

# Психотерапия депрессии в странах с низким и средним уровнем дохода: мета-анализ

Pim Cuijpers<sup>1,2</sup>, Eirini Karyotaki<sup>1,2</sup>, Mirjam Reijnders<sup>1,2</sup>, Marianna Purgato<sup>3</sup>, Corrado Barbui<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Clinical, Neuro and Developmental Psychology, Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands; <sup>2</sup>Amsterdam School of Public Health, Amsterdam, The Netherlands; <sup>3</sup>WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health and Service Evaluation, Department of Neuroscience, Biomedicine and Movement Sciences, Section of Psychiatry, University of Verona, Verona, Italy

Перевод: Шуненков Д.А. (Иваново)

Редактура: к.м.н. Руженкова В.В. (Белгород)

Большинство методов психотерапии депрессии были разработаны в западных странах Северной Америки, Европы и Австралии, имеющих высокий уровень дохода. В растущем числе рандомизированных исследований были изучены эффекты данных видов лечения в странах, не относящихся к западным. Был проведен мета-анализ этих исследований, чтобы изучить, являются ли эти психотерапевтические вмешательства эффективными, и сравнить их эффект между исследованиями, проведенными в западных и незападных странах. Был проведен систематический поиск в библиографических базах данных и включено 253 рандомизированных контролируемых исследования, из которых 32 были проведены в незападных странах. Эффекты психотерапии в незападных странах оказались значительными ( $g=1,10$ ; 95% CI: 0,91–1,30), с высокой степенью неоднородности ( $I^2=90$ ; 95% CI: 87–92). После поправки на систематическую ошибку публикации, размер эффекта снизился до  $g=0,73$  (95% CI: 0,51–0,96). Анализ подгрупп не свидетельствует о том, что адаптация к местной ситуации ассоциирована с размером эффекта. Сравнения с исследованиями, проведенными в западных странах, показали, что эффекты терапии были значительно больше в незападных странах, также после корректировки с учетом особенностей участников, методов терапии и исследований. Эти большие размеры эффектов в незападных странах могут отражать истинные различия, указывающие, что терапия действительно более эффективна; или их можно объяснить сравнением со стандартным лечением в незападных странах, часто заключающимся в отсутствии какой-либо помощи; или они могут быть результатом относительно низкого качества многих исследований в этой области. Это исследование показывает, что психотерапевтические вмешательства, которые разработаны в западных странах, могут быть или не быть более эффективными в незападных странах, но они, вероятно, являются не менее эффективными и, следовательно, могут также использоваться в этих странах.

**Ключевые слова:** депрессия, психотерапия, страны с низким и средним уровнем дохода, стандартное лечение, мета-анализ

(World Psychiatry 2018;17(1):90-101)

Депрессия и другие психические расстройства широко распространены и затрагивают почти каждого пятого человека в мире<sup>1,2</sup>. Они оказывают значительное влияние на жизнь пациентов и их семей и связаны с огромными экономическими и социальными издержками<sup>3</sup>. Инвалидность, связанная с этими расстройствами, приводит к потере более чем одного миллиона лет здоровой жизни, что делает психические расстройства ведущей причиной лет жизни, прожитых с инвалидностью, во всем мире<sup>4</sup>. Экономические затраты, с точки зрения производственных потерь и расходов на охрану здоровья и социальную помощь, были оценены в 2010 году в 2,5 триллиона долларов США по всему миру<sup>5-7</sup>, и эти расходы, как ожидается, вырастут до 6 триллионов долларов США к 2030 г.<sup>8</sup>.

Существует несколько видов фармакотерапии и психотерапии депрессии с доказанной эффективностью. Тем не менее большинство людей с депрессивными расстройствами не получают лечения, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода, где получают лечение только от 7 до 21% пациентов<sup>5</sup>. Если пациенты получают лечение, то оно, как правило, заключается в фармакотерапии, в то время как большинство пациентов предпочитают психотерапию<sup>9</sup>.

Для лечения депрессии были разработаны несколько видов психотерапии, такие как когнитивно-поведенческая терапия, межличностная психотерапия, терапия методами решения проблем и активация поведения<sup>10</sup>. С 1970-х годов несколько сотен рандомизированных исследований показали, что эти мероприятия эффективны<sup>11-14</sup>, хотя их эффект является умеренным и был переоценен из-за низкого качества многих исследований<sup>15</sup> и систематической ошибки публикаций<sup>16,17</sup>. Эффекты психотерапии оказались сопоставимы с фармакотерапией<sup>18</sup> и, вероятно, являются более длительными<sup>19</sup>.

Большинство методов психотерапии были разработаны в западных странах Северной Америки, Европы и Австралии с высоким уровнем дохода, и подавляющее большинство из более чем 450 рандомизированных исследований, в которых изучались их эффекты<sup>20</sup>, были проведены в этих стра-

нах. Поэтому неизвестно, будут ли эти методы также эффективны в странах с низким и средним уровнем дохода.

В последние годы в растущем числе рандомизированных исследований были изучены эффекты психотерапии депрессии в странах за пределами Северной Америки, Европы и Австралии. Цель данного мета-анализа – изучить, могут ли эти методы психотерапии быть так же эффективны в западных странах, и сравнить их эффекты с аналогичными в западных странах. Этот анализ так же дает возможность понять, связаны ли эффекты психотерапии с доходами страны и регионом, где проводилось исследование.

## МЕТОДЫ

### Выявление и отбор исследований

Мы использовали существующую базу данных исследований по психотерапии депрессии. Эта база данных подробно описана<sup>20</sup>, была использована в серии ранее опубликованных мета-анализов<sup>21</sup> и постоянно обновляется. Материалы для этой базы мы искали в четырех основных библиографических источниках (в PubMed, Psyc-INFO, Embase и the Cochrane Library) путем объединения терминов (включались и слова из текста, и ключевые слова), свидетельствующие о депрессии и психотерапии, с фильтрами для рандомизированных контролируемых исследований. Мы также проверили ссылки предыдущих мета-анализов.

Так как эта база данных не была разработана специально для включения исследований из незападных стран, мы изучили список, представленный Effective Practice and Organization of Care (ЕРОС) Group (a Cochrane review group – Кокрейновской обзорной группой по эффективной клинической практике и организации медицинской помощи), который содержит совокупность баз данных, сайтов и журналов, относящихся к странам с низким и средним уровнем дохода. Мы выбрали базы данных, находящиеся в свободном доступе, которые могли быть найдены на английском языке и имели действующий веб-адрес. Был проведен поиск

с адаптированными критериями по следующим базам данных: the International Initiative for Impact Evaluation (3ie); the British Library for Development Studies; the Eldis; the World Health Organization (WHO)'s Global Index Medicus; the Latin-American and Caribbean System on Health Sciences Information (LILACS); the Indice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS); the AfricaBib; the IndMed; the KoreaMed; African Journals Online. Поиск проводился в ноябре 2016 года.

Все результаты были просмотрены двумя независимыми исследователями, и все статьи, которые, по мнению одного из исследователей, могли бы соответствовать критериям включения, были получены в полнотекстовом варианте. Решение о включении или исключении исследования также принималось двумя независимыми исследователями, а разногласия решались путем обсуждения.

Были включены статьи, сообщающие о рандомизированном исследовании, в котором эффект психотерапии депрессии у взрослых людей сравнивался с контрольной группой (лист ожидания, стандартное лечение, плацебо, другое неактивное лечение) в западных странах (не расположенных в Северной Америке, Европе или Австралии).

Депрессия может быть установлена с помощью диагностического интервью или оценки выше определенной отметки по шкале самооценки. Психотерапия определялась как вмешательство, в которых основное внимание отводилось вербальному взаимодействию между пациентом и терапевтом, или как библиотерапия с поддержкой терапевта<sup>22</sup>. Методы терапии могли быть индивидуальными, групповыми или представленными в форме самостоятельной помощи под руководством профессионалов или парапрофессионалов. Коморбидные психические или соматические расстройства не были использованы в качестве критерия исключения. Были исключены исследования на пациентах, проходящих стационарное лечение. Мы также исключили исследования поддерживающей терапии, направленные на людей, которые уже выздоровели или частично восстановились в результате предыдущей терапии.

Помимо основных анализов исследований, проведенных в западных странах, мы также сравнили размеры эффекта терапии в исследованиях, проведенных в западных странах с аналогичными, проводимыми в странах Запада. Для такого сравнения мы отобрали из нашей базы исследования психотерапии депрессии, которые проводились в западных странах и в которых психотерапия сравнивалась с контрольной группой, с теми же критериями включения и исключения для исследований, как и в западных странах.

### Оценка качества и получение данных

Мы оценили качество включенных исследований с использованием четырех критериев инструмента Кокрейновского сотрудничества для оценки систематической ошибки<sup>23</sup>. Этот инструмент оценивает возможные источники систематической ошибки в рандомизированных исследованиях, включая соответствующее формирование последовательности распределения, сокрытие отнесения больных к той или иной группе в зависимости от условий, предотвращение знания о распределенных вмешательствах («ослепление» экспертов), и анализирует неполноту результатов данных (позитивная оценка давалась в случае, когда были проведены анализы в зависимости от назначенного лечения; это означает, что все рандомизированные пациенты были включены в анализы). Оценка качества включенных исследований проводилась двумя независимыми исследователями, а разногласия решались путем обсуждения.

Мы также закодировали характеристики участников (депрессивное расстройство или высокий балл по самооце-

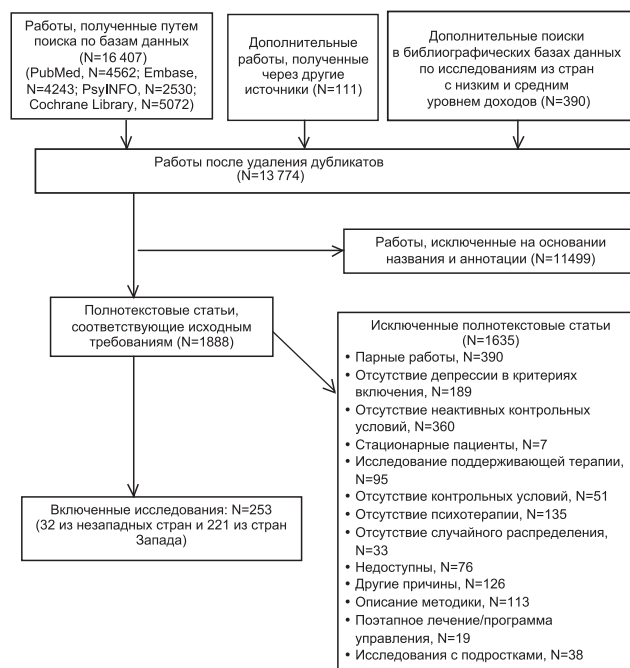


Рис. 1. График PRISMA

ночной шкале, метод набора, целевая группа), особенности психотерапии (формат лечения, количество сеансов) и общие характеристики исследований (тип контрольной группы, страна, где проводилось исследование).

Мы оценивали, было ли вмешательство адаптировано к местным условиям и населению. Мы рассматривали вмешательство как неадаптированное, когда авторы не упомянули про адаптацию и когда описанные техники терапии были сопоставимы с аналогичными, разработанными в западных странах. Вмешательство рассматривалось как адаптированное, когда было непосредственно указано, что оно было адаптировано к местной ситуации. Мы также рассматривали вмешательство как адаптированное, если оно было разработано в западной стране и базировалось на моделях или теориях из западных стран. Мы также рассматривали вмешательство в качестве неадаптированного в случае, когда западные руководства были просто переведены на национальный язык.

Для того чтобы проверить, не взаимосвязан ли эффект психотерапии с доходом на душу населения, мы регистрировали валовой национальный доход (ВНД) на основе паритета покупательной способности (ППС) на душу населения в международных долларах для каждой из стран, где проводилось исследование, с использованием данных Всемирного банка (<http://data.worldbank.org>). Мы разделили страны на страны с низким, ниже среднего, выше среднего и высоким уровнем дохода, согласно определению Всемирного банка. Мы также использовали шесть регионов согласно Всемирному банку для определения места проведения исследований (Восточная Азия и Тихоокеанский регион, Европа и Центральная Азия, Латинская Америка и Карибский бассейн, Ближний Восток и Северная Африка, Южная Азия и Африка к югу от Сахары).

### Первичный результат

Для каждого сравнения между группой психотерапии и группой контроля был рассчитан размер эффекта (g-Хеджеса), указывающий на различие между двумя группами после эксперимента. Размеры эффекта от 0,8 рассматривались как значительные, размеры эффекта от 0,5 – как умеренные, а размеры эффектов от 0,2 – как небольшие<sup>24</sup>. Размеры эффекта были рассчитаны путем вычитания (после экспери-

**Таблица 1.** Некоторые характеристики рандомизированных исследований, сравнивающих психотерапию депрессии у взрослых с контрольными группами в незападных странах

Исследование	Условия	Н пациентов	Формат	Культурная адаптация	Н сеансов	Страна	Риск систематической ошибки*
Bolton et al. <sup>35</sup>	IPT	139	Групповая	Адаптированная	16	Уганда	+ – SR +
	CAU	145					
Chan et al. <sup>36</sup>	CBT	17	Индивидуальная	Не адаптированная	10	Китай	– ++ –
	MBCT	17	Индивидуальная	Незападные	10		
	WL	16					
Chan et al. <sup>37</sup>	Другая	14	Индивидуальная	Незападные	5	Китай	+ – SR +
	CAU	12					
Chen et al. <sup>38</sup>	SUP	30	Групповая	Не адаптированная	4	Тайвань	– – SR –
	CAU	30					
Chiang et al. <sup>39</sup>	CBT	30	Групповая	Не адаптированная	12	Тайвань	+++ –
	CAU	32					
Cho et al. <sup>40</sup>	CBT	12	Индивидуальная	Не адаптированная	9	Корея	– – SR –
	CAU	10					
Duarte et al. <sup>41</sup>	CBT	41	Групповая	Не адаптированная	12	Бразилия	– + SR –
	CAU	44					
Faramarzi et al. <sup>42</sup>	CBT	29	Групповая	Не адаптированная	10	Иран	– – SR –
	CAU	30					
Furukawa et al. <sup>43</sup>	CBT	58	Индивидуальная	Адаптированная	8	Япония	++ SR +
	WL	60					
García-Peña et al. <sup>44</sup>	CBT	41	Групповая	Не адаптированная	12	Мексика	+ – SR –
	CAU	40					
Hamdan-Mansour et al. <sup>45</sup>	CBT	44	Групповая	Адаптированная	10	Иордания	– + SR –
	CAU	36					
Hou et al. <sup>46</sup>	CBT	104	Индивидуальная	Не адаптированная	19	Китай	– – SR –
	CAU	109					
Huang et al. <sup>47</sup>	CBT	31	Групповая	Не адаптированная	12	Тайвань	– – SR –
	CAU	30					
Jiang et al. <sup>48</sup>	Другая	257	Индивидуальная	Не адаптированная	–	Китай	+ – SR –
	CAU	514					
Leung et al. <sup>49</sup>	CBT	47	Групповая	Адаптированная	6	Китай	– – SR +
	CAU	50					
Liu et al. <sup>50</sup>	CBT	27	Управляемая самопомощь	Не адаптированная	10	Тайвань	– – SR –
	WL	25					
Mukhtar <sup>51</sup>	CBT	58	Групповая	Адаптированная	8	Малайзия	– – SR –
	WL	55					
Naeem et al. <sup>52</sup>	CBT	94	Управляемая самопомощь	Адаптированная	7	Пакистан	+ – SR –
	CAU	89					
Nakimuli-Mpungu et al. <sup>53</sup>	SUP	57	Групповая	Адаптированная	8	Уганда	++ SR +
	Другая	52					
Ng et al. <sup>54</sup>	Другая	14	Индивидуальная	Не адаптированная	5	Сингапур	– – SR –
	CAU	12					
Ngai et al. <sup>55</sup>	CBT	197	Другая	Адаптированная	5	Китай	++ SR +
	CAU	200					

мента) средней оценки группы психотерапии из средней оценки контрольной группы, и деления полученного результата на общее среднее квадратичное отклонение. Так как некоторые исследования имели относительно небольшие объемы выборки, мы скорректировали размер эффекта с учетом систематической ошибки малой выборки<sup>25</sup>. Если средние значения и стандартные отклонения не указывались, мы использовали функции программного обеспечения программы «Комплексный мета-анализ» (Comprehensive Meta-Analysis; см. ниже) для расчета размера эффекта с помощью дихотомических исходов; а если и они были недоступ-

ны, мы использовали другие статистические показатели (например, *t* или *p*-значение) для расчета размера эффекта.

Для того чтобы рассчитать размеры эффекта, мы использовали все способы измерения депрессивных симптомов, такие как Шкала депрессии Бека (BDI-I или BDI-II)<sup>26,27</sup> либо Шкала депрессии Гамильтона (HAM-D-17)<sup>28</sup>.

### Мета-анализы

Для расчета средних обобщенных размеров эффекта мы использовали компьютерную программу Comprehensive Meta-Analysis («Комплексный мета-анализ»; версия

**Таблица 1 (продолжение).** Некоторые характеристики рандомизированных исследований, сравнивающих психотерапию депрессии у взрослых с контрольными группами в незападных странах

Исследование	Условия	Н пациентов	Формат	Культурная адаптация	Н сеансов	Страна	Риск систематической ошибки*
Omid et al. <sup>56</sup>	CBT	30	Групповая	Не адаптированная	8	Иран	
	МВСТ	30	Групповая	Не адаптированная	8		
	CAU	30					
Petersen et al. <sup>57</sup>	ИРТ	17	Групповая	Адаптированная	8	Южная Африка	
	CAU	17					
Qiu et al. <sup>58</sup>	CBT	31	Групповая	Не адаптированная	10	Китай	
	WL	31					
Rahman et al. <sup>59</sup>	CBT	418	Индивидуальная	Адаптированная	16	Пакистан	
	Другая	400					
Songprakun & McCann <sup>60</sup>	CBT	26	Управляемая самопомощь	Не адаптированная	8	Таиланд	
	CAU	28					
Sreevani et al. <sup>61</sup>	Другая	15	Групповая	Незападные	4	Индия	
	CAU	15					
Teichman et al. <sup>62</sup>	СМТ	15	Индивидуальная	Не адаптированная	13	Израиль	
	CBT	15	Индивидуальная	Не адаптированная	13		
	WL	15					
Vitriol et al. <sup>63</sup>	DYN	44	Индивидуальная	Не адаптированная	12	Чили	
	CAU	43					
Wong <sup>64</sup>	CBT	48	Групповая	Адаптированная	10	Китай	
	WL	40					
Wong <sup>65</sup>	CBT	163	Групповая	Адаптированная	10	Китай	
	WL	159					
Zu et al. <sup>66</sup>	CBT	12	Индивидуальная	Не адаптированная	20	Китай	
	CAU	16					

Примечание. CAU – стандартное лечение (care as usual), CBT – когнитивно-поведенческая терапия (cognitive behavior therapy), СМТ – когнитивная супружеская терапия (cognitive marital therapy), СТ – когнитивная терапия (cognitive therapy), DR – психодрама (psychodrama), DYN – психодинамическая терапия (psychodynamic therapy), ИРТ – межличностная психотерапия (interpersonal psychotherapy), МВСТ – основанная на осознанности когнитивная терапия (mindfulness based cognitive therapy), SUP – недирективная поддерживающая терапия (non-directive supportive therapy).

\*Положительный (+) или отрицательный (–) знак дается согласно четырем критериям качества: последовательность распределения, сокрытие отнесения больных к той или иной группе в зависимости от условий, «ослепление» экспертов и анализы в зависимости от назначенного лечения; SR указывает на то, что были использованы только самооценочные шкалы (а не эксперты).

3.3070). Мы использовали обобщенную модель случайных эффектов во всех анализах, так как ожидали значительную неоднородность среди исследований.

Число пролеченных больных на одного излеченного (ЧБНЛ) было рассчитано с использованием формул, приведенных Furukawa<sup>29</sup>, в которых уровень выздоровления в контрольной группе принимался за стандартные 19% (основываясь на том, что редукция симптомов в исследованиях психотерапии депрессии в среднем составляет 50%)<sup>30</sup>. В качестве теста на однородность размеров эффекта мы рассчитали статистику  $I^2$ , которая является показателем неоднородности в процентах. Значение 0% означает, что неоднородности нет, а большие значения указывают на повышение неоднородности, при этом 25% оценивается как низкая, 50% – как средняя и 75% – как высокая неоднородность<sup>31</sup>. Мы рассчитали 95% доверительные интервалы (95% CI) для  $I^2$  с использованием нецентрального хи-квадрат-ориентированного подхода в рамках модуля hetero $\phi$  программы Stata<sup>32,33</sup>. Мы провели анализ чувствительности, исключая потенциальные выбросы. Они определялись как исследования, в которых 95% CI размера эффекта не перекрывались с 95% CI обобщенного размера эффекта.

Были проведены анализы данных в подгруппах согласно смешанной модели эффектов, в которой исследования внутри подгрупп обобщались с помощью модели случайных эффектов, в то время как тесты на существенные различия между подгруппами проводились с помощью модели постоянных эффектов. Для непрерывных переменных, были использованы регрессионные мета-анализы, чтобы проверить, существует ли достоверная связь между непрерывной переменной и размером эффекта, на что указывает значение  $z$  и соответствующее значение  $p$ . Многофакторные регрессионные мета-анализы, с размером эффекта в качестве зависимой переменной, были проведены в программе «Комплексный мета-анализ» (Comprehensive Meta-Analysis).

Мы проверяли систематическую ошибку публикации, рассматривая воронкообразные диаграммы измерений первичных результатов и используя процедуру обрезки и заполнения по Duval и Tweedie<sup>34</sup>, которая дает оценку размера эффекта с учетом систематической ошибки публикации (как это реализовано в программе «Комплексный мета-анализ» (Comprehensive Meta-Analysis)). Мы также использовали анализ асимметрии воронкообразной диаграммы, предложенный Egger для идентификации и количественной



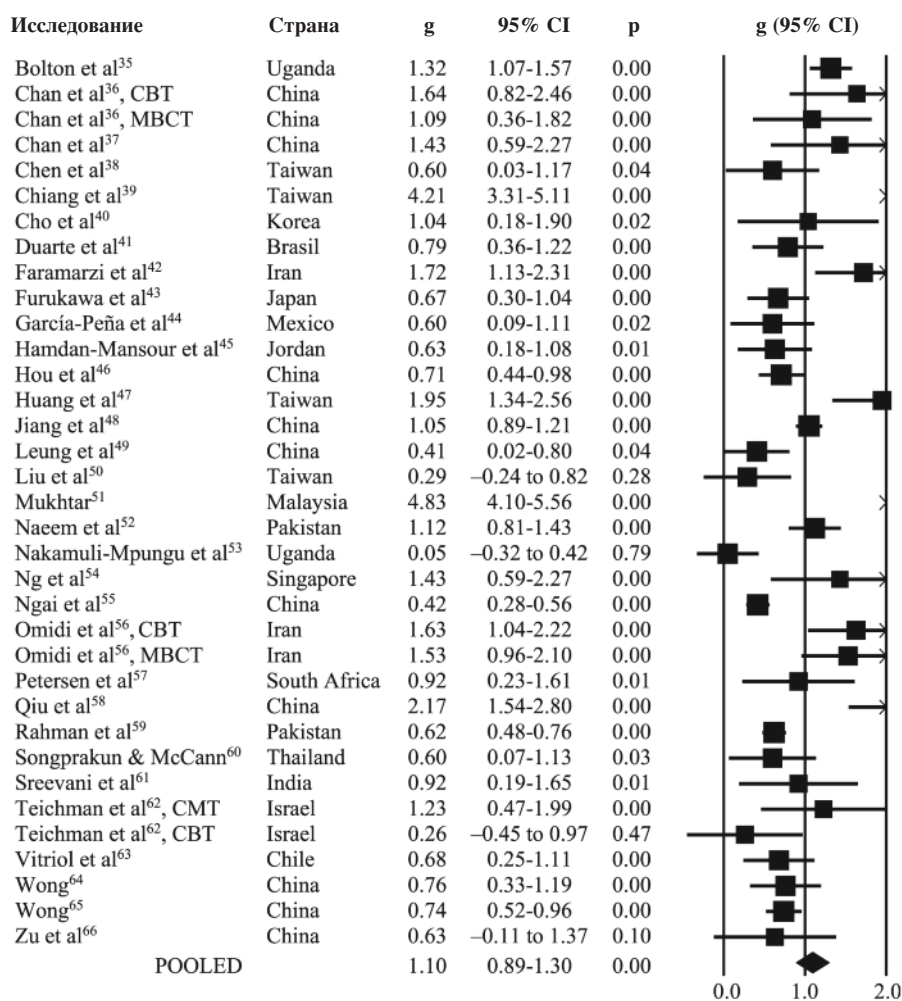


Рис. 2. Форест-диаграмма размеров эффекта в рандомизированных контролируемых исследованиях психотерапии депрессии в незападных странах. CBT – когнитивно-поведенческая терапия, MBCT – основанная на осознанности когнитивная терапия, DR – психодрама, CMT – когнитивная супружеская терапия

оценки систематической ошибки, выявленной на графике, и проверяли, являлась ли она значительной.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

### Отбор и включение исследований

Изучив в общей сложности 16 908 аннотаций (13 774 после удаления дубликатов), мы получили 1888 полнотекстовых статей для дальнейшего рассмотрения. Из этих статей мы исключили еще 1635. На рис. 1 представлена блок-схема PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – Предпочтительные компоненты для подготовки систематических обзоров и мета-анализов), описывающая процесс включения, с указанием причин исключения.

В общей сложности 32 исследования, проведенных в незападных странах, соответствовали критериям включения в мета-анализ (из 35, в которых проводилось сравнение группы психотерапии с контрольной группой; табл. 1). Также было включено 221 исследование по психотерапии в западных странах (из 297, в которых проводилось сравнение группы психотерапии с контрольной группой) для сравнения размеров эффекта в западных и незападных странах. Таким образом, в общей сложности в анализ были включены 253 исследования.

### Характеристики включенных исследований

В 32 включенных исследованиях, проведенных в незападных странах, приняли участие в общей сложности 4607

пациентов (2222 в группе терапии и 2385 – в контрольной). Участники набирались путем объявлений в местных газетах и других СМИ (в четырех исследованиях), направлялись медицинскими службами (в 11 исследованиях), или использовались другие стратегии, такие как скрининг в общемедицинской сети (в 17 исследованиях).

Когнитивно-поведенческая терапия была использована в качестве вмешательства в 25 из 35 сравнительных исследований между группой терапии и контроля. В двух исследованиях использовалась межличностная психотерапия, в одном – психодинамическая терапия, еще в одном – недирективная поддерживающая терапия, а в остальных шести использовался другой тип лечения. Из этих методов лечения, в культурном отношении были адаптированы 12, не были адаптированы 20, и три относились к незападным методам лечения. В восемнадцати сравнительных исследованиях использовали формат групповой терапии, в 13 – индивидуальную терапию, и в трех – терапию в форме управляемой самопомощи. Количество сеансов терапии варьировало от четырех до 20. В восьми исследованиях в качестве контрольной группы был использован лист ожидания, в 22 исследованиях – группы стандартного лечения, а в двух использовали другой тип контрольной группы.

Девятнадцать исследований проводились в Восточной Азии, три – в Южной Азии, три – в Латинской Америке и Карибском бассейне, четыре – на Ближнем Востоке и в Северной Африке, а три – в Африке к югу от Сахары. Валовой национальный доход данных стран колебался от низкого/ниже среднего (250 долларов США) до высокого (54 580 долларов США).

Таблица 2. Психотерапия депрессии у взрослых в западных странах в сравнении с контрольными группами								
	N	g	95% ДИ	I <sup>2</sup>	95% ДИ	p	ЧБНЛ	
Все сравнения	35	1,10	0,91–1,30	90	87–92		2,51	
Наибольший размер эффекта в исследовании	32	1,11	0,90–1,32	90	88–92		2,49	
Наименьший размер эффекта в исследовании	32	1,06	0,85–1,27	90	88–92		2,62	
Исключение выбросов	26	0,95	0,82–1,08	55	23–70		2,95	
Исключение экстремальных положительных выбросов	32	0,87	0,73–1,06	78	69–83		3,26	
Только HAM-D	7	1,38	0,66–2,09	93	89–95		1,99	
Только BDI-I	9	1,33	0,54–2,12	93	90–95		2,06	
Только BDI-II	7	1,37	0,76–1,97	91	85–94		2,01	
С поправкой на систематическую ошибку публикации (9 исследований)	44	0,73	0,51–0,96	93	92–94		3,98	
<i>Анализ данных в подгруппах</i>								
Регион	Восточная Азия	17	0,83	0,64–1,02	77	61–84	0,55	3,44
	Ближний Восток и Северная Африка	6	1,17	0,69–1,65	74	18–87		2,35
	Южная Азия	3	0,86	0,47–1,25	77	0–91		3,30
	Другая	6	0,73	0,30–1,16	85	64–91		3,98
Уровень доходов страны	Высокий	8	0,86	0,48–1,23	71	24–84	0,95	3,30
	Выше среднего	18	0,89	0,71–1,08	77	63–84		3,18
	Низкий/ниже среднего	6	0,83	0,44–1,22	88	76–93		3,44
Риск систематической ошибки	0–1 (высокий)	10	1,20	0,84–1,56	73	42–84	<0,001	2,29
	2–3	16	0,87	0,70–1,03	61	22–76		3,26
	4 (низкий)	6	0,51	0,34–0,69	60	0–82		6,01
Контрольная группа	Стандартное лечение	22	0,97	0,78–1,16	80	71–86	0,02	2,88
	Лист ожидания/другая	10	0,65	0,45–0,85	61	0–79		4,55
Целевая группа	Взрослые	15	0,95	0,74–1,16	65	32–79	0,16	2,95
	Послеродовая депрессия	7	0,67	0,44–0,90	84	67–91		4,39
	Другая	10	0,97	0,60–1,35	80	60–88		2,88
Диагноз	Депрессивное расстройство	21	0,91	0,74–1,09	74	57–82	0,48	3,02
	Повышенные баллы согласно самооценочной шкале	11	0,80	0,53–1,07	84	72–89		3,58
Адаптация	Да	14	0,74	0,56–0,93	80	65–87	0,06	3,92
	Нет	18	0,99	0,78–1,19	68	42–79		2,82
Тип терапии	СВТ	22	0,85	0,69–1,01	75	60–82	0,71	3,35
	Другая	10	0,91	0,63–1,19	76	50–86		3,10
Формат терапии	Индивидуальная	12	0,89	0,68–1,10	63	17–79	0,28	3,18
	Групповая	15	0,94	0,69–1,20	81	68–87		2,99
	Другая	5	0,64	0,35–0,94	78	27–89		4,63

Примечание. BDI – Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory), HAM-D – Шкала депрессии Гамильтона (Hamilton Rating Scale for Depression), NNT – число пролеченных больных на одного излеченного (numbers-needed-to-be-treated), СВТ – когнитивно-поведенческая терапия (cognitive behavior therapy).

### Эффекты психотерапии в западных странах

Общий эффект в 35 сравнениях между группами психотерапии и контроля был равен  $g=1,10$  (95% CI: 0,91–1,30), что соответствует ЧБНЛ, равному 2,51. Неоднородность была очень высокой ( $I^2=90$ ; 95% CI: 87–92). Размеры эффекта и 95% доверительные интервалы для каждого исследования представлены на рис. 2 в виде форест-диаграммы. Результаты этих основных анализов представлены в табл. 2. Учитывая только результаты по шкале HAM-D-17, средний размер эффекта был равен  $g=1,38$  (95% ДИ: 0,66–2,09;  $n=7$ ; ЧБНЛ=1,99;  $I^2=93$ ; 95% ДИ: 89–95). Для BDI-I результаты равнялись  $g=1,33$  (95% CI: 0,54–2,12;  $n=9$ ; ЧБНЛ=2,06;  $I^2=93$ ; 95% CI: 90–95); а для BDI-II  $g=1,37$  (95% CI: 0,76–1,97;  $n=7$ ; ЧБНЛ=2,01;  $I^2=91$ ; 95% CI: 85–94).

Девять исследований содержали потенциальные выбросы<sup>39,47,49-51,53,55,58,59</sup>. После исключения этих исследований эффекты снизились до  $g=0,95$  (95% CI: 0,82–1,08; ЧБНЛ=2,95). Неоднородность все еще оставалась умеренной ( $I^2=55$ ; 95% CI: 23–70). Было обнаружено три потенциальных выброса с предельно высокими размерами эффекта ( $g>2,0$ )<sup>39,51,58</sup>. Обобщенный размер эффекта после исключения этих экстремальных выбросов составил  $g=0,87$  (95% CI: 0,73–1,06;  $I^2=78$ ; 95% CI: 69–83).

В этот мета-анализ мы включили три исследования, в которых с одной и той же контрольной группой сравнивались две экспериментальные группы. Это означает, что в один и тот же анализ были включены множественные сравнения, что могло привести к искусственному снижению неоднородности и повлиять на обобщенный размер эффекта. Мы проверили эти возможные последствия, проведя анализ, в котором учитывали только один размер эффекта из исследования. Сначала мы учитывали только сравнения с наибольшим размером эффекта из этих исследований, а затем – только минимальные размеры эффекта. Как видно из табл. 2, итоговые размеры эффекта были почти такие же, как и в общем анализе. В этих анализах уровень неоднородности по-прежнему оставался высоким.

Визуальный осмотр воронкообразной диаграммы, как и процедура обрезки и заполнения по Duval и Tweedie, указали на наличие значительной систематической ошибки публикации. После поправки на систематическую ошибку публикации средний размер эффекта снизился от  $g=1,10$  до  $g=0,73$  (95% CI: 0,51–0,96; количество неучтенных исследований – 9). Анализ воронкообразной диаграммы, предложенный Egger, также выявил ее значительную асимметрию ( $p=0,004$ ; intercept: 2,42; 95% CI: 0,65–4,20).

		N	g	95% CI	I <sup>2</sup>	95% CI	p	ЧБНЛ
Регион	Западные	291	0,60	0,55–0,64	59	53–64	<0,001	4,99
	Незападные	32	0,87	0,73–1,02	78	69–83		3,26
	Северная Америка	165	0,67	0,59–0,74	61	53–67	<0,001	4,39
	Европа	107	0,51	0,45–0,57	47	32–58		6,01
	Австралия	19	0,62	0,38–0,85	74	56–82		4,80
	Восточная Азия	17	0,83	0,64–1,02	77	61–84		3,44
	Ближний Восток и Северная Африка	6	1,17	0,69–1,65	74	18–87		2,35
	Южная Азия	3	0,86	0,47–1,25	77	0–91		3,30
	Другая	6	0,73	0,30–1,16	85	64–91		3,98
Уровень доходов страны	Высокий	297	0,60	0,55–0,65	59	54–64	0,002	4,99
	Выше среднего	20	0,92	0,74–1,11	76	61–83		3,06
	Низкий/ниже среднего	6	0,83	0,44–1,22	88	76–93		3,44
Уровень доходов страны	Высокий, западные	289	0,59	0,55–0,64	58	53–63	0,003	5,08
	Высокий, незападные	8	0,86	0,48–1,23	71	24–84		3,30
	Выше среднего <sup>a</sup>	18	0,93	0,73–1,12	78	64–85		3,02
	Низкий/ниже среднего	6	0,83	0,44–1,22	88	76–93		3,44

<sup>a</sup>Турция была исключена из этого анализа, потому что это западная страна, но с уровнем дохода выше среднего.  
NNT – число пролеченных больных на одного излеченного (Numbers-needed-to-be-treated).

В анализах данных в подгруппах, при исключении значительных выбросов, мы обнаружили, что риск систематической ошибки был значительно связан с размером эффекта ( $p < 0,001$ ). Шесть сравнений с наименьшим риском систематической ошибки (отсутствие риска систематической ошибки для любого из четырех элементов инструмента оценки) показали величину эффекта  $g = 0,51$  (95% CI: 0,34–0,69; ЧБНЛ=6,01) в сравнении с  $g = 1,20$  (95% CI: 0,84–1,56; ЧБНЛ =2,29) в исследованиях с наибольшим риском систематической ошибки.

Мы также обнаружили, что тип контрольной группы был достоверно связан с размером эффекта, при этом больший размер эффекта наблюдался при использовании в качестве контроля группы стандартного лечения, нежели листа ожидания и других типов контрольных групп ( $p = 0,02$ ).

Ни один другой анализ данных в подгруппах не выявил существенные различия между подгруппами, включая зависимость от региона (Восточная Азия, Ближний Восток и Северная Африка, Южная Азия, прочие), от уровня доходов в стране (высокий, выше среднего, низкий/ниже среднего) и факта адаптации лечения к местным условиям.

Мы провели серию бивариантных регрессионных мета-анализов. В этих анализах мы не обнаружили никаких признаков того, что размер эффекта был достоверно связан с ВНД (коэффициент: 0,00; 95% CI: от -0,00 до 0,00;  $p = 0,56$ ), количеством сеансов лечения (коэффициент: 0,00; 95% CI: от -0,04 до 0,04;  $p = 1,00$ ), и годом публикации (коэффициент: 0,00; 95% CI: от -0,03 до 0,04;  $p = 0,84$ ).

### Сравнение эффектов психотерапии в западных и незападных странах

Мы рассмотрели 32 сравнительных исследования из незападных стран с 291 проведенным в западных странах (табл. 3; экстремальные выбросы с  $g > 2,0$  были исключены из анализа). Обнаружилось, что в западных странах размер эффекта ( $g = 0,60$ ; 95% CI: 0,55–0,64;  $I^2 = 59$ ; 95% CI: 53–64; ЧБНЛ = 4,99) был значительно ниже, чем в незападных странах ( $p < 0,001$ ).

Исследовались также размеры эффектов в разных регионах, и было обнаружено, что они значительно различаются ( $p < 0,001$ ), с наименьшими размерами эффекта в Северной Америке, Европе и Австралии и наиболее высокими в Восточной Азии, Южной Азии на Ближнем Востоке и в Северной Африке. Мы также обнаружили значительную разницу между странами с разным уровнем дохода, при этом наи-

большие размеры эффектов обнаружались в странах с низким и средним уровнем дохода.

Кроме того, был проведен отдельный анализ данных в подгруппах, в которых мы разделили страны с высоким уровнем дохода на западные и незападные (табл. 3). Обнаружилось, что в восьми исследованиях незападных стран с высоким уровнем дохода размер эффекта составил  $g = 0,86$  (95% CI: 0,48–1,23; ЧБНЛ=3,30;  $I^2 = 71$ ; 95% CI: 24–84) в сравнении с  $g = 0,59$  в западных странах (табл. 2). Прямое сравнение между западными и незападными странами с высоким уровнем доходов не выявило существенных различий ( $p = 0,17$ ), но это может быть связано с малым количеством исследований, проведенных в незападных странах с высоким уровнем доходов.

Была проведена серия многофакторных регрессионных мета-анализов, в которых в качестве зависимой переменной выступал размер эффекта (табл. 4). В первом анализе мы использовали бинарную переменную, указывающую, проводилось ли исследование в западной или незападной стране, а также включались другие переменные, характеризующие участников (наличие диагноза депрессии или повышенные баллы согласно самооценочной шкале; целевая группа), терапию (тип, формат лечения, количество сеансов) и характеристик исследований (тип контрольной группы и риск систематической ошибки). После учета всех других характеристик участников, вмешательств и исследований значимым предиктором размера эффекта оказался факт, проводилось ли исследование в западной стране или нет ( $p < 0,001$ ).

Во втором регрессионном мета-анализе мы использовали те же предикторы, за исключением переменной, указывающей, проводилось ли исследование в западной или незападной стране, и вместо этого была добавлена переменная, указывающая регион, где проводилось исследование. Было обнаружено, что в исследованиях, проведенных на Ближнем Востоке, в Северной Африке и в Южной Азии, размеры эффекта были значительно выше, чем в референтной группе (исследованиях, проведенных в США).

В третьем регрессионном мета-анализе в качестве предиктора использовался уровень дохода страны и было обнаружено, что в исследованиях, проведенных в странах с уровнем дохода выше среднего ( $p = 0,002$ ) и низким/ниже среднего ( $p = 0,004$ ), обнаружались значительно более высокие размеры эффекта, чем в странах с высоким уровнем дохода, с учетом поправок на все остальные переменные.

**Таблица 4.** Стандартизированные коэффициенты регрессии характеристик исследований психотерапии депрессии в западных и незападных странах (полные многофакторные регрессионные мета-анализы, исключая экстремальные выбросы)

		Coeff	SE	p	Coeff	SE	p	Coeff	SE	p
Западные в сравнении с незападными странами		0,26	0,08	<0,001						
Регион	Северная Америка				Ref					
	Европа				-0,02	0,06	0,83			
	Австралия				0,08	0,10	0,44			
	Восточная Азия				0,17	0,11	0,11			
	Ближний Восток и Северная Африка				0,44	0,18	0,02			
	Южная Азия				0,44	0,20	0,03			
	Другая				0,25	0,16	0,11			
Уровень доходов страны	Высокий							Ref		
	Низкий/ниже среднего							0,43	0,15	0,004
	Выше среднего							0,31	0,10	0,002
Диагноз в сравнении с диагностикой по самооценочной шкале		-0,02	0,05	0,63	-0,01	0,05	0,88	-0,01	0,05	0,83
Целевая группа	Сплошная выборка взрослых	Ref			Ref			Ref		
	Пожилые	-0,05	0,07	0,52	-0,04	0,08	0,56	-0,04	0,07	0,55
	Женщины с PPD	-0,04	0,08	0,65	-0,04	0,08	0,61	-0,04	0,08	0,58
	Соматическое заболевание	0,04	0,07	0,57	0,04	0,07	0,60	0,04	0,07	0,53
	Другая	0,05	0,07	0,45	0,03	0,07	0,64	0,06	0,07	0,38
Тип терапии	CBT	Ref			Ref			Ref		
	ИРТ	-0,08	0,09	0,39	-0,07	0,09	0,44	-0,09	0,09	0,33
	PST	-0,03	0,10	0,75	-0,02	0,10	0,84	-0,03	0,09	0,73
	Поддерживающая	0,03	0,11	0,81	0,05	0,11	0,67	0,05	0,11	0,65
	Другая	0,02	0,06	0,75	0,03	0,06	0,64	0,02	0,06	0,72
Формат терапии	Индивидуальная	Ref			Ref			Ref		
	Групповая	-0,10	0,06	0,08	-0,10	0,06	0,07	-0,12	0,06	0,03
	Управляемая самопомощь	0,05	0,07	0,53	0,04	0,08	0,57	0,03	0,07	0,67
	Другой/смешанный	-0,17	0,10	0,09	-0,15	0,10	0,13	-0,18	0,10	0,07
Количество сеансов (непрерывная)		-0,00	0,01	0,68	0,00	0,01	0,54	0,00	0,01	0,65
Риск систематической ошибки (непрерывная)		-0,12	0,02	<0,001	-0,12	0,02	<0,001	-0,12	0,02	<0,001
Контрольная группа	Лист ожидания	Ref			Ref			Ref		
	Стандартное лечение	-0,09	0,06	0,14	-0,10	0,06	0,13	-0,11	0,06	0,08
	Другая	-0,21	0,07	<0,01	-0,23	0,07	<0,001	-0,23	0,07	<0,001
Intercept		1,01	0,10	<0,001	1,00	0,10	<0,001	1,03	0,10	<0,001
R <sup>2</sup> аналог		0,36			0,36			0,38		

Примечание. Coeff – коэффициент регрессии (regression coefficient), Ref – референтная группа (reference group), PPD – послеродовая депрессия (post-partum depression), CBT – когнитивно-поведенческая терапия (cognitive behavior therapy), ИРТ – межличностная психотерапия (interpersonal psychotherapy), PST – терапия методами решения проблем (problem solving therapy).

Мы не стали включать в один анализ переменные, указывающие, проводилось ли исследование в западной или незападной стране, в каком регионе, и характеризующие уровень дохода, потому что предполагалась слишком большая взаимозависимость этих переменных.

Чтобы избежать чрезмерной аппроксимации в мета-регрессионных моделях, мы повторили три вышеуказанных регрессионных мета-анализа с поэтапным исключением наименее значимых предикторов (вручную) до тех пор, пока в модели не остались только значимые предикторы. Результаты этих простых анализов представлены в табл. 5. Как видно, во всех трех моделях значимыми факторами являлись риск систематической ошибки и тип контрольной группы, а также переменные, указывающие тип страны (западная или нет), регион и уровень дохода.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Наше исследование показало, что психотерапевтическое лечение депрессии, разработанное в западных странах, так же эффективно и в незападных странах. Мы даже нашли свидетельства того, что эти методы лечения могут быть

более эффективными в незападных, чем в западных странах. Этот вывод оставался значимым и для многофакторных регрессионных мета-анализов, в которых мы учитывали характеристики участников, вмешательств и исследований.

Мы классифицировали эти исследования различными способами, в одном из которых мы просто поделили страны на западные и незападные, в другом – сгруппировали страны на основные регионы мира согласно данным Всемирного банка, в третьем мы классифицировали страны в зависимости от уровня их дохода (высокий, выше среднего и низкий/ниже среднего). Мы обнаружили, что в исследованиях из незападных стран обнаруживались лучшие результаты в сравнении с исследованиями, проведенными в западных странах; что размеры эффекта были особенно высокими на Ближнем Востоке, в Северной Африке и в Южной Азии (несмотря на отсутствие статистической значимости для других регионов, что может быть вызвано недостаточной мощностью исследований) и что размеры эффекта в странах с уровнем доходов выше среднего и низким/ниже среднего значительно превышали аналогичные показатели в



**Таблица 5.** Стандартизированные коэффициенты регрессии характеристик исследований психотерапии депрессии в западных и незападных странах (простые многофакторные регрессионные мета-анализы)

		Coeff	SE	p	Coeff	SE	p	Coeff	SE	p
Западные в сравнении с незападными странами		0,23	0,07	<0,001						
Регион	Северная Америка				Ref					
	Европа				-0,01	0,06	0,91			
	Австралия				0,08	0,10	0,42			
	Восточная Азия				0,13	0,10	0,21			
	Ближний Восток и Северная Африка				0,43	0,17	0,01			
	Южная Азия				0,40	0,19	0,04			
	Другая				0,22	0,15	0,15			
Уровень доходов страны	Высокий							Ref		
	Низкий/ниже среднего							0,36	0,14	0,01
	Выше среднего							0,24	0,09	0,01
Риск систематической ошибки (непрерывная)		-0,10	0,02	<0,001	-0,10	0,02	<0,001	-0,11	0,02	<0,001
Контрольная группа	Лист ожидания	Ref			Ref			Ref		
	Стандартное лечение	-0,12	0,05	0,02	-0,12	0,05	0,02	-0,13	0,05	0,02
	Другая	-0,23	0,06	<0,001	-0,25	0,06	<0,001	-0,25	0,06	<0,001
Intercept		0,98	0,05	<0,001	0,98	0,06	<0,001	0,99	0,05	<0,001
R <sup>2</sup> аналог		0,37			0,37			0,38		

Примечание. Coeff – коэффициент регрессии (regression coefficient), Ref – референтная группа (reference group).

исследованиях, проведенных в странах с высоким уровнем дохода.

Непонятно, почему лучшие результаты обнаружили в исследованиях, проведенных в незападных странах. Вполне возможно, что эти методы лечения просто лучше работают в некоторых незападных странах, но не ясно, почему так происходит. Другим объяснением может быть то, что в большинстве исследований в незападных странах в качестве контрольной группы выступала группа стандартного лечения, а стандартное лечение в таких случаях просто означает отсутствие лечения как такового, в то время как в западных странах стандартное лечение означает, что пациентам доступны некоторые виды терапии, такие как регулярный уход, предоставляемый врачами общей практики или специализированными психиатрическими службами. Другим объяснением может быть факт, что качество исследований, проводимых в незападных странах, было недостаточным. Только в 6 из 32 включенных сравнительных исследований риск систематической ошибки был низким, и в этих исследованиях размеры эффекта оказались значительно меньшими и сопоставимыми с аналогичными показателями, полученными в западных странах, чем в исследованиях с более высокими рисками.

Мы не нашли свидетельств того, что специфическая адаптация терапии к контексту ее проведения ассоциировалась бы с более лучшими исходами. Этот вывод следует рассматривать с осторожностью, потому что описание вмешательств в большинстве работ было очень кратким, так что нельзя исключать, что они все же были адаптированы, хотя этот факт и не был упомянут в статье.

Эти результаты свидетельствуют о том, что психотерапия, разработанная в западных странах, может применяться при наличии достаточных ресурсов и без культурной адаптации в незападных странах. Недавно утверждалось, что инвестиции в области охраны психического здоровья в странах с низким и средним уровнем доходов имеют значительную экономическую поддержку<sup>5</sup>. Поскольку мы не нашли никаких признаков того, что эффекты связаны с форматом терапии, возможно представить вмешательства малой интенсивности в качестве первой линии терапии, так как они проще и дешевле в применении в сравнении с высокоинтенсивными вмешательствами.

Данное исследование имеет ряд ограничений, которые необходимо учитывать при интерпретации результатов. Одно важное ограничение заключается в том, что мы, возможно, пропустили ряд исследований, потому что наши поиски, в основном, проводились по западным базам данных, в то время как исследования, опубликованные на других языках, не являлись непосредственно доступными. Это означает, что наши результаты могут быть искажены из-за систематической ошибки в выборе исследований. Другое ограничение заключается в том, что качество большинства включенных исследований не было достаточным, и лишь немногие из них имеют высокое качество. Кроме того, в этих высококачественных исследованиях обнаружили значительные меньшие размеры эффекта, чем в других, что предполагает, что истинные эффекты, вероятно, меньше, чем было показано в нашем исследовании. Однако, после поправки на качество исследований, исследования в незападных странах все еще показывали лучшие результаты, чем в западных странах. Еще одним ограничением является то, что большинство исследований в незападных странах были проведены в ограниченном числе стран Азии, и только несколько – в Африке и Латинской Америке.

Несмотря на эти ограничения, данное исследование показывает, что психотерапевтические вмешательства, которые разработаны в западных странах, могут быть или не быть более эффективными в незападных странах, но они, вероятно, являются не менее эффективными и, следовательно, могут также использоваться в этих странах, независимо от уровня их доходов.

#### Библиография

1. Steel Z, Marnane C, Iranpour C et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *Int J Epidemiol* 2014;43:476-93.
2. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:593-602.
3. Smit F, Comijs H, Schoevers R et al. Target groups for the prevention of late-life anxiety. *Br J Psychiatry* 2007;190:428-34.
4. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013;382:1575-86.

5. Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry* 2016;3:415-24.
6. Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011;21:718-79.
7. Hu T-W. Perspectives: an international review of the national cost estimates of mental illness, 1990–2003. *J Ment Health Policy Econ* 2006;9:3-13.
8. Bloom DE, Cafiero E, Jané-Llopis E et al. The global economic burden of noncommunicable diseases. Geneva: World Economic Forum, 2012.
9. McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD et al. Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *J Clin Psychiatry* 2013;74:595-602.
10. Cuijpers P. Personalized treatment for functional outcome in depression. *Medicographia* 2014;36:476-81.
11. Cuijpers P, Berking M, Andersson G et al. A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Can J Psychiatry* 2013;58:376-85.
12. Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P et al. Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2011;168:581-92.
13. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Problem solving therapies for depression: a meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2007;22:9-15.
14. Ekers D, Webster L, Van Straten A et al. Behavioural activation for depression; an update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PLoS One* 2014;9:e100100.
15. Cuijpers P, van Straten A, Bohlmeijer E et al. The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: a meta-analysis of study quality and effect size. *Psychol Med* 2010;40:211-23.
16. Cuijpers P, Smit F, Bohlmeijer E et al. Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: meta-analytic study of publication bias. *Br J Psychiatry* 2010;196:173-8.
17. Cuijpers P, Cristea IA, Karyotaki E et al. How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry* 2016;15:245-58.
18. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL et al. The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry* 2013;12:137-48.
19. Karyotaki E, Smit Y, Beurs DP et al. The long-term efficacy of acute-phase psychotherapy for depression: a meta-analysis of randomized trials. *Depress Anxiety* 2016;33:370-83.
20. Cuijpers P, van Straten A, Andersson G et al. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol* 2008;76:909-22.
21. Cuijpers P, Andersson G, Donker T et al. Psychological treatment of depression: results of a series of meta-analyses. *Nord J Psychiatry* 2011;65:354-64.
22. Barth J, Munder T, Genger H et al. Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *PLoS Med* 2013;10:e1001454.
23. Higgins JPT, Altman DG, Gotzsche PC et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* 2011;343:d5928.
24. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2nd ed. Hillsdale: Erlbaum, 1988.
25. Hedges LV, Olkin I. *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando: Academic Press, 1985.
26. Beck AT, Ward CH, Mendelson M et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
27. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II, Beck depression Inventory: manual. San Antonio: Psychological Corporation, 1996.
28. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
29. Furukawa TA. From effect size into number needed to treat. *Lancet* 1999;353:1680.
30. Cuijpers P, Karyotaki E, Weitz E et al. The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: a meta-analysis. *J Affect Disord* 2014;159:118-26.
31. Higgins JPT, Thompson SG, Deeks JJ et al. Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ* 2003;327:557-60.
32. Ioannidis JPA, Patsopoulos NA, Evangelou E. Uncertainty in heterogeneity estimates in meta-analyses. *BMJ* 2007;335:914-6.
33. Orsini N, Higgins J, Bortai M et al. Heterogi: Stata module to quantify heterogeneity in a meta-analysis. Boston: Boston College Department of Economics, 2005.
34. Duval S, Tweedie R. Trim and fill: a simple funnel-plot-based method of testing and adjusting for publication bias in meta-analysis. *Biometrics* 2000;56:455-63.
35. Bolton P, Bass J, Neugebauer R et al. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;289:3117-24.
36. Chan AS, Wong QY, Sze SL et al. A Chinese Chan-based mind-body intervention for patients with depression. *J Affect Disord* 2012;142:283-9.
37. Chan MF, Ng SE, Tien A et al. A randomised controlled study to explore the effect of life story review on depression in older Chinese in Singapore. *Health Soc Care Community* 2013;21:545-53.
38. Chen CH, Tseng YF, Chou FH et al. Effects of support group intervention in postnatally distressed women. A controlled study in Taiwan. *J Psychosom Res* 2000;49:395-9.
39. Chiang KJ, Chen TH, Hsieh HT et al. One-year follow-up of the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for patients depression: a randomized, single-blinded, controlled study. *Sci World J* 2015;373149.
40. Cho HJ, Kwon JH, Lee JJ. Antenatal cognitive-behavioral therapy for prevention of postpartum depression: a pilot study. *Yonsei Med J* 2008;49:553-62.
41. Duarte PS, Miyazaki MC, Blay SL et al. Cognitive-behavioral group therapy is an effective treatment for major depression in hemodialysis patients. *Kidney Int* 2009;76:414-21.
42. Faramarzi M, Alipor A, Esmaelzadeh S et al. Treatment of depression and anxiety in infertile women: cognitive behavioral therapy versus fluoxetine. *J Affect Disord* 2008;108:159-64.
43. Furukawa TA, Horikoshi M, Kawakami N et al. Telephone cognitive-behavioral therapy for subthreshold depression and presenteeism in workplace: a randomized controlled trial. *PLoS One* 2012;7:e35330.
44. García-Peña C, Vázquez-Estupiñan F, Avalos-Pérez F et al. Clinical effectiveness of group cognitive-behavioural therapy for depressed older people in primary care: a randomised controlled trial. *Salud Ment* 2015;38:33-9.
45. Hamdan-Mansour AM, Puskar K, Bandak AG. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on depressive symptomatology, stress and coping strategies among Jordanian university students. *Issues Ment Health Nurs* 2009;30:188-96.
46. Hou Y, Hu P, Zhang Y et al. Cognitive behavioral therapy in combination with systemic family therapy improves mild to moderate postpartum depression. *Rev Bras Psiquiatr* 2014;36:47-52.
47. Huang CY, Lai HL, Chen CI et al. Effects of motivational enhancement therapy plus cognitive behaviour therapy on depressive symptoms and health-related quality of life in adults with type II diabetes mellitus: a randomised controlled trial. *Qual Life Res* 2015;25:1275-83.
48. Jiang L, Wang ZZ, Qiu LR et al. Psychological intervention for postpartum depression. *J Huazhong Univ Sci Technol Med Sci* 2014;34:437-42.
49. Leung SS, Lee AM, Chiang VC et al. Culturally sensitive, preventive antenatal group cognitive-behavioural therapy for Chinese women with depression. *Int J Nurs Pract* 2013;19:28-37.
50. Liu ET-H, Chen W-L, Li Y-H et al. Exploring the efficacy of cognitive bibliotherapy and a potential mechanism of change in the treatment of depressive symptoms among the Chinese: a randomized controlled trial. *Cogn Ther Res* 2009;33:449-61.
51. Mukhtar F. Predictors of group cognitive behaviour therapy outcomes for the treatment of depression in Malaysia. *Asian J Psychiatry* 2011;4:125-8.
52. Naem F, Sarhandi I, Gul M et al. A multicentre randomised controlled trial of a carer supervised culturally adapted CBT (CaCBT) based self-help for depression in Pakistan. *J Affect Disord* 2014;156:224-7.
53. Nakimuli-Mpungu E, Wamala K, Okello J et al. Group support psychotherapy for depression treatment in people with HIV/AIDS in northern Uganda: a single-centre randomised controlled trial. *Lancet HIV* 2015;2:e190-9.
54. Ng SE, Tien A, Thayala JN et al. The effect of life story review on depression of older community-dwelling Chinese adults in Singapore: a preliminary result. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013;28:328-30.
55. Ngai FW, Wong PWC, Leung KY et al. The effect of telephone-based cognitive-behavioral therapy on postnatal depression: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2015;84:294-303.
56. Omidi A, Mohammadkhani P, Mohammadi A et al. Comparing mindfulness based cognitive therapy and traditional cognitive behavior

- therapy with treatments as usual on reduction of major depressive disorder symptoms. *Iran Red Crescent Med J* 2013;15:142-6.
57. Petersen I, Hanass Hancock J, Bhana A et al. A group-based counselling intervention for depression comorbid with HIV/AIDS using a task shifting approach in South Africa: a randomized controlled pilot study. *J Affect Disord* 2014;158:78-84.
58. Qiu J, Chen W, Gao X et al. A randomized controlled trial of group cognitive behavioral therapy for Chinese breast cancer patients with major depression. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2013;34:60-7.
59. Rahman A, Malik A, Sikander S et al. Cognitive behaviour therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2008;372:902-9.
60. Songprakun W, McCann TV. Evaluation of a cognitive behavioural selfhelp manual for reducing depression: a randomized controlled trial. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2012;19:647-53.
61. Sreevani R, Reddemma K, Chan CL et al. Effectiveness of integrated body-mind-spirit group intervention on the well-being of Indian patients with depression: a pilot study. *J Nurs Res* 2013;21:179-86.
62. Teichman Y, Bar-el Z, Shor H et al. A comparison of two modalities of cognitive therapy (individual and marital) in treating depression. *Psychiatry* 1995;58:136-48.
63. Vitriol VG, Ballesteros ST, Florenzano RU et al. Evaluation of an outpatient intervention for women with severe depression and a history of childhood trauma. *Psychiatr Serv* 2009;60:936-42.
64. Wong DFK. Cognitive and health-related outcomes of group cognitive behavioural treatment for people with depressive symptoms in Hong Kong: randomized wait-list control study. *Aust N Z J Psychiatry* 2008;42:702-11.
65. Wong DFK. Cognitive behavioral treatment groups for people with chronic depression in Hong Kong: a randomized wait-list control design. *Depress Anxiety* 2008;25:142-8.
66. Zu S, Xiang Y-T, Liu J et al. A comparison of cognitive-behavioral therapy, antidepressants, their combination and standard treatment for Chinese patients with moderate-severe major depressive disorders. *J Affect Disord* 2014;152-4:262-7.

DOI:10.1002/wps.20493