

Доказательные исследования эффективности КТ в лечении психических расстройств.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) является наиболее исследованным методом психотерапии, который применяется в лечении самых разнообразных психических расстройств и решении ряда психологических проблем. В данном разделе будут представлены основные результаты фундаментального систематического обзора мета-анализов¹ эффективности КПТ, проведенного в 2012 году рабочей группой кафедры психологии Университета Бостона, США (Hofmann S.G. et al. (2012) The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-Analyses, Boston University, USA). На сегодняшний день данный труд является наиболее полным и масштабным исследованием, которое с высокой степенью достоверности раскрывает вопросы эффективности применения когнитивно-поведенческой терапии в лечении разнообразной психической патологии.

Краткое описание методологии проведения обзора: Поиск мета-анализов для включения в данное исследование проводился с помощью различных комбинаций соответствующих ключевых слов в таких научных базах данных как PubMed, PsychInfo, Cochrane library. В обзор были включены мета-анализы опубликованные позднее 2000 года. Общее число найденных мета-анализов, соответствующих критериям включения, составило 269 (84% из них были опубликованы после 2004 года). Для анализа результатов была сформирована репрезентативная выборка мета-аналитических исследований в количестве 106 работ.

Все 269 найденных мета-анализов были распределены по группам, согласно тем психическим нарушениям или психологическим проблемам, в отношении которых исследовалась эффективность КПТ. Эти группы

включали в себя следующие нарушения: *нарушения, связанные с употреблением психоактивных веществ; шизофрения и другие психотические нарушения; депрессия и дистимия; биполярное расстройство; тревожные расстройства; соматоформные расстройства; расстройства пищевого поведения; нарушения сна (инсомния); расстройства личности; гнев и агрессия; преступное поведение; общий стресс; дистресс, связанный с наличием соматического заболевания; хроническая боль и усталость; осложнения беременности и гормональные нарушения у женщин.* Кроме того в отдельные группы были выделены мета-анализы эффективности КПТ в лечении различных расстройств у детей и у лиц пожилого возраста.

Основные результаты:

1. Зависимость и злоупотребление психоактивными веществами.

Исследования показывают, что КПТ эффективна в лечении зависимости от каннабиса, и даже имеет преимущества перед краткосрочными вмешательствами, однократными терапевтическими встречами (Dutra et al., 2008).

Однако в отношении лечения зависимости от других психоактивных веществ КПТ демонстрирует меньшую эффективность (меньшую «силу эффекта» - «effect-size») по сравнению с другими психосоциальными интервенциями (напр., управление кризисными состояниями близкими к срыву (contingency management), профилактика рецидивов, мотивационные вмешательства). В отношении лечения зависимости от опиатов и алкоголя терапия агонистами опиоидных рецепторов имеет значительно более высокую силу эффекта чем КПТ (Powers et al., 2008).

Лечение никотиновой зависимости с помощью КПТ демонстрирует свою эффективность в отношении снижения числа рецидивов, среди лиц бросающих курить (Song et al., 2010); и некоторые преимущества перед монотерапией никотизамещающими препаратами (Garcia-Vera & Sanz, 2006).

Существуют доказательства эффективности поведенческого подхода в терапии патологического гемблинга, особенно в сочетании с краткосрочными вмешательствами (Oakley-Brown et al., 2000; Leung & Cottler, 2009). Однако в лечении зависимостей от азартных игр в целом КПТ продемонстрировала сопоставимую эффективность с другими краткосрочными интервенциями.

2. Шизофрения и другие психотические расстройства

Исследования подтверждают положительный эффект КПТ в отношении позитивной симптоматики при шизофрении (бред и/или галлюцинации) (напр., Gould et al., 2001; Rector & Beck., 2001). Существуют результаты, свидетельствующие о положительных результатах сочетания КПТ с фармакотерапией в случаях острого психотического эпизода, в отличие от затяжных хронических состояний (напр., Zimmerman et al., 2005).

КПТ не оказывает значительного влияния на профилактику рецидивов шизофрении и снижения числа повторных госпитализаций по сравнению с использованием программ ранних вмешательств (early intervention services) и семейных интервенций (напр., Bird et al., 2010; Alvarez-Jimenez et al., 2011). Однако, ряд мета-анализов демонстрируют положительный эффект КПТ в отношении вторичных отдаленных результатов лечения таких как уровень общего функционирования, настроения, выраженность социальной тревоги, выраженности негативных симптомов в целом (напр., Gould et al., 2001; Rector & Beck., 2001; Wykes et al., 2008).

3. Депрессия и дистимия

КПТ в исследованиях показывает более высокую эффективность (сила эффекта - средняя) по сравнению с отсутствием лечения или ожидание лечения (van Straten, Geraedts, Verdonck-de Leeuw, Andersson, & Cuijpers, 2010; Beltman, Oude Voshaar, & Speckens, 2010). Исследования, сопоставляющие эффективность КПТ с таковой при применении краткосрочной психодинамической терапии, проблем- разрешающей и интерперсональной терапией демонстрируют противоречивые результаты: ряд исследований приходят к выводу о приблизительно равной эффективности перечисленных выше методов (напр., Beltman, Oude Voshaar, & Speckens, 2010; Cuijpers, Smit, Bohlmeijer, Hollon, & Andersson, 2010; Pfeiffer, Heisler, Piette, Rogers, & Valenstein, 2011), в то время как другие исследования находят подтверждения более высокой эффективности КПТ (напр., Di Giulio, 2010; Jorm, Morgan, & Hetrick, 2008; Tolin, 2010). Так Jorm et al. (2008) показывают преимущество КПТ по сравнению с техниками релаксации (после окончания лечения), а Tolin (2010) - более высокую эффективность КПТ по сравнению с психодинамической терапией (сразу и через 6 месяцев после окончания лечения).

При сопоставлении эффективности КПТ в сравнении с психофармакологическим лечением, исследователи приходят к выводу, что их эффективность в отношении хронических симптомов депрессии примерно одинакова, сила эффекта средне-высокая (Di Giulio, 2010; Jorm, Morgan, & Hetrick, 2008; Tolin, 2010). При этом сочетание КПТ с фармакотерапией, оказывается более эффективным методом лечения, чем применение только КПТ (Chan et al., 2006).

4. Биполярное расстройство

Мета-анализы оценивающие эффективность КПТ при биполярном расстройстве свидетельствуют о наличие низкой и средней силы

эффекта по окончании лечения, при дальнейшем наблюдении, как правило, происходит дальнейшее снижение силы эффекта (оценивались как депрессивные, так и маниакальные симптомы депрессии; напр., Gregory, 2010a, 2010b). Однако, на сегодняшний день существует крайне мало доказательств того, что КПТ может быть эффективной в качестве единственного метода лечения (без сочетания с психофармакологическим лечением) биполярного расстройства.

Кроме того, ряд мета-анализов изучавших эффективность КПТ в отношении профилактики рецидивов при биполярном расстройстве, приходят к выводу что КПТ способствует профилактике или отсрочке возникновения рецидивов заболевания (напр., Lam, Burbeck, Wright, & Pilling, 2009; Sakir & Ozerdem, 2010). Также была выявлена тенденция отсутствия влияния числа предыдущих депрессивных или маниакальных эпизодов на эффективность КПТ в отношении профилактики возникновения повторных обострений заболевания.

5. Тревожные расстройства

КПТ является надежным методом лечения первой линии данной группы расстройств (Hofmann & Smits, 2008). Кроме того, КПТ оказывает значительный положительный эффект на вторичные симптомы, возникающие при тревожных расстройствах, а именно на нарушения сна и формирование чувствительности к тревоги («страх страха», anxiety sensitivity) (Ghahramanlou, 2003). В настоящее время ряд исследований демонстрирует эффективность в отношении облегчения сиюминутных симптомов тревоги при применении компьютеризированных программ КПТ и руководств самопомощи, однако, эффективность применения данных форм психотерапии в течении длительного времени остается неясной (Öst, 2008; Coull & Morris, 2011).

КПТ демонстрирует среднюю и высокую силу эффекта в отношении лечения *социальной фобии (социального тревожного расстройства)* по

сравнению с контрольной группой и листом ожидания. При этом значительные улучшения наблюдаются как сразу после окончания лечения, так и в отдаленном периоде (Gil, Carrillo, & Меса, 2001).

Исследования свидетельствуют о том, что такие методы как экспозиция, когнитивное реструктурирование, тренинг социальных навыков, а так же работа в индивидуальном или групповом формате были одинаково эффективными в лечении социальной фобии (Powers, Sigmarsson, & Emmelkamp, 2008). Кроме того, в отдаленном периоде КПТ демонстрирует свое очевидное превосходство над психофармакотерапией (Fedoroff & Taylor, 2001).

КПТ с активным использованием метода экспозиции при лечении *панического расстройства* так же демонстрирует превосходство в эффективности (сила эффекта средняя) в сравнении с группой контроля, лечением плацебо, применением направленных релаксационных техник (applied relaxation) (Haby, Donnelly, Corry, & Vos, 2006; Furukawa, Watanabe, & Churchill, 2007). Для панического расстройства без агорафобии, комбинированное применение КПТ и направленных релаксационных техник были равны в эффективности с применением каждого из этих методов в отдельности. Кроме того применение обоих методов или каждого из них в отдельности превосходило в эффективности медикаментозное лечение (Mitte, 2005).

Ряд технологий КПТ для лечения *специфических фобий* (систематическая десенситизация, экспозиция, когнитивная терапия) продемонстрировали свою высокую эффективность (сила эффекта высокая). Улучшения от их применения продолжают накапливаться в отдаленном периоде лечения. Исследования показывают сопоставимую эффективность перечисленных выше методов, с применением техник направленной релаксации (Ruhmland & Margraf, 2001).

В отношении *генерализованного тревожного расстройства*, КПТ оказывается более эффективной, по сравнению с группой сравнения, а так же с группой, получавших лечение плацебо. В лечении данного вида

расстройств КПТ продемонстрировало равную эффективность с направленной релаксационной терапией, поддерживающей терапией и психофармакологическим лечением.

В лечении *посттравматического стрессового расстройства* (ПТСР) КПТ имеет сопоставимый эффект с методикой десенсибилизации и коррекция переработки информации с помощью движений глазных яблок (Bisson et al., 2007). При этом оба из перечисленных методов оказываются более эффективными для лечения ПТСР, чем стандартные методы лечения (treatment as usual), лист ожидания, или другие виды терапии (такие как поддерживающее консультирование) (Bisson & Andrew, 2008).

Клинические исследования так же демонстрируют высокую эффективность (высокая сила эффекта) КПТ и/или техники экспозиции в лечении *обсессивно-компульсивного расстройства* (ОКР). Кроме того сочетание воображаемых и реальных экспозиций оказываются более эффективными, чем применение только экспозиции в реальных условиях (Ruhmland & Margraf, 2001). Исследования свидетельствуют о сопоставимой эффективности КПТ и применение Кломипрамина и антидепрессантов из группы Ингибиторов обратного захвата серотонина (Eddy, Dutra, Bradley, & Westen, 2004).

6. Соматоформные расстройства

Внутри данной диагностической категории (согласно DSM-IV) были найдены в основном мета-анализы по оценке эффективности КПТ при ипохондрическом и телесном дисморфическом (body dimorphic disorder) расстройствах. КПТ продемонстрировала высокую силу эффекта в терапии данного типа расстройств, превосходящую таковую при использовании других видов психологического лечения (напр., психообразование, разъясняющая терапия, когнитивная терапия, поведенческое управление стрессом) и сопоставимую с таковой при

психофармакологическом лечении антидепрессантами из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗ) (Taylor, Asmundson, & Coons, 2005). КПТ продемонстрировало свое превосходство в эффективности над листом ожидания, стандартным лечением и лечением плацебо через 12 месяцев после лечения, хотя в период непосредственно после окончания лечения значимых различий между КПТ и плацебо выявлено не было (Thomson & Page, 2007).

КПТ продемонстрировала свою высокую эффективность в отношении симптомов телесного дисморфического расстройства (ТДР) (Jarry & Ip, 2005; Ipser, Sander, & Stein, 2009). Сила эффекта КПТ в терапии ТДР была высокой, при психофармакологическом лечении варьировала от средней до высокой (Williams, Hadjistavropoulos, & Sharpe, 2006)

7. Расстройства пищевого поведения

В ряде мета-анализов проводилась оценка эффективности КПТ в лечении булимии по сравнению с группой контроля. В результате была установлена средняя сила эффекта КПТ (Thompson-Brenner, 2002) и более высокий уровень устойчивости ремиссий (Thompson-Brenner, 2002). В дальнейшем было показано, что эффект поведенческой терапии выше (сила эффекта высокая) (Thompson-Brenner, 2003). При сравнении эффективности КПТ с эффективностью других видов психотерапевтического лечения булимии, а именно интерперсональной терапии, диалектической поведенческой терапии, гипно-поведенческой терапии, поддерживающей психотерапии, программы поведенческого снижения веса и самомониторинга, КПТ продемонстрировала значительно более высокие показатели устойчивости ремиссии (Hay et al., 2009).

В отношении компульсивного переедания (binge eating) мета-анализы демонстрируют высокую силу эффекта психотерапии и структурированной самопомощи, в отличие от фармакотерапии сила

эффекта которой является средней (Vocks et al., 2010). И хотя данный мета-анализ не ставил задачу оценки эффективности специфически КПТ, в него были включены 19 из 23 исследований, в которых используемым методом психотерапии была КПТ. Согласно мета-анализу (Reas and Grilo (2008)) сочетание психотерапии и фармакотерапии не приводит к усилению положительного результата в лечении компульсивного переедания, но может способствовать более выраженному снижению веса.

8. *Инсомния (бессонница)*

Использование КПТ для лечения инсомнии (бессонницы) во многих исследованиях продемонстрировало свое превосходство над результатами полученными в контрольных группах. Положительный эффект был установлен как на субъективные так объективные параметры сна (Irwin, Cole, & Nicassio, 2006; Okajima et al., 2011). Сила эффекта КПТ на такие параметры сна как время засыпания, общая продолжительность сна, пробуждение после засыпания, общая продолжительность бодрствования, время проведенное в кровати, ранние пробуждения по утрам, эффективность сна, варьировали от минимальной силы эффекта (общая продолжительность сна) до высокой (ранние пробуждения по утрам) (Okajima et al., 2011).

9. *Личностные расстройства*

В одном мета-анализ была проведена работа по оценке сравнительной эффективности КПТ и психодинамической терапии в лечении личностных расстройств (Leichsenring & Leibing, 2003). Результаты продемонстрировали в целом более высокую силу эффекта для психодинамической терапии (при этом сила эффекта КПТ была так

же высокой). При проведении более детального анализа результатов было обнаружено, что в случае, если оценка эффективности проводилась с помощью оценки внешнего наблюдателя, то сила эффекта была выше при использовании психодинамической терапии; однако если оценка эффективности производилась по само-отчетам пациентов, сила эффекта была выше у КПТ.

Gibbon et al., в своем мета-анализе провели оценку эффективности одиннадцати видов психологического лечения антисоциального расстройства личности (Gibbon et al., 2010). Результаты свидетельствуют, что КПТ была более эффективна в отношении раннего прекращения лечения, употреблением кокаина (для пациентов с коморбидными антисоциальным расстройством личности и кокаиновой зависимостью). Однако, в отношении уровня вербальной и физической агрессии КПТ не имела никаких преимуществ.

10. Гнев и агрессия

Два мета-аналитических обзора свидетельствуют о том, что КПТ умеренно эффективна в отношении проблем гнева и агрессии (Del Vecchio & O'Leary, 2004; Saini, 2009). Результаты исследования указывают на то, что КПТ наиболее эффективна для пациентов испытывающих затруднения в выражении агрессии.

11. Криминальное поведение

Четыре независимых мета-анализа свидетельствуют об эффективности КПТ в работе с уголовными преступниками (Illescas, Sanchez-Meca, & Genovés, 2001; Lösel & Schmucker, 2005; Pearson, Lipton, Cleland, & Yee, 2002; Wilson, Bouffard, Mackenzie, 2005). КПТ является наиболее эффективным вмешательством в отношении снижения уровня

рецидивизма (сила эффекта средняя) (Illescas, Sanchez-Meca, & Genovés, 2001), в отличие от других вмешательств продемонстрировавших от низкой до средней силу эффекта (Illescas et al., 2001).

В отношении лиц, совершивших преступления на сексуальной почве, то методы физического лечения/наказания (хирургическая кастрация, гормональное лечение) демонстрируют более высокую эффективность в отношении уровня рецидивизма, чем КПТ (Lösel & Schmucker, 2005). Однако по сравнению с другими видами психологического лечения (инсайт-ориентированная терапия, терапевтическое сообщество (therapeutic community) классическая поведенческая и когнитивно-поведенческая терапия оказывается более эффективной при работе с данной группой лиц.

В отношении уровня домашнего насилия, КПТ не продемонстрировала преимуществ перед другими видами оказания помощи, например таких как Дулутская модель (Duluth Model) – психообразовательный подход (Babcock et al., 2004).

12. Общий стресс

По данным четырех мета-анализов КПТ продемонстрировала свою существенную эффективность в отношении снижения уровня стресса на рабочем месте по сравнению с другими видами интервенций (Kim, 2007; Richardson & Rothstein, 2008; van der Klink, Blonk, Schene, & van Dijk, 2001). КПТ имела положительный эффект на снижение уровня стресса родителей, имеющих детей с нарушениями развития, однако сила эффекта была невысокой (Singer, Ethridge, & Aldana, 2007). Сочетание КПТ с поведенческим тренингом для родителей и в некоторых случаях с группами поддержки, приводило к значительному повышению силы эффекта (Singer, Ethridge, & Aldana, 2007).

13. Дистресс в связи с наличием соматического заболевания

На сегодняшний день существует ограниченное число исследований в которых изучалась эффективность КПТ среди пациентов с соматическими заболеваниями. Наибольшее число исследований приходится на оценку эффективности КПТ у пациентов с онкологическими заболеваниями. КПТ продемонстрировала низкую и среднюю силу эффекта у пациентов с раком женской репродуктивной системы и шеи/головы по сравнению с психо-образованием пациентов в отношении таких показателей как качество жизни, психологический дистресс (например, тревога, депрессия) и боль (Zimmerman & Heinrichs, 2006; Lockett, Britton, Clover, & Rankin, 2011). Однако КПТ продемонстрировала свою эффективность при оказании помощи пациентам с симптомами усталости, связанной с онкологическим заболеванием (Kangas, Vovbjerg, & Montgomery, 2008).

Средняя сила эффекта КПТ была установлена при лечении вторичных симптомов (тревога, стресс) у ВИЧ положительных пациентов, с особенно высокой эффективностью в отношении снижения уровня гнева по сравнению с поддерживающей психотерапией (Crepaz et al., 2008). Однако не было выявлено положительного эффекта КПТ на такие параметры как низкое число клеток, приверженность к лечению; а так же при применении в уязвимых популяциях женщин и этнических меньшинств (Crepaz et al., 2008; Rueda et al., 2006).

КПТ так же продемонстрировала в исследованиях положительный эффект в лечении вторичных симптомов травмы спинного мозга по таким параметрам как навыки уверенного поведения, копинг, депрессия, качество жизни (Dorstyn, Mathias, & Denson, 2011). Эффективность КПТ по перечисленным параметрам была выше, чем в контрольной группе, группе получавшей плацебо или диету/физические упражнения (Shaw, O'Rourke, Del Mar, & Kenardy, 2005), и сопоставлялась по эффективности с группой получавшей йогу/ образование в отношении симптомов депрессии (Martinez-Devesa, Perera, Theodoulou, & Waddell, 2010). В лечении синдрома раздражённого кишечника КПТ незначительно

отличалась от эффективности стандартного лечения или листа ожидания ((Enck, Junne, Klosterhalfen, Zipfel, & Martens, 2010).

14. Хроническая боль и усталость

Эффективность КПТ в отношении хронической боли, возникающей при различных состояниях (хроническая боль в спине, фибромиалгия, ревматоидный артрит, синдром хронической усталости, хроническая боль в скелетных мышцах, неспецифическая боль в груди) была подтверждена в ряде мета-анализах с силой эффекта от низкой до средней. КПТ продемонстрировала более высокую эффективность в отношении снижения боли при фибромиалгии по сравнению с другими психологическими интервенциями (Glombiewski et al., 2010). КПТ при синдроме хронической усталости демонстрирует умеренную эффективность (средняя сила эффекта) (Malouff et al., 2008; Price et al., 2008).

15. Осложнения беременности и гормональной дисрегуляции женщин

Один мета-анализ свидетельствует о более высокой эффективности КПТ при перинатальной депрессии по сравнению с группой сравнения (Sokol, Epperson, & Barber, 2011), второе исследование указывает на эффективность КПТ в лечении постнатальной депрессии (Dennis, & Hodnett, 2007). В мета-анализах так же указывается на более высокую эффективность комбинированного лечения постнатальной депрессии по сравнению с терапией только антидепрессантами (Bledsoe and Grote, 2006).

Так же в исследованиях есть указания, что КПТ значительно снижает симптомы депрессии и тревоги у пациенток с

предменструальным синдромам (сила эффекта средняя) (Busse et al., 2009).

КПТ у детей

Мета-анализы свидетельствуют о высокой эффективности и преимуществе использования КПТ в лечении тревожных расстройств у детей и подростков (сила эффекта высокая) (Santacruz et al., 2002; James, Soler, & Weatherall, 2005). КПТ в терапии обсессивно-компульсивного расстройства у детей и подростков демонстрирует преимущество перед альтернативными методами (отсутствие лечения, другие психологические интервенции, фармакотерапия Кломипрамином и Флувоксамином) (Phillips, 2003; Guggisberg, 2005). Данные в поддержку эффективности КПТ при депрессии менее однозначные, но тем не менее демонстрирующие среднюю силу эффекта и сохранением эффекта в течении 6 месяцев после окончания лечения (Santacruz et al., 2002). Кроме того, мета-анализы свидетельствуют, что в терапии депрессии эффективность КПТ сопоставима с таковой при других видах психотерапии (интерперсональной, системной семейной), и выше в эффективности чем применение антидепрессантов из группы СИОЗ, включая такие параметры как отсутствие побочных эффектов и большая экономическая эффективность (Haby, Tonge, Littlefield, Carter & Vos, 2004). Эффективность КПТ в отношении суицидального поведения у детей и подростков требует дальнейшей проверки в исследованиях (Robinson, Hetrick, & Martin, 2011).

В отношении таких проблем как поведение, нарушающее порядок во время школьных занятий, агрессивное/антисоциальное поведение, синдром дефицита внимания и гиперактивность КПТ продемонстрировала сопоставимую эффективность с другими психологическими интервенциями и меньшую эффективность, чем

использование медикаментов (Lösel & Beelmann, 2003; Van der Oord, Prins, Oosterlaan, & Emmelkamp, 2008; Özabaci, 2011).

КПТ у пожилых людей

Большинство мета-анализов свидетельствуют о преимуществе КПТ в лечении расстройств настроения в частности депрессии, по сравнению с контрольной группой и листом ожидания. КПТ демонстрирует сопоставимую эффективность в лечении данного вида расстройств с другими видами психотерапии такими как психотерапия воспоминаниями (Peng, Huang, Chen, & Lu, 2009), психодинамическая психотерапия и интерперсональная терапия (Krishna et al., 2011; Wilson, Mottram, & Vassilas, 2008). Pinguart и коллеги обнаружили, однако, что сила эффекта при КПТ депрессивных расстройств у пожилых является высокой, а в случае остальных видов психотерапевтического лечения сила эффекта варьирует от средней до высокой (Pinguart et al., 2007). Комбинированное лечение депрессии КПТ и психофармакологическими средствами, не добавляет преимуществ в эффективности в данной популяции (Peng et al., 2009). Кроме того исследования свидетельствуют о значительном положительном эффекте КПТ на симптомы тревоги у лиц старшей возрастной группы по сравнению с контрольной группой, листом ожидания (Thorp et al., 2009; Hendriks et al., 2008).

Заключение

Когнитивно-поведенческая терапия является методом психотерапии, эффективность которого была проверена в многочисленных исследованиях. Результаты данного мета-анализа свидетельствуют о том, что КПТ используется в лечении различных видов психических расстройств и в помощи лицам с различными

психологическими проблемами. В целом эффективность КПТ является крайне высокой, особенно в отношении лечения тревожных расстройств и расстройств настроения. Кроме того, КПТ является экономически выгодным методом лечения. Таким образом высокая эффективность, подтвержденная многочисленными эмпирическими исследованиями и экономическая выгода КПТ способствуют все более широкому распространению данного вида лечения целого ряда психических расстройств во всем мире. Следует отметить, что во многих развитых странах, например в США и Великобритании, когнитивно-поведенческая терапия является методом лечения первой линии при оказании помощи лицам с тревожно-депрессивными и другими видами психических расстройств.

Текст подготовили: к.м.н., Ялтонская Александра и Зарецкий Юрий

¹ Мета-анализ является одним из видов анализа данных, в котором результаты нескольких исследований (чаще всего рандомизированных клинических исследований, РКИ) объединены и с использованием специальной статистической процедуры проанализированы как результаты одного крупного исследования. К несомненным преимуществам мета-анализа относятся возможность увеличения статистической мощности исследования, а, следовательно, точности оценки эффекта анализируемого вмешательства. Мета-анализ относится к самому высокому - первому уровню доказательности (IA) согласно принятой в доказательной медицине классификации исследований.