikowany w 2002 roku oryginalny podręcznik MBCT² kładł wyraźny nacisk na zapobieganiu pogorszeniom depresyjnym na podstawie teorii reaktywności poznawczej i depresji i miał przy tym solidne oparcie w dowodach naukowych. Obecnie sytuacja rozwija się dynamicznie. W Wielkiej Brytanii wiele centrów National Health Service (NHS) w ramach psychiatrycznej opieki zdrowotnej zaczyna oferować MBCT. W 2010 roku Mental Health Foundation przygotowała raport,⁸

w którym zalecała podjęcie działań mających na celu polepszenie dostępności MBCT. Obecnie w Wielkiej Brytanii są prowadzone trzy programy szkoleń na Uniwersytecie w Bangor, Exeter oraz Oxfordzie. MBCT stopniowo zakorzenia się także w Ameryce Północnej, Niemczech, krajach Beneluksu, Skandynawii oraz Australii. W ostatnich latach jeden z autorów (J.M.G.W) wraz z kilkoma współpracownikami zwiększył dostępność MBCT przez opracowanie podręcznika samopomocy, który pomaga osobom z depresją nauczyć się uważności w patrzeniu na siebie samych.⁹ Obecnie prowadzone są jedne z największych badań dotyczących depresji i uważności, które mają ostatecznie rozwiązać wątpliwości dotyczące skuteczności MBCT, jej mechanizmu działania i dopuszczalności, szczególnie w odniesieniu do aktualnego leczenia z wyboru, terapii podtrzymującej dawkę leku przeciwdepresyjnego.^{10,11} Prowadzone w przyszłości badania powinny wyjaśnić, dlaczego MBCT jest skuteczna tylko u osób, które przeżyły trzy lub więcej epizody depresyjne oraz ocenić dopuszczalność jej szerszego zastosowania w świecie rzeczywistym. W ostatnich 10 latach rozwój teorii i badania dotyczące metod leczenia objęły również osoby z zespołem przewlekłego zmęczenia, aktualnie chorujące na depresję, pacjentów z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, dotkniętych stresem związanym z rodzicielstwem oraz skłonnościami samobójczymi. Wydana ostatnio książka „Mindfulness: A Practical Guide to Finding Peace In a Frantic World” („Uważność: praktyczny poradnik, jak znaleźć spokój w szalonym świecie” – przyp. tłum.) przedstawia psychologiczne mechanizmy stresu, którego doświadcza człowiek, oraz to, w jaki sposób MBCT może pomóc ludziom zwiększyć ich odporność.¹² Wyjątkowym wyzwaniem będzie zbadanie różnicy

między skutecznością MBCT a wprowadzeniem jej w NHS, szkolenie wystarczającej liczby terapeutów MBCT oraz uzupełnienie dotyczących MBCT danych opartych na dowodach o te nowe informacje.

From the British Journal of Psychiatry (2012), 200, 359–360. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyrights ©2012 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

Piśmiennictwo

1. Collins PY, Patel V, Joestl SS, March D, Insel TR, Daar AS, et al. Grand challenges in global mental health. *Nature* 2011; 475: 27–30.
2. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. Guilford Press, 2002.
3. Segal ZV, Kennedy S, Gemar M, Hood K, Pedersen R, Buis T. Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 749–55.
4. Kabat-Zinn J. *Full Catastrophe Living: How to Cope with Stress, Pain and Illness Using Mindfulness Meditation*. Delacorte, 1990.
5. Piet J, Hougaard E. The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2011; 31: 1032–40.
6. National Collaborating Centre for Mental Health. *Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults*. (Clinical Guideline 90). NICE, 2009 (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG90NICEguideline.pdf>).
7. Kuyken W, Watkins E, Holden E, White K, Taylor RS, Byford S, et al. How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behav Res Ther* 2010; 48: 1105–12.
8. Halliwell E. *Mindfulness Report*. Mental Health Foundation, 2010.
9. Williams JMG, Teasdale JD, Segal ZV, Kabat-Zinn J. *The Mindful Way Through Depression: Freeing Yourself from Chronic Unhappiness*. Guilford Press, 2007.
10. Williams JMG, Russell IT, Crane C, Russell D, Whitaker CJ, Duggan DS, et al. Staying well after depression: trial design and protocol. *BMC Psychiatry* 2010; 10: 23.
11. Kuyken W, Byford S, Byng R, Dalgleish T, Lewis G, Taylor R, et al. Study protocol for a randomized controlled trial comparing mindfulness-based cognitive therapy with maintenance anti-depressant treatment in the prevention of depressive relapse/recurrence: the PREVENT trial. *Trials* 2010; 11: 99.
12. Williams JMG, Penman D. *Mindfulness: A Practical Guide to Finding Peace in a Frantic World*. Piatkus, 2011.

KOMENTARZ



**Prof. dr hab. n. med.
Marta Makara-Studzińska**

Zakład Psychologii Stosowanej UM
w Białymstoku

Jest wiele form pomocy psychologicznej dla chorych na depresję. Wciąż jednak trwają próby modyfikowania istniejących rozwiązań lub tworzenia zupełnie nowych w celu zwiększenia efektywności leczenia depresji i rozwiązania problemów dotąd nierozwiązanych. Do takich działań należą prace trzech badaczy od lat zajmujących się problemem depresji: Zindela V. Segala, profesora psychoterapii Uniwersytetu Toronto, Marka G. Williamsa, profesora psychologii klinicznej na Uniwersytecie Walijskim w Bangorze, oraz Johna D. Teasdale'a, doktora psychologii Uniwersytetu Cambridge. Rozpoczęli oni poszukiwania takiej formy terapii, która pomoże zmniejszyć częstotliwość nawrotów. Ich uwagę zwróciły wschodnie techniki medytacyjne, a wśród nich technika uważności, która jest jednym z głównych elementów buddyjskich praktyk medytacyjnych.

Pojęcie „uważności” pochodzi z tradycji Wschodu i liczy sobie ponad dwa i pół tysiąca lat. Kilka najnowszych modeli terapii zawiera już techniki uważności. Filozofia uważności znalazła zastosowanie m.in. w:

Morita Therapy – terapii, która zakłada nie niwelowanie objawów, a odnajdowanie świadomej siły do działania mimo objawów, lęków czy życzeń.

Gestalt Therapy – terapii, która rozwija własną odpowiedzialność za własne życie. Pozwala na odkrywanie autentyczności odczuć i odblokowywanie potencjału przez definiowanie i zmianę utrwalonych reakcji na otoczenie, które człowiek wyrabia, by być akceptowanych przez otoczenie.

MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction), czyli redukcji stresu opartej na uważności. Polega na opanowywaniu stresu prowadzącego do chorób oraz zaburzeń egzystencjalnych, przez koncentrację na „tu i teraz” na własnych emocjach, doznaniach i reakcjach.

MBCCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy), czyli opartej na uważności terapii poznawczo-behawioralnej, która z największym powodzeniem stosowana jest w chorobach depresyjnych.

ACT (Acceptance and Commitment Therapy) – czyli terapii opartej na akceptacji i zaangażowaniu – model terapii poznawczo-behawioralnej połączonej z uważnością,

która polega na akceptacji cierpienia oraz własnych odczuć i myśli oraz nauce radzenia sobie z nimi.

DBT (Dialectical Behavior Therapy), czyli dialektycznej terapii behawioralnej wykorzystującej uważność do leczenia zaburzenia osobowości typu borderline.

Hakomi Therapy – terapii skoncentrowanej na sygnałach z ciała w połączeniu z uważnością i zasadami niestosowania przemocy.

Metoda MBCCT została opracowana przez terapeutów poznawczo-behawioralnych jako program zapobiegania nawrotom depresji. W latach 80. i 90. XX wieku, gdy powstawała ta metoda, to właśnie nawroty zaburzeń depresyjnych były wyzwaniem dla terapeutów związanych z terapią poznawczo-behawioralną, stąd też poszukiwanie sposobu, aby włączyć techniki medytacyjne do istniejącego już programu terapeutycznego – terapii poznawczej. Rezultatem lat pracy badaczy było stworzenie programu terapii poznawczej połączonej z techniką uważności (ang. mindfulness). Założenia, jak również szczegółowy opis 8-tygodniowego treningu MBCCT zawarte są w książce autorstwa Segala, Williamsa i Teasdale'a „Terapia poznawcza depresji oparta na uważności. Nowa koncepcja profilaktyki nawrotów” wydanej w 2009 r. przez Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.¹ Metoda MBCCT integruje koncepcję uważności i psychoterapię poznawczą, tworząc nowy sposób radzenia sobie z objawami. Z perspektywy poznawczej jest to spojrzenie rewolucyjne, gdyż zmiana odbywa się w kierunku rozwinięcia postawy pozbawionej wartości i ocen. Dla MBCCT omawiana uważność to taki rodzaj aktywności poznawczej, który akceptuje pojawiające się doznania fizyczne, emocjonalne oraz myśli. Akceptacja ta oznacza obserwację bez wywołanej reakcji. Krótko mówiąc, osoba zamiast „odwracać się od”, „zwraca się ku” objawom i towarzyszącym im myślom.

Dostępne w piśmiennictwie badania nad terapią poznawczą opartą na uważności pozwalają stwierdzić, że może ona przynieść korzyści następującym grupom pacjentów:

1. osoby z co najmniej trzema epizodami depresji w wywiadzie, będące obecnie w fazie remisji (skuteczność w zapobieganiu nawrotom podobna do skuteczności farmakoterapii),^{2,4}

2. osoby z dwoma⁵ lub trzema⁶⁻⁸ epizodami depresji w wywiadzie i będące w trakcie ostrej fazy choroby, w tym osoby, u których farmakoterapia okazała się nieskuteczna.⁹

Terapia poznawcza oparta na uważności okazała się nieskuteczna w następujących grupach pacjentów:

1. osoby z dwoma epizodami depresji w wywiadzie, będące obecnie w fazie remisji,^{3,4}

2. nieliczne osoby z trzema i więcej epizodami w wywiadzie przejawiające w trakcie terapii objawy depresji.^{5,7}

Przy interpretacji wniosków z badań dotyczących terapii poznawczej opartej na uważności należy wziąć pod uwagę następujące fakty:

1. Część badań zawiera braki metodologiczne: w trzech z nich, przeprowadzonych przez Eisendratha i wsp.,⁹ Finucane'a i Mercera⁵ oraz Kenny'ego i Williamsa,⁷ nie uwzględniono grupy kontrolnej, a badania Barnhofera i wsp.,⁶ Finucane'a i Mercera⁵ oraz Kingston i wsp.⁸ zostały przeprowadzone z udziałem małych grup chorych (liczebność odpowiednio 28, 13 i 19 osób).

2. W badaniu porównującym efektywność terapii opartej na uważności i kuracji lekami przeciwdepresyjnymi przeprowadzonym przez Kuykena i wsp.² osoby w grupie objętej farmakoterapią były aktywnie wspierane i namawiane do jej podtrzymywania. Mogło to zwiększyć skuteczność leków przeciwdepresyjnych w tej grupie pacjentów i w rezultacie przyczynić się do niedoszacowania skuteczności terapii poznawczej opartej na uważności.

3. Badacze podkreślają,^{7,9} że uczestnicy ich badań byli zazwyczaj bardzo zmotywowani do udziału w terapii opartej na uważności, co mogło zwiększyć skuteczność oddziaływania terapeutycznego. Jednoczesne stosowanie leków przeciwdepresyjnych w trakcie terapii opartej na uważności mogło ujemnie lub dodatnio wpłynąć na efekty tej terapii;⁹ wpływ ten nie został do tej pory przebadany.

Po lekturze artykułu oraz przeglądu badań nad efektywnością tej formy terapii można zadać sobie pytania: jak udało się integracja, jaki ma charakter i czy na pewno uważność definiowana przez CBT to ta sama uważność, która opisana jest w naukach o zen? - to pytania dla badaczy i praktyków.

Terapia poznawcza oparta na uważności jest wydajną metodą leczenia. Kenny i Williams sugerują,⁷ że w jednej grupie terapeutycznej można leczyć zarówno osoby będące w trakcie depresji, jak i pacjentów po przebytej chorobie. Może mieć ona także zastosowanie wśród osób, które przejawiają niechęć do form pomocy psychologicznej, których pro-

gram obejmuje dzielenie się swoimi problemami na forum grupy.⁵ Terapia ta może być postrzegana przez pacjentów bardziej jako forma edukacji niż jako rodzaj interwencji psychologicznej. Co najważniejsze, terapia poznawcza oparta na uważności może przynieść pomoc tym chorym, którym nie pomogły inne metody leczenia. Przez 10 lat badań nad tą terapią nie wykazano ponadto znaczących przeciwwskazań do jej stosowania (poza indywidualnymi preferencjami pacjentów, np. niechęcią do terapii grupowej).

Powyzsze fakty są moim zdaniem wystarczające, by terapeuci zaczęli wprowadzać terapię poznawczą opartą na uważności do swojej praktyki klinicznej. Zadaniem stojącym przed twórcami tej formy terapii i psychoterapeutami, którzy ją stosują, jest teraz popularyzowanie terapii poznawczej opartej na uważności. Powinno się to oczywiście odbywać przy wskazaniu, że ta terapia nie stanowi uniwersalnego rozwiązania problemu depresji, ale dotyczy konkretnych grup pacjentów wymienionych we wnioskach z badań nad tą metodą terapii.

Piśmiennictwo

1. Segal ZV, Williams MG, Teasdale JD (2009). *Terapia poznawcza depresji oparta na uważności: nowa koncepcja profilaktyki nawrotów*. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
2. Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Watkins E et al. (2008). Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Prevent Relapse in Recurrent Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76: 966-978.
3. Ma SH, Teasdale JD (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: Replication and Exploration of Differential Relapse Prevention Effects. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 72: 31-40.
4. Teasdale J, Segal Z, Williams M, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA (2000). Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 4: 615-623.
5. Finucane A, Mercer SW (2006). 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* 6: 14-27.
6. Barnhofer T, Crane C, Hargus E, Amarasinghe M, Winder R, Williams JMG (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy* 47: 366-373.
7. Kenny MA, Williams JMG (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Behaviour Research and Therapy* 45: 617-625.
8. Kingston T, Dooley B, Bates A, Lawlor E, Malone K (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 80: 193-203.
9. Eisendrath SJ, Delucchi K, Bitner R, Fenimore P, Smit M, McLane M (2008). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treatment-Resistant Depression: A Pilot Study. *Psychotherapy and Psychosomatics* 77: 319-320.