Абсолютные и относительные результаты психотерапевтических интервенций при восьми психических расстройствах: систематический обзор и метаанализ

Pim Cuijpers[1,2], Clara Miguel[1], Marketa Ciharova[1], Mathias Harrer[3], Djordje Basic[1], Ioana A. Cristea[4], Nino de Ponti[1], Ellen Driessen[5,6], Jessica Hamblen[7,8], Sadie E. Larsen[7,9], Minoo Matbouriahi[1], Davide Papola[10,11], Darin Pauley[1], Constantin Y. Plessen[1,12], Rory A. Pfund[13], Kim Setkowski[14,15], Paula P. Schnurr[7,8], Wouter van Ballegooijen[1,16], Yingying Wang[1], Heleen Riper[1,16], Annemieke van Straten[1], Marit Sijbrandij[1], Toshi A. Furukawa[17], Eirini Karyotaki[1]

[1]Department of Clinical, Neuro and Developmental Psychology, Amsterdam Public Health Research Institute, Vrije Universiteit, Amsterdam, The Netherlands; [2]International Institute for Psychotherapy, Babes,- Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania; [3]Psychology & Digital Mental Health Care, Technical University of Munich, Munich, Germany; [4]Department of General Psychology, University of Padua, Padua, Italy; [5]Department of Clinical Psychology, Behavioural Science Institute, Radboud University, Nijmegen, The Netherlands; [6]Depression Expertise Center, Pro Persona Mental Health Care, Nijmegen, The Netherlands; [7]National Center for PTSD, White River Junction, VT, USA; [8]Department of Psychiatry, Geisel School of Medicine at Dartmouth, Hanover, NH, USA; [9]Department of Psychiatry and Behavioral Medicine, Medical College of Wisconsin, Milwaukee, WI, USA; [10]Department of Neuroscience, Biomedicine and Movement Sciences, Section of Psychiatry, University of Verona, Verona, Italy; [11]Department of Global Health and Social Medicine, Harvard Medical School, Boston, MA, USA; [12]Department of Psychosomatic Medicine, Charité Universitätsmedizin Berlin; Freie Universität Berlin and Humboldt Universität zu Berlin, Berlin, Germany; [13]Tennessee Institute for Gambling Education & Research, Department of Psychology, University of Memphis, Memphis, TN, USA; [14]Research Department, 113 Suicide Prevention, Amsterdam, The Netherlands; [15]Department of Pedagogical and Educational Sciences, Faculty of Behavioural and Social Sciences, University of Groningen, Groningen, The Netherlands; [16]Department of Psychiatry, Amsterdam University Medical Center, Amsterdam, The Netherlands; [17]Department of Health Promotion and Human Behavior, Kyoto University Graduate School of Medicine and School of Public Health, Kyoto, Japan

Психотерапевтические интервенции являются методами лечения первой линии для большинства психических расстройств, однако их абсолютные результаты (т. е. показатели ответа на терапию и ремиссии) изучены недостаточно, несмотря на важность такой информации для пациентов, клиницистов и организаторов здравоохранения. Целью нашего исследования было изучение абсолютных и относительных результатов психотерапии при восьми психических расстройствах: большом депрессивном расстройстве (БДР), социальном тревожном расстройстве, паническом расстройстве, генерализованном тревожном расстройстве (ГТР), специфических фобиях, посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР), обсессивно-компульсивном расстройстве (ОКР) и пограничном расстройстве личности (ПРЛ). Для анализа мы использовали серию постоянно обновляемых систематических обзоров, включенных в инициативу Metapsy (www.metapsy.org), с общей стратегией поиска литературы, включения исследований и извлечения данных, а также общим форматом. Поиск литературы проводился в основных библиографических базах данных (PubMed, PsycINFO, Embase и Cochrane Register of Controlled Trials) до 1 января 2023 года. Мы включили рандомизированные контролируемые исследования, сравнивающие психотерапевтические вмешательства при любом из восьми психических расстройств, установленных с помощью диагностического интервью, с контрольной группой (лист ожидания, обычная медицинская помощь или плацебо). Мы провели парные метаанализы с использованием модели случайных эффектов. Основным исходом был абсолютный показатель ответа на терапию (снижение симптомов не менее чем на 50% при оценке до и после лечения) в группах активного лечения и контроля. Вторичные исходы включали относительный риск (ОР) ответа и число больных, которых необходимо лечить (ЧБНЛ). Метаанализы 441 включенных исследований (33 881 пациент) с использованием модели случайных эффектов показали умеренные показатели ответа на психотерапию: 0,42 (95% ДИ: 0,39–0,45) для БДР; 0,38 (95% ДИ: 0,33–0,43) для ПТСР; 0,38 (95% ДИ: 0,30–0,47) для ОКР; 0,38 (95% ДИ: 0,33–0,43) для панического расстройства; 0,36 (95% ДИ: 0,30–0,42) для ГТР; 0,32 (95% ДИ: 0,29–0,37) для социального тревожного расстройства; 0,32 (95% ДИ: 0,23–0,42) для специфических фобий; 0,24 (95% ДИ: 0,15–0,36) для ПРЛ. Большинство анализов чувствительности, в целом, подтвердили эти результаты. ОР был значимым для всех расстройств, кроме ПРЛ. Наш вывод заключается в том, что большинство психотерапевтических интервенций для восьми психических расстройств эффективны по сравнению с контролем, однако абсолютные показатели ответа умеренные. Необходимы более эффективные методы лечения и вмешательства для тех, кто не отвечает на лечение первой линии.

Ключевые слова: психотерапия, показатели ответа, депрессия, социальное тревожное расстройство, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, специфические фобии, посттравматическое стрессовое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, пограничное расстройство личности.

Cuijpers P, Miguel C, Ciharova M et al. Absolute and relative outcomes of psychotherapies for eight mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*. 2024 Jun;23(2):267-275. doi: 10.1002/wps.21203.

Около 970 миллионов человек во всем мире страдают от психических расстройств[1]. Наиболее распространенными из них являются депрессия и тревожные расстройства, однако показатели распространенности других расстройств – таких как посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) и пограничное расстройство личности (ПРЛ) – также заметно высоки. Для лечения этих расстройств существуют доказательные методы терапии, причем в первую их линию входят психотерапевтические вмешательства[2].

Исходы, или результаты, психотерапевтических интервенций обычно оцениваются с помощью количественных показателей (т. е. средних баллов по оценочным шкалам). В метаанализах количественные исходы, как правило, представляются в виде стандартизованных разностей средних (standardized mean difference, SMD), которые показывают разницу между показателями в группе лечения и контроля в единицах стандартного отклонения. Хотя это и корректный способ представления результатов, данные размеры эффекта трудно интерпретировать пациентам, клиницистам и организаторам здравоохранения[3,4].

Бинарные исходы, такие как ответ на терапию (в случае депрессии определяемый как снижение симптомов на 50% между исходным уровнем и после завершения лечения) и ремиссия (т. е. состояние, при котором у человека наблюдается минимальное количество симптомов или их отсутствие), легче интерпретировать[8]. В клинических исследованиях и метаанализах эти исходы обычно представлены в виде сравнения группы лечения с контрольной группой с помощью показателей относительного риска (ОР), отношения шансов (ОШ) или числа больных, которых необходимо лечить (ЧБНЛ), т. е. числа пациентов, которых необходимо пролечить для получения одного дополнительного положительного исхода по сравнению с контролем[6].

Абсолютные исходы, выраженные в показателях ответа на терапию или ремиссии, обычно в метаанализах не объединяют для совместной оценки, поскольку это предполагало бы сопоставимость данных показателей в разных исследованиях, что может быть не так[7]. Тем не менее такие абсолютные исходы необходимы для принятия клинических решений. В других областях, например, в метаанализах показателей распространенности психических расстройств, абсолютные показатели объединяются достаточно часто[8–10].

Эффекты психотерапевтических интервенций изучались в сотнях рандомизированных контролируемых испытаний, и метаанализы показали, что эти методы терапии эффективны при широком спектре психических расстройств, включая большое депрессивное расстройство (БДР)[11,12], ПТСР[13,14], ОКР[15], ПРЛ[16,17] и тревожные расстройства[18–22]. Тем не менее лишь в небольшом числе метаанализов оценивались сразу несколько психических расстройств, хотя более широкий фокус на нескольких расстройствах сразу мог бы позволить оценить сравнительную «поддаваемость лечению» этих состояний.

Эта оценка также важна потому, что психотерапевтические интервенции сравниваются с различными типами контрольных условий, что может приводить к разным значениям размерам эффекта. Например, в рамках исследований депрессии хорошо известно, что использование листа ожидания в качестве контрольного условия может привести к завышенной оценке эффектов терапии[23]. При тревожных расстройствах лист ожидания использовался почти во всех исследованиях, однако есть данные, что при использовании в качестве группы контроля обычной медицинской помощи размеры эффекта могут быть значительно ниже[22]. При ПРЛ практически во всех исследованиях используется обычная медицинская помощь в качестве контроля[16,17]. Одним из преимуществ оценки абсолютных исходов является как раз то, что показатели анализируются отдельно для группы лечения и для группы контроля, поэтому сравнение относительной «поддаваемости лечению» психических расстройств не осложняется различиями в контрольных условиях.

В ходе данного метааналитического исследования мы изучили абсолютные и относительные исходы психотерапевтических интервенций при восьми основных психических расстройствах: БДР, ПТСР, ОКР, ПРЛ, паническом расстройстве, генерализованном тревожном расстройстве (ГТР), социальном тревожном расстройстве и специфических фобиях. В качестве основного исхода мы рассматривали абсолютный показатель частоты ответа на терапию. В исследованиях депрессии ответ на терапию часто определяется как снижение симптомов на 50%[5]. При других расстройствах определение ответа менее четкое. Например, в исследованиях тревожных расстройств используется широкий спектр различных определений[25], то же самое верно и для ПТСР[26]. В данном метаанализе мы использовали одно и то же определение ответа на терапию (количество пациентов со снижением симптомов не менее чем на 50% между исходным уровнем и после завершения лечения, разделенное на общее количество пациентов) для всех включенных психических расстройств. Это позволяет получить сопоставимые показатели для разных расстройств, что может дать представление об их относительной «поддаваемости лечению». Насколько нам известно, ни в одном из предыдущих метаанализов не были приведены данные об абсолютных исходах психотерапевтических интервенций для такого спектра психических расстройств.

МЕТОДЫ

Стратегия поиска и критерии включения

Данный метаанализ был зарегистрирован в рамках проекта Open Science Framework (https://doi.org/10.17605/osf.io/rpw6g). В исследовании использовался ряд систематических обзоров, включенных в проект Metapsy (www.metapsy.org), с применением единой стратегии поиска литературы, отбора исследований и извлечения данных, а также единого формата для анализа. Все включенные наборы данных обновляются не реже одного раза в год (дата обновления для текущего исследования: 1 января 2023 г.).

Основные библиографические базы данных, включая PubMed, PsycINFO, Embase и Cochrane Register of Controlled Trials, были просмотрены путем комбинирования терминов (индексных и текстовых слов), характеризующих каждое из психических расстройств и психотерапевтические подходы, с применением фильтров для рандомизированных контролируемых испытаний. Был проведен отдельный поиск по БДР, ПТСР, ОКР и ПРЛ. Комбинированный поиск был проведен по четырем тревожным расстройствам: паническому расстройству, ГТР, социальному тревожному расстройству и специфическим фобиям. Полные поисковые строки представлены в дополнительных материалах.

Все отобранные работы были просмотрены двумя независимыми исследователями. Для работ, которые, по мнению хотя бы одного из исследователей, потенциально могли соответствовать критериям включения, были получены полнотекстовые версии. Решение о включении исследования также принималось двумя независимыми исследователями. Разногласия решались путем консенсуса, а при необходимости проводилась консультация с третьим рецензентом.

В настоящий метаанализ были включены рандомизированные контролируемые испытания, в которых психотерапия[27] у взрослых с любым из восьми психических расстройств, установленных с помощью диагностического интервью, сравнивалась с контрольной группой (лист ожидания, стандартное лечение или плацебо). Были исключены исследования с другими типами контроля, исследования с участием пациентов, включенных на основании самооценки симптомов; исследования с участием стационарных больных, детей или подростков; исследования, изучающие неструктурированные методы самопомощи, а также исследования с недостаточными данными для расчета частоты ответа на терапию.

Оценка качества исследований и извлечение данных

Качество включенных исследований оценивалось с использованием инструмента оценки риска систематической ошибки Cochrane (Risk of Bias, RoB) версии 1 (для набора данных по БДР)[28] или версии 2 (для остальных семи наборов данных). Мы использовали четыре критерия инструмента RoB 1: генерация последовательности, сокрытие распределения по группам, предотвращение знания о назначенном вмешательстве и обращение с неполными данными о результатах. Инструмент RoB 2 оценивал те же области более детально, а также предусматривал оценку предварительного планирования анализа. Испытания в каждом из восьми наборов данных были разделены на две категории: имеющие низкий риск систематической ошибки и все остальные. Определение низкого риска систематической ошибки варьировало в зависимости от набора данных (определения приведены в Таблице 1). Все оценки риска систематической ошибки проводились двумя независимыми исследователями, а разногласия решались путем обсуждения с третьим автором.

Мы извлекли несколько других характеристик испытаний и вмешательств: средний возраст участников, доля женщин, были ли участники набраны исключительно из клинических выборок, тип психотерапии (определения см. в дополнительной информации), формат терапии, количество сеансов, тип контрольной группы и страна проведения исследования.

Ответ на терапию определялся как количество пациентов с уменьшением симптомов не менее чем на 50% между исходным уровнем и после окончания лечения, разделенное на общее количество пациентов. Для расчета частоты ответа на терапию мы использовали один показатель результата в каждом исследовании. Если использовалось несколько показателей результата, мы выбирали показатель, который использовался наиболее часто.

Таблица 1. Показатели конверсии среди расстройств пищевого поведения

Характеристика	БДР	ПР	СТР	ГТР	ФОБ	ПТСР	ОКР	ПРЛ	ВСЕГО
Поиск литературы									
Идентифицировано записей, n	33 181	Для всех тревожных расстройств: 19 535				36 108	11 235	11 827	111 886
Записей после удаления дубликатов, n	23 243	Для всех тревожных расстройств: 13 328				14 369	7752	5867	64 559
Полных текстов, оцененных, n	3987	Для всех тревожных расстройств: 1378				2138	573	228	8304
Исследования и включенные пациенты									
Исследования, n	159	48	52	48	22	69	22	21	441
Сравнения, n	196	71	74	61	32	87	26	22	569
Пациенты в группе лечения, N	14 908	3559	4053	3773	1189	2986	1011	795	33 881
Пациенты в контрольной группе, N	6546	1323	1460	1611	478	1538	426	730	14 112
Характеристики включенных исследований									
Клинический набор, n (%)	63 (38,9)	17 (35,4)	4 (7,7)	20 (41,7)	1 (4,2)	31 (44,9)	7 (31,8)	18 (85,7)	160 (36,3)
Возраст, лет (среднее ± СО)	42,2±13,1	37,3±3,8	34,3±6,0	41,9±12,1	32,8±10,8	39,1±7,9	34,5±4,6	31,9±5,6	39,0±10,7
Доля женщин (%)	72±0,2	71±0,1	56±0,1	72±0,1	75±0,2	58±0,4	57±0,2	83±0,1	67±0,2
Тип контроля, n (%)									
Лист ожидания	68 (42,0)	36 (75,0)	44 (84,6)	34 (70,8)	23 (95,8)	54 (79,3)	16 (72,7)	0	270 (61,2)
Стандартное лечение	89 (54,9)	6 (12,5)	4 (7,7)	11 (22,9)	1 (4,2)	13 (18,8)	4 (18,2)	21 (100,0)	149 (33,8)
Плацебо	5 (3,1)	6 (12,5)	4 (7,7)	3 (6,2)	0	2 (3,9)	2 (9,1)	0	22 (5,0)
Страна, n (%)									
Северная Америка	51 (31,5)	24 (50,0)	18 (34,6)	19 (39,6)	13 (54,2)	37 (53,6)	6 (27,3)	7 (33,3)	172 (39,0)
Европа	66 (40,7)	19 (39,6)	21 (40,4)	18 (37,5)	9 (37,5)	17 (24,6)	7 (31,8)	12 (57,1)	166 (37,6)
Другие	45 (27,8)	5 (10,4)	13 (25,0)	11 (22,9)	2 (8,3)	15 (21,7)	9 (40,9)	2 (9,5)	103 (23,4)
Риск систематической ошибки (RoB)									
Инструмент RoB	Версия 1	Версия 2	Версия 2	Версия 2	Версия 2	Версия 2	Версия 2	Версия 2	Версия 2
Определение низкого RoB	Низкий риск	Общий низкий риск	Общий низкий риск	Общий низкий риск	Общий низкий риск	Общий низкий риск или некоторые проблемы	Общий низкий риск или некоторые проблемы	Общий низкий риск или некоторые проблемы	
Низкий RoB, n (%)	64 (39,5)	3 (6,2)	4 (7,7)	8 (16,7)	3 (12,5)	6 (8,7)	3 (13,6)	2 (9,5)	93 (21,1)
Характеристики вмешательств									
Формат, n (%)									
Индивидуальный	80 (40,8)	39 (54,9)	29 (39,2)	34 (55,7)	23 (71,9)	70 (80,5)	12 (46,2)	8 (36,4)	295 (51,8)
Групповой	60 (30,6)	15 (21,2)	25 (33,8)	14 (23,0)	0	8 (9,2)	0	0	122 (21,4)
Самопомощь с поддержкой	34 (17,3)	12 (16,9)	17 (23,0)	13 (21,3)	1 (3,1)	5 (5,7)	4 (15,4)	0	86 (15,1)
Другие/смешанные	22 (11.2)	5 (7.0)	3 (4.1)	0	8 (25.0)	4 (4.6)	10 (38.5)	14 (63.4)	66 (11.6)
Количество сессии, n (среднее ± СО)	10.6±5.6	9.6±3.8	11.4±5.3	11.3±5.6	3.3±3.1	10.0±5.1	12.4±7.0	53.6±42.6	11.8±8.5

БДР – большое депрессивное расстройство, ПР – паническое расстройство, СТР – социальное тревожное расстройство, ГТР – генерализованное тревожное расстройство, ФОБ – специфические фобии, ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство, ОКР – обсессивно-компульсивное расстройство, ПРЛ – пограничное расстройство личности.

Пациенты, рандомизированные, но не включенные в анализ ответивших на терапию в оригинальных работах, считались не ответившими на лечение и включались в основной анализ в соответствии с принципом «намерения лечить» («intention-to-treat»). Это считалось наиболее консервативной оценкой. Мы провели анализы чувствительности, в которых включались только пациенты, завершившие исследование, или же все выбывшие из исследования считались ответившими на терапию.

Мы рассчитали частоту ответа на терапию с использованием валидированного метода, основанного на средних значениях и стандартных отклонениях исходных и конечных показателей непрерывных переменных, а также на количестве пациентов на момент контрольного обследования после завершения исследования[24]. Этот метод оценки частоты ответа на терапию был проверен в пяти метаанализах методов лечения депрессии и тревоги, что привело к получению корреляции между оцененными и истинными частотами ответа с коэффициентами от 0,94 до 0,97.

Метаанализы

Мы рассчитали частоты ответа на терапию с использованием функции «metaprop» пакета «meta» в программном обеспечении R (версия 4.2.2) и провели все анализы в RStudio (2023.03.0+386). Данные о биномиальных пропорциях были предварительно преобразованы в логарифмические коэффициенты, после чего были проведены метаанализы со случайными эффектами для преобразованных данных. В заключение сводные результаты были преобразова-

ны обратно в исходную шкалу биномиальных пропорций и были рассчитаны оценки и их 95% доверительные интервалы (ДИ). Поскольку мы предполагали значительную гетерогенность, во всех анализах использовалась модель пулинга со случайными эффектами (метод ограниченного максимального правдоподобия).

После метаанализа частот ответа на терапию мы объединили относительные риски (ОР) вмешательства по сравнению с контрольной группой во всех включенных исследованиях с использованием функции «metabin». ЧБНЛ были рассчитаны с использованием объединенного ОР и частоты ответа на терапию в контрольной группе[31].

Мы провели пять анализов чувствительности: два с менее консервативными оценками частот ответа (т. е., включая только пациентов, завершивших исследование, или считая всех пациентов, выбывших из исследования, ответившими на терапию), один, в котором были исключены выбросы (исследования, в которых 95% ДИ частот не перекрывались с 95% ДИ объединенных частот), один, включающий только исследования с низким риском смещения, и один, скорректированный на публикационную систематическую ошибку. В качестве показателя гетерогенности мы рассчитали статистику I^2 и ее 95% ДИ[32]. Мы оценивали потенциальную публикационную систематическую ошибку с использованием теста Эггера на перехват и процедуры триммирования и заполнения Дуваля и Твиди.

Мы провели серию анализов по подгруппам с использованием методов смешанных эффектов, учитывая тип психотерапии, формат лечения, набирались ли участники исключительно из клинических выборок, тип контрольной группы и страну проведения исследования. По возможности мы избегали подгрупп с менее чем пятью исследованиями, объединяя их в более крупные группы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Отбор, включение и характеристики включенных исследований

Поиск по всем расстройствам привел к выделению 111 886 записей (64 559 после удаления дубликатов), 8304 полных текстов и 441 включенному исследованию (см. Табл. 1 для общего обзора и дополнительную информацию для диаграммы потока по каждому расстройству). Количество включенных исследований варьировало от 21 для ПРЛ до 159 для БДР. В связи с многократными сравнениями в некоторых исследованиях общее количество сравнений было больше (всего 569, от 22 для ПРЛ до 196 для БДР). Общее количество включенных пациентов составило 33 881 человек (19 769 в группе лечения и 14 112 в контрольных группах), варьируя от 1011 для ОКР до 14 908 в наборе данных по БДР.

Доля пациентов, набранных исключительно из клинических выборок, варьировала от 4,2% для специфических фобий до 85,7% для ПРЛ и составила в среднем 36,3% по всем расстройствам. Средний возраст пациентов составил 39,0±10,7 года (диапазон: от 31,9±5,6 года для ПРЛ до 42,2±13,1 года для БДР). Общая доля женщин составила 67% (диапазон: от 56% для социального тревожного расстройства до 83% для ПРЛ).

Тип контрольной группы значительно варьировал между наборами данных. Лист ожидания использовался в большинстве испытаний при четырех тревожных расстройствах (от 70,8% до 95,8%), ПТСР (79,3%) и ОКР (72,7%), но реже при БДР (42,0%) и не использовался совсем при ПРЛ. Плацебо использовалось только в небольшом количестве исследований (5,0% в целом), в то время как стандартное лечение было наиболее часто используемой контрольной группой при БДР (54,9%) и ПРЛ (100%). Большинство испытаний проводилось в Северной Америке (39,0%) или Европе (37,6%).

Половина вмешательств проводилась в индивидуальном формате (51,8%; диапазон: от 36,4% для ПРЛ до 80,5% для ПТСР). Групповая терапия не использовалась совсем при некоторых расстройствах (ПРЛ, специфических фобиях и ОКР) и ее доля варьировала от 9,2% для ПТСР до 33,8% для социального тревожного расстройства. Самопомощь с поддержкой не использовалась при ПРЛ, и ее доля варьировала от 3,1% для специфических фобий до 23,0% для социального тревожного расстройства. Среднее количество сеансов терапии по всем расстройствам составило 11,8±8,5 (диапазон: от 3,3±3,1 для специфических фобий до 53,6±42,6 для ПРЛ). Доля исследований с низким риском систематической ошибки варьировала от 6,2% для панического расстройства до 39,5% для БДР, однако следует учитывать, что определение низкого риска систематической ошибки отличалось в разных наборах данных.

Частоты ответа на психотерапию составили: 0,42 (95% ДИ: 0,39-0,45) для БДР; 0,38 (95% ДИ: 0,33–0,43) для ПТСР; 0,38 (95% ДИ: 0,30–0,47) для ОКР; 0,38 (95% ДИ: 0,33–0,43) для панического расстройства; 0,36 (95% ДИ: 0,30–0,42) для ГТР; 0,32 (95% ДИ: 0,29–0,37) для социального тревожного расстройства; 0,32 (95% ДИ: 0,23–0,42) для специфических фобий; и 0,24 (95% ДИ: 0,15–0,36) для ПРЛ (Табл. 2 и Рис. 1). Гетерогенность была умеренной или высокой для всех расстройств (I^2 варьировало от 65% для ОКР до 82% для БДР и ПРЛ).

Когда частоты ответа рассчитывались на основе наименее консервативного предположения, что все пациенты, выбывшие из исследования, достигли положительного ответа на лечение, результаты оказались более позитивными (0,48 для БДР, 0,49 для ПТСР, 0,44 для ОКР, 0,42 для панического расстройства, 0,40 для ГТР, 0,33 для социального тревожного расстройства, 0,35 для специфических фобий и 0,35 для ПРЛ). Гетерогенность оставалась умеренной или высокой (I^2 в диапазоне от 63 до 80%). Частоты ответа, рассчитанные только для пациентов, завершивших исследование, составили 0,44 для БДР, 0,42 для ПТСР, 0,40 для ОКР, 0,40 для панического расстройства, 0,37 для ГТР, 0,34 для социального тревожного расстройства, 0,33 для специфических фобий и 0,26 для ПРЛ (I^2 в диапазоне от 64 до 80%).

Анализы чувствительности показали, что количество исследований с низким риском систематической ошибки было очень небольшим для всех расстройств, за исключением БДР (см. табл. 3). Для БДР частота ответа на психотерапию в исследованиях с низким риском систематической ошибки была несколько ниже, чем в основных анализах, но несущественно (0,37; 95% ДИ: 0,33–0,42). Исключение выбросов не привело к существенным изменениям частот ответа (все различия по сравнению с основными анализами были меньше 0,06). То же самое относилось к корректировке на публикационную систематическую ошибку (все различия <0,08), за исключением ПРЛ, для которого наблюдалась значительно более высокая частота ответа после корректировки (0,38 по сравнению с 0,24).

Общие частоты ответа в контрольных группах варьировали от 0,05 для ОКР до 0,19 для БДР, с гетерогенностью (I^2) от 0% для специфических фобий и ОКР до 75% для ПРЛ. Частоты были выше, когда все пациенты, выбывшие из исследования, считались ответившими на лечение (диапазон: от 0,09 до 0,23, I^2 от 1% до 78%), и промежуточными, когда учитывались только пациенты, завершившие исследование (диапазон: от 0,05 до 0,20; I^2 от 0% до 72%) (см. табл. 2 и рис. 1).

Частоты ответа в контрольных группах в исследованиях с низким риском систематической ошибки были сопоставимы с частотами в основных анализах, за исключением ПРЛ, где наблюдалась существенно более высокая частота в этих исследованиях (0,25 по сравнению с 0,15). Однако это было основано только на трех исследованиях. Исключение выбросов не привело к значительным различиям по сравнению с основными анализами. Коррекция на публикационную систематическую ошибку привела к более высоким частотам ответа по сравнению с основными анализами (см. табл. 3).

Анализы подгрупп показали, что тип психотерапии был связан с различными частотами ответа на лечение для БДР (p<0,001), панического расстройства (p=0,02), специфических фобий (p=0,003) и ПТСР (p<0,001), но не для социального тревожного расстройства (p=0,12), ГТР (p=0,31), ОКР (p=0,65) и ПРЛ (p=0,59) (см. табл. 4). Значимые различия в частотах ответа также были обнаружены для формата

Таблица 2. Частоты ответов и относительные риски для всех психотерапевтических интервенций и всех расстройств

	Все психотерапевтические интервенции					Все виды контроля					Относительные исходы					
	n	Частота ответа	ДИ 95%	I^2 (%)	ДИ 95%	n	Частота ответа	ДИ 95%	I^2 (%)	ДИ 95%	ОР	ДИ 95%	I^2 (%)	ДИ 95%	ЧБНЛ	ДИ 95%
Основные исходы																
БДР	196	0,42	0,39-0,45	82	79-84	162	0,19	0,17-0,21	72	67-76	2,09	1,91-2,28	40	29-50	4,8	4,1-5,8
СТР	74	0,32	0,29-0,37	66	56-73	52	0,12	0,09-0,14	45	23-60	2,74	2,36-3,18	0	0-28	4,8	3,8-6,1
ПР	71	0,38	0,33-0,43	77	71-82	48	0,16	0,13-0,20	61	46-71	2,24	1,86-2,69	47	31-60	5,0	3,7-7,3
ГТР	61	0,36	0,30-0,42	74	67-80	48	0,15	0,11-0,19	71	61-78	2,28	1,85-2,81	24	0-45	5,2	3,7-7,8
ФОБ	32	0,32	0,23-0,42	78	70-84	22	0,09	0,06-0,12	0	0-46	3,40	2,35-4,92	0	0-0,40	4,6	2,8-8,2
ПТСР	87	0,38	0,33-0,43	74	68-79	69	0,10	0,08-0,13	44	25-58	3,09	2,62-3,65	0	0-26	4,8	3,8-6,2
ОКР	26	0,38	0,30-0,47	65	47-77	22	0,05	0,03-0,07	0	0-46	9,28	6,40-13,48	0	0-43	2,4	1,6-3,7
ПРЛ	22	0,24	0,15-0,36	82	73-87	21	0,15	0,10-0,21	75	61-83	1,47	0,90-2,39	27	0-57	14,2	-
Все выбывшие как респондеры																
БДР	196	0,48	0,45-0,51	80	77-83	162	0,23	0,20-0,26	78	75-81	1,99	1,81-2,18	51	43-59	4,4	3,7-5,4
СТР	74	0,33	0,29-0,37	66	56-73	52	0,12	0,09-0,14	45	23-60	2,74	2,36-3,18	0	0-28	4,8	3,8-6,1
ПР	71	0,42	0,37-0,48	80	75-84	48	0,18	0,15-0,23	70	60-78	2,19	1,87-2,57	49	33-62	4,7	3,5-6,4
ГТР	61	0,40	0,34-0,46	76	69-81	48	0,17	0,13-0,22	69	59-77	2,18	1,80-2,65	57	43-68	5,0	3,6-7,4
ФОБ	32	0,35	0,25-0,46	79	71-85	22	0,09	0,07-0,13	1	0-46	3,40	2,35-4,92	0	0-0,40	4,6	2,8-8,2
ПТСР	87	0,49	0,44-0,54	71	65-77	69	0,17	0,14-0,20	55	41-66	2,75	2,36-3,20	22	0-44	3,4	2,7-4,3
ОКР	26	0,44	0,36-0,52	63	44-76	22	0,10	0,07-0,15	15	0-49	4,10	2,79-6,02	0	0-43	3,2	2,0-5,6
ПРЛ	22	0,35	0,25-0,47	78	67-85	21	0,23	0,17-0,31	71	55-81	1,48	1,09-2,02	23	0-54	8,2	3,8-43,5
Только завершившие																
БДР	196	0,44	0,41-0,48	80	77-82	162	0,20	0,18-0,22	72	67-76	2,12	1,93-2,32	42	31-51	4,5	3,8-5,4
СТР	74	0,34	0,30-0,38	68	59-75	52	0,12	0,09-0,15	47	27-62	2,73	2,34-3,17	0	0-28	4,8	3,8-6,2
ПР	71	0,40	0,35-0,45	78	72-82	48	0,16	0,13-0,21	64	51-73	2,27	1,89-2,72	48	31-60	4,9	3,6-7,0
ГТР	61	0,37	0,31-0,44	75	68-80	48	0,15	0,12-0,20	67	55-75	2,29	1,86-2,82	46	26-60	5,2	3,7-7,8
ФОБ	32	0,33	0,24-0,43	77	68-83	32	0,09	0,06-0,13	0	0-46	3,45	2,37-5,01	0	0-0,40	4,5	2,8-8,1
ПТСР	87	0,42	0,38-0,47	68	60-74	69	0,11	0,09-0,14	40	20-56	3,48	2,97-4,08	0	0-26	3,7	3,0-4,6
ОКР	26	0,40	0,32-0,49	64	45-76	22	0,05	0,03-0,08	0	0-46	9,28	6,42-13,40	0	0-43	2,4	1,6-3,7
ПРЛ	22	0,26	0,17-0,39	79	70-86	21	0,16	0,11-0,23	72	57-82	1,50	0,95-2,37	24	0-55	12,5	-

ОР – относительный риск, ЧБНЛ – число больных, которых необходимо лечить, БДР – большое депрессивное расстройство, ПР – паническое расстройство, СТР – социальное тревожное расстройство, ГТР – генерализованное тревожное расстройство, ФОБ – специфические фобии, ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство, ОКР – обсессивно-компульсивное расстройство, ПРЛ – пограничное расстройство личности.

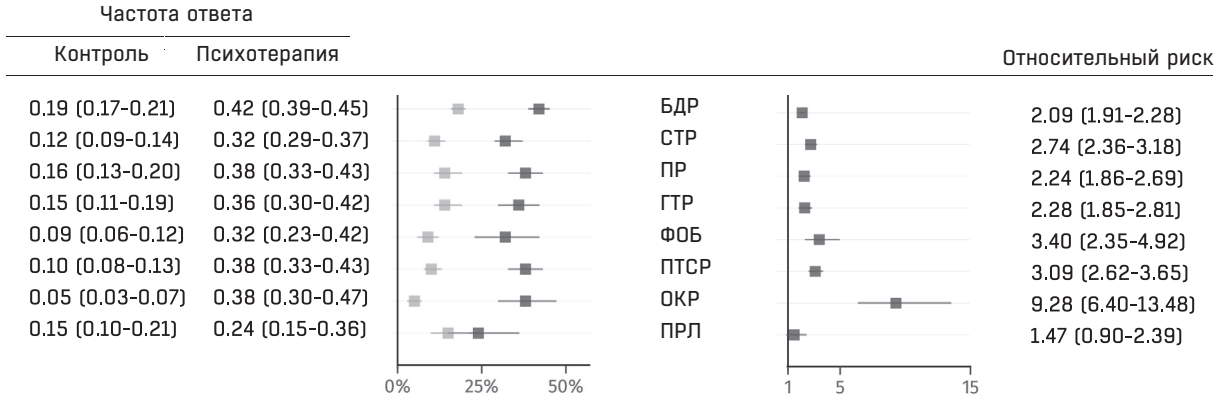


Рисунок 1. Частоты ответов и относительные риски для ответа на психотерапевтические интервенции (в скобках – ДИ 95%). БДР – большое депрессивное расстройство; ПР – паническое расстройство; СТР – социальное тревожное расстройство; ГТР – генерализованное тревожное расстройство; ФОБ – специфические фобии; ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство; ОКР – обсессивно-компульсивное расстройство; ПРЛ – пограничное расстройство личности.

лечения при БДР, паническом расстройстве, социальном тревожном расстройстве, ГТР, специфических фобиях и ПТСР, но не для ОКР и ПРЛ (см. дополнительную информацию). Набор пациентов исключительно из клинических выборок был связан со значительно более низкой частотой ответа на лечение при БДР и ОКР, но не при других расстройствах (см. дополнительную информацию). Значимые различия в частотах ответа между странами были обнаружены для БДР, панического расстройства, специфических фобий и ПРЛ, но не для других расстройств (см. дополнительную информацию). Частоты ответа на лечение значительно отличались в зависимости от типа контрольной группы для БДР, панического расстройства и ПТСР, но не для социального тревожного расстройства, ГТР и ОКР. Все исследования при ПРЛ использовали в качестве контроля стандартное лечение, а во всех исследованиях по специфическим фобиям, за исключением одного, использовалась группа ожидания (см. дополнительную информацию).

ОР и ЧБНЛ

За исключением ПРЛ, все относительные риски (ОР) для психотерапий были статистически значимы. Они составили: 2,09 (95% ДИ: 1,91–2,28) для БДР; 3,09 (95% ДИ: 2,62–3,65) для ПТСР; 9,28 (95% ДИ: 6,40–13,48) для ОКР; 2,24 (95% ДИ: 1,86–2,69) для панического расстройства; 2,28 (95% ДИ: 1,85–2,81) для ГТР; 2,74 (95% ДИ: 2,36–3,18) для социального тревожного расстройства; 3,40 (95% ДИ: 2,35–4,92) для специфических фобий; и 1,47 (95% ДИ: 0,90–2,39) для ПРЛ (см. табл. 2 и рис. 1). Гетерогенность была низкой или умеренной для всех расстройств (I^2 от 0 до 47%).

ЧБНЛ для значимых исходов составили: 4,8 (95% ДИ: 4,1–5,8) для БДР; 4,8 (95% ДИ: 3,8–6,2) для ПТСР; 2,4 (95% ДИ: 1,6–3,7) для ОКР; 5,0 (95% ДИ: 3,7–7,3) для панического расстройства; 5,2 (95% ДИ: 3,7–7,8) для ГТР; 4,8 (95% ДИ: 3,8–6,1) для социального тревожного расстройства; и 4,6 (95% ДИ: 2,8–8,2) для специфических фобий.

ОР для исследований с низким риском систематической ошибки и для анализов, в которых были исключены выбросы, были очень сопоставимы с ОР в основных анализах (все были значимы, за исключением ПРЛ), за исключением того, что ОР для ПРЛ также был значимым при исключении выбросов. В анализах, в которых мы скорректировали результаты на публикационную смешанность, все полученные ОР были ниже, чем в основных анализах, и ОР для панического расстройства перестал быть значимым (см. табл. 3).

ОБСУЖДЕНИЕ

Мы провели крупное метааналитическое исследование для оценки абсолютных и относительных результатов психотерапии при восьми основных психических расстройствах. Частоты ответа в группах лечения варьировали от 0,24 для ПРЛ до 0,42 для БДР, в то время как для остальных шести расстройств они находились в диапазоне от 0,32 до 0,39. Большинство анализов чувствительности в целом подтвердили эти результаты, хотя количество исследований с низким риском систематической ошибки было небольшим, и в нескольких выборках были обнаружены значимые признаки публикационного смещения. Объединенные частоты ответа в трех контрольных группах варьировали от 0,05 для ОКР до 0,19 для БДР. Относительные результаты, выраженные в виде ОР, были значимыми для всех расстройств, кроме ПРЛ.

Эти результаты показывают, что, хотя большинство психотерапевтических интервенций приводят к лучшим результатам по сравнению с контрольными условиями, частоты ответа являются умеренными. Большинство пациентов, получающих психотерапию при всех расстройствах, не демонстрируют снижение симптомов как минимум на 50%. Это означает, что клиницистам часто приходится пробовать несколько вмешательств или переходить на фармакологическое лечение или комбинированную терапию для более эффективного лечения пациентов. К сожалению, было проведено очень мало исследований по таким последовательным методам лечения.

Были обнаружены значимые различия между видами психотерапии в отношении частоты ответа на лечение при БДР, паническом расстройстве, специфических фобиях и ПТСР. При ПРЛ была исследована только одна психотерапия (диалектико-поведенческая терапия), и частота ответа на нее не была значительно выше, чем в группе контроля, получавшей стандартное лечение, которое обычно включает интенсивное лечение. Это может свидетельствовать о том, что специфические психотерапевтические интервенции при ПРЛ могут иметь ограниченные дополнительные преимущества. Однако это предположение следует рассматривать с осторожностью, поскольку некоторые метаанализы, посвященные исключительно ПРЛ, имеют более широкий охват и могут дать более точную оценку эффективности психотерапии[16,17].

Существуют некоторые ограничения данного исследования, которые необходимо учитывать. Мы ожидали и обнаружили высокий уровень гетерогенности, хотя большинство частот ответа были относительно стабильными в ряде анализов чувствительности. Мы обнаружили, что количество исследований с низким риском систематической ошибки было ограничено, что означает, что результаты следует интерпретировать с осторожностью.

Включенные метааналитические наборы данных также использовали различные способы определения низкого риска систематической ошибки, поэтому невозможно сравнивать риск систематической ошибки между наборами данных. Частоты ответа не были напрямую указаны в исследованиях, а были оценены. Хотя использованный нами

Таблица 3. Результаты анализов чувствительности.

	Все психотерапевтические интервенции					Все виды контроля					Относительные исходы					
	n	Частота ответа	ДИ 95%	I^2 (%)	ДИ 95%	n	Частота ответа	ДИ 95%	I^2 (%)	ДИ 95%	ОР	ДИ 95%	I^2 (%)	ДИ 95%	ЧБНЛ	ДИ 95%
Только низкий риск систематической ошибки																
БДР	71	0,37	0,33-0,42	86	83-88	64	0,19	0,16-0,22	75	68-80	1,82	1,61-2,06	25	0-45	6,4	5,0-8,6
СТР	5	0,76	0,32-0,95	89	78-95	4	0,14	0,04-0,38	73	23-90	3,50	1,23-9,90	10	0-81	2,9	0,8-31,1
ПР	4	0,22	0,14-0,32	74	27-91	3	0,12	0,02-0,47	88	68-96	1,89	0,50-7,05	39	0-79	9,4	-
ГТР	9	0,44	0,28-0,60	82	67-90	8	0,17	0,13-0,23	29	0-68	2,30	1,64-3,25	13	0-54	4,5	2,6-9,2
ФОБ	3	0,36	0,14-0,66	86	60-95	3	0,08	0,03-0,17	9	0-91	5,44	0,33-90,19	51	0-86	2,8	-
ПТСР	7	0,43	0,31-0,55	66	24-85	6	0,09	0,06-0,15	0	0-75	3,62	1,71-7,63	18	0-62	4,2	1,7-15,6
ОКР	3	0,44	0,21-0,71	62	0-89	3	0,09	0,03-0,24	0	0-90	5,24	0,07-406,51	0	0-90	2,6	-
ПРЛ	4	0,49	0,20-0,78	90	77-96	3	0,25	0,07-0,59	87	64-96	1,45	0,72-2,91	69	10-89	8,9	-
Исключенные выбросы																
БДР	133	0,41	0,39-0,43	31	14-45	131	0,18	0,17-0,20	29	11-43	2,22	2,03-2,42	0	0-19	4,6	3,9-5,4
СТР	63	0,31	0,29-0,34	14	0-38	49	0,11	0,09-0,13	0	0-33	2,89	2,49-3,36	0	0-28	4,8	3,9-6,1
ПР	55	0,35	0,32-0,38	37	13-55	42	0,15	0,12-0,18	32	0-53	2,31	1,92-2,78	0	0-29	5,1	3,7-7,2
ГТР	46	0,37	0,34-0,41	43	19-60	45	0,14	0,11-0,17	37	9-56	2,47	2,02-3,03	0	0-31	4,9	3,5-7,0
ФОБ	26	0,24	0,19-0,30	39	2-62	22	0,09	0,06-0,12	0	0-46	3,40	2,35-4,92	0	0-0,40	4,6	2,8-8,2
ПТСР	63	0,37	0,34-0,41	40	19-56	66	0,10	0,09-0,12	0	0-29	3,24	2,76-3,80	0	0-27	4,5	3,6-5,7
ОКР	23	0,36	0,31-0,42	36	0-62	22	0,05	0,03-0,07	0	0-46	9,28	6,40-13,48	0	0-43	2,4	1,6-3,7
ПРЛ	17	0,20	0,14-0,28	69	49-81	19	0,13	0,10-0,18	31	0-61	1,61	1,07-2,42	14	0-49	12,6	5,4-109,9
С поправкой на публикационную систематическую ошибку																
БДР	206	0,44	0,41-0,48	84	82-85	217	0,25	0,22-0,28	75	72-78	1,63	1,45-1,84	54	47-60	6,3	4,8-8,9
СТР	90	0,37	0,33-0,42	70	62-75	72	0,15	0,12-0,18	45	27-58	НД				НД	
ПР	71	0,38	0,33-0,44	77	71-82	66	0,23	0,18-0,29	64	53-72	1,29	0,96-1,73	55	43-64	15,0	
ГТР	68	0,40	0,33-0,46	76	70-81	68	0,24	0,18-0,31	73	66-79	1,66	1,26-2,20	31	9-47	6,3	3,5-16,0
ФОБ	40	0,40	0,30-0,51	78	70-84		NC				2,94	1,97-4,38	0	0-36	5,7	3,3-11,5
ПТСР	95	0,41	0,35-0,46	75	69-79	98	0,15	0,12-0,18	49	35-59	2,25	1,80-2,82	11	0-29	5,3	3,7-8,3
ОКР	28	0,41	0,32-0,51	70	55-79	30	0,06	0,04-0,08	0	0-41	7,58	5,11-11,24	0	0-37	2,5	1,6-4,1
ПРЛ	29	0,38	0,24-0,56	84	78-88	31	0,27	0,16-0,42	77	68-84	1,21	0,67-2,19	25	0-53	17,6	

ОР – относительный риск, ЧБНЛ – число больных, которых необходимо лечить, БДР – большое депрессивное расстройство, ПР – паническое расстройство, СТР – социальное тревожное расстройство, ГТР – генерализованное тревожное расстройство, ФОБ – специфические фобии, ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство, ОКР – обсессивно-компульсивное расстройство, ПРЛ – пограничное расстройство личности, НД – недоступно для вычисления.

Таблица 4. Частоты ответа и относительные исходы для конкретных типов психотерапевтических интервенций.

		n	Частота ответа	ДИ 95%	*p*	I^2 (%)	ОР	ДИ 95%	I^2 (%)	ЧБНЛ	ДИ 95%
БДР	КПТ	110	0,44	0,39-0,48	<0,001	83	2,23	1,96-2,54	51	4,5	3,6-5,8
	Третья волна	17	0,40	0,31-0,50		68	3,57	2,63-4,85	0	2,2	1,4-3,4
	ТПА	9	0,53	0,42-0,65		74	2,13	1,35-3,36	24	4,9	2,4-15,9
	ИПТ	17	0,42	0,33-0,51		79	1,78	1,37-2,31	61	7,1	4,2-15,0
	ПОТ	5	0,53	0,30-0,74		83	2,47	0,29-20,90	23	3,8	-
	ПП	6	0,36	0,17-0,60		88	1,38	0,94-2,04	0	14,6	-
	Контроль	*157*	*0,19*	*0,17-0,21*		*73*					
ПР	КПТ	42	0,41	0,35-0,47	0,02	80	2,42	1,90-3,09	57	5,0	3,4-7,9
	ПТ	10	0,35	0,25-0,47		55	4,55	2,00-10,31	0	2,0	0,8-7,1
	Релаксация	5	0,41	0,23-0,62		74	2,33	0,75-7,25	29	5,4	-
	Контроль	*42*	*0,16*	*0,13-0,20*		*61*					
СТР	КПТ	46	0,35	0,30-0,41	0,12	68	3,06	2,58-3,63	0	4,4	3,5-5,8
	Экспозиция	11	0,28	0,20-0,37		46	2,82	1,62-4,93	0	5,0	2,3-14,7
	Третья волна	6	0,29	0,12-0,55		84	2,95	0,96-9,05	11	4,7	-
	Контроль	*48*	*0,12*	*0,09-0,14*		*48*					
ГТР	К(П)Т	42	0,34	0,28-0,41	0,31	74	2,26	1,71-2,97	52	5,7	3,6-10,1
	Третья волна	8	0,39	0,20-0,61		85	2,48	1,35-4,56	0	4,8	2,0-20,4
	Контроль	*45*	*0,15*	*0,11-0,19*		*72*					
ФОБ	Экспозиция	20	0,35	0,25-0,46	0,003	77	3,41	1,99-5,84	0	4,6	2,3-11,2
	КПТ	7	0,39	0,15-0,71		87	4,61	2,14-9,93	0	3,1	1,2-9,7
	Контроль	*22*	*0,09*	*0,06-0,12*		*0*					
ОКР	КПТ	13	0,38	0,31-0,45	0,65	50	8,68	5,36-14,07	0	2,6	1,5-4,6
	ЭПР	7	0,43	0,23-0,66		78	7,82	2,38-25,64	0	2,9	0,8-14,5
	Контроль	*20*	*0,05*	*0,03-0,07*		*0*					
ПРЛ	ДПТ	7	0,24	0,08-0,55	0,59	86	1,56	0,98-2,46	0	11,9	-
	Контроль	*21*	*0,15*	*0,10-0,21*		*75*					
ПТСР	ТФ-КПТ	22	0,35	0,28-0,44	<0,001	69	2,57	2,12-3,12	0	6,4	4,7-8,9
	ТФ-экспозиция	21	0,36	0,29-0,44		62	3,90	2,91-5,22	0	3,4	2,4-5,2
	ДПДГ	9	0,34	0,19-0,53		71	4,19	1,90-9,21	21	3,1	1,2-11,1
	НТФ-КПТ	11	0,35	0,20-0,54		80	2,58	1,47-4,51	0	6,3	2,8-21,3
	ТФ-КТ	8	0,52	0,33-0,70		83	5,32	3,11-9,08	0	2,3	1,2-4,7
	Контроль	*67*	*0,10*	*0,08-0,13*		*36*					

Сравнения с плацебо в виде лекарственных препаратов не были включены, так как показатели ответа в данной группе значительно отличаются от таковых при других видах контроля. ОР – относительный риск; ЧБНЛ – число больных, которых необходимо лечить; БДР – большое депрессивное расстройство; ПР – паническое расстройство; СТР – социальное тревожное расстройство; ГТР – генерализованное тревожное расстройство; ФОБ – специфические фобии; ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство; ОКР – обсессивно-компульсивное расстройство; ПРЛ – пограничное расстройство личности; КПТ – когнитивно-поведенческая терапия; ТПА – терапия поведенческой активацией; ИПТ – интерперсональная терапия; ПОТ – проблемно ориентированная терапия; ПП – поддерживающая психотерапия; ПТ – поведенческая терапия; ЭПР – экспозиция и предотвращение реакций; ДПТ – диалектическая поведенческая терапия; ТФ – сфокусированная на травме; ДПДГ – десенсибилизация и переработка движением глаз, НТФ – несфокусированная на травме.

метод хорошо проверен, эти оценки могут повлиять на объединенные частоты.

Мы могли включить только те исследования, в которых были представлены достаточные данные для расчета частот ответа, что могло привести к смещению выборки. Мы оценивали только частоты ответа после окончания лечения и не учитывали длительные результаты, что могло привести к дополнительной гетерогенности. Кроме того, мы выбрали снижение симптомов на 50% в качестве основного исхода, что является стандартом при депрессии, но может быть не самым оптимальным выбором для других расстройств, для которых четких стандартов не существует[25,26]. Наконец, мы не изучали различия между исследованиями по характеристикам пациентов, которые могут влиять на результаты (например, пол и статус ветерана военной службы при ПТСР)[33].

Это первое метааналитическое исследование, изучающее эффекты психотерапии при восьми различных психических расстройствах, диагностированных с помощью интервью. Это также первое исследование, которое сообщает абсолютную меру частоты ответа наряду с относительными результатами, используя одно и то же определение ответа (число пациентов с уменьшением симптомов как минимум на 50% между исходным уровнем и контрольным обследованием, разделенное на общее количество пациентов) для всех психических расстройств. Результаты этого исследования могут способствовать улучшению клинического принятия решений и разработке инструментов, поддерживаемых технологиями[34].

Мы заключаем, что большинство психотерапевтических интервенций для восьми психических расстройств являются эффективными по сравнению с контрольными условиями, однако частоты ответа являются умеренными, варьируя от 0,24 для ПРЛ до 0,42 для БДР. Необходимы более эффективные интервенции, а также терапевтические под-

ходы для пациентов, не отвечающих на лечение первой линии.

ПРИМЕЧАНИЯ

Дополнительная информация по данному исследованию доступна по адресу: https://osf.io/2htsv.

Перевод: Кибитов Андрей Александрович, г. Москва
Редактура: Радионов Дмитрий Сергеевич, г. Санкт-Петербург

Библиография

1. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization, 2022.
2. Leichsenring F, Steinert C, Rabung S et al. The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-a nalytic evaluation of recent meta-analyses. World Psychiatry 2022;21: 133-45.
3. Cummings P. Arguments for and against standardized mean differences (effect sizes). Arch Pediatr Adolesc Med 2011;165:592-6.
4. Hieronymus F, Jauhar S, Østergaard SD. One (effect) size does not fit at all: interpreting clinical significance and effect sizes in depression treatment trials. J Psychop harmacol 2020;34:1074-8.
5. Cuijpers P, Karyotaki E, Ciharova M et al. The effects of psychotherapies for depres sion on response, remission, reliable change, and deterioration: a meta-analysis. Acta Psychiatr Scand 2021;144:288-99.
6. Laupacis A, Sackett DL, Roberts RS. An assessment of clinically useful measures of the consequences of treatment. N Engl J Med 1988;318:1728-33.
7. Furukawa TA, Guyatt GH, Griffith LE. Can we individualize the 'number needed to treat'? An empirical study of summary effect measures in meta-analyses. Int J Epidemiol 2002;31:72-6.
8. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A et al. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2019;394:240-8.
9. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M et al. Prevalence of depression, depressive sympt oms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. JAMA 2016;316:2214-36.
10. Kavousi M, Desai CS, Ayers C et al. Prevalence and prognostic implications of coronary artery calcification in low-risk women: a meta-analysis. JAMA 2016; 316: 2126-34.
11. Cuijpers P, Quero S, Noma H et al. Psychotherapies for depression: a network meta-analysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes of all main treatment types. World Psychiatry 2021;20:283-93.
12. Furukawa TA, Shinohara K, Sahker E et al. Initial treatment choices to achieve sustained response in major depression: a systematic review and network meta- analysis. World Psychiatry 2021;20:387-96.
13. Mavranezouli I, Megnin-Viggars O, Daly C et al. Psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: a network meta-analysis. Psychol Med 2020; 50:542-55.
14. Hoppen TH, Jehn M, Holling H et al. The efficacy and acceptability of psychological interventions for adult PTSD: a network and pairwise meta-analysis of ran domized controlled trials. J Consult Clin Psychol 2023;91:445-61.
15. Reid JE, Laws KR, Drummond L et al. Cognitive behavioural therapy with exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Compr Psychiatry 2021;106:152223.
16. Setkowski K, Palantza C, van Ballegooijen W et al. Which psychotherapy is most eff ective and acceptable in the treatment of adults with a (sub)clinical borderline personality disorder? A systematic review and network meta-analysis. Psychol Med 2023;53:3261-80.
17. Cristea IA, Gentili C, Cotet CD et al. Efficacy of psychotherapy for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry 2017;74:319-28.
18. Papola P, Miguel C, Mazzaglia M et al. Psychotherapies for generalized anxiety disorders in adults: systematic review and network meta-analysis of randomized-controlled trials. JAMA Psychiatry 2023;81:250-9.
19. Papola D, Ostuzzi G, Tedeschi F et al. Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. Br J Psychiatry 2021;221:507-19.
20. Odgers K, Kershaw KA, Li SH et al. The relative efficacy and efficiency of single- and multi- session exposure therapies for specific phobia: a meta-analysis. Behav Res Ther 2022;159:104203.
21. Van Dis EA, Van Veen SC, Hagenaars MA et al. Long-term outcomes of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry 2020;77:265-73.
22. Cuijpers P, Cristea IA, Karyotaki E et al. How effective are cognitive behavior ther apies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. World Psychiatry 2016;15:245-58.
23. Furukawa TA, Noma H, Caldwell DM et al. Waiting list may be a nocebo condition in psychotherapy trials: a contribution from network meta-analysis. Acta Psychiatr Scand 2014;130;181-92.
24. Furukawa TA, Cipriani A, Barbui C et al. Imputing response rates from means and standard deviations in meta-analyses. Int Clin Psychopharmacol 2005;20: 49-52.
25. Loerinc AG, Meuret AE, Twohig MP et al. Response rates for CBT for anxiety disorders: need for standardized criteria. Clin Psychol Rev 2015;42:72-82.
26. Varker T, Kartal D, Watson L et al. Defining response and nonresponse to posttraumatic stress disorder treatments: a systematic review. Clin Psychol Sci Pract 2020;27:e12355.
27. Campbell LF, Norcross JC, Vasquez MJ et al. Recognition of psychotherapy effectiveness: the APA resolution. Psychotherapy 2013;50:98-101.
28. Higgins JPT, Altman DG, Gøtzsche PC et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. BMJ 2011;343:d5928.
29. Sterne JAC, Savovic´ J, Page MJ et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. BMJ 2019;366:l4898.
30. Cuijpers P, Noma H, Karyotaki E et al. A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. World Psychiatry 2020;19:92-107.
31. Higgins JPT, Green S (eds). Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. Version 5.1.0. Chichester: Wiley, 2011.
32. Higgins JPT, Thompson SG, Deeks JJ et al. Measuring inconsistency in meta-analyses. BMJ 2003;327:557-60.
33. Watts BV, Schnurr PP, Mayo L et al. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry 2013;74:e541-50.
34. Hallgren KA, Bauer AM, Atkins DC. Digital technology and clinical decision making in depression treatment: current findings and future opportunities. Depress Anxiety 2017;34:494-501.

DOI:10.1002/wps.21203