

Абсолютные и относительные исходы психотерапии при восьми психических расстройствах: систематический обзор и метаанализ

Cuijpers P., Miguel C., Ciharova M., Harrer M., Basic D., Cristea I.A., de Ponti N., Driessen E., Hamblen J., Larsen S.E., Matbouriahi M., Papola D., Pauley D., Plessen C.Y., Pfund R.A., Setkowski K., Schnurr P.P., van Ballegooijen W., Wang Y., Riper H., van Straten A., Sijbrandij M., Furukawa T.A., Karyotaki E.

World Psychiatry 2024;23(2):267–275 · DOI: 10.1002/wps.21203

Неофициальный перевод на русский язык. Оригинал статьи находится в открытом доступе по лицензии World Psychiatric Association.

Аннотация

Психотерапия является методом лечения первой линии для большинства психических расстройств, однако её абсолютные исходы (то есть показатели отклика и ремиссии) изучены недостаточно, несмотря на важность такой информации для пациентов, специалистов и тех, кто принимает решения в сфере здравоохранения. Цель настоящего исследования — оценить абсолютные и относительные исходы психотерапии при восьми психических расстройствах: большом депрессивном расстройстве (БДР), социальном тревожном расстройстве, паническом расстройстве, генерализованном тревожном расстройстве (ГТР), специфической фобии, посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР), обсессивно-компульсивном расстройстве (ОКР) и пограничном расстройстве личности (ПРЛ). Мы использовали серию «живых» систематических обзоров проекта Metapsy (www.metapsy.org) с единой стратегией поиска литературы, единым подходом к включению исследований и извлечению данных, а также единым форматом анализа. Поиск литературы проводился в основных библиографических базах (PubMed, PsycINFO, Embase, Cochrane Register of Controlled Trials) до 1 января 2023 года. Мы включали рандомизированные контролируемые исследования (РКИ), сравнивавшие психотерапию при любом из восьми расстройств (диагноз — на основании клинического интервью) с контрольной группой (лист ожидания, обычное лечение или таблетка-плацебо). Проводились парные метаанализы с моделью случайных эффектов. Главным исходом была абсолютная частота отклика (снижение симптомов от исходного уровня к завершению лечения не менее чем на 50%) в группе терапии и в контрольной группе. Вторичные исходы — относительный риск (RR) отклика и число пациентов, которых нужно пролечить для одного дополнительного положительного исхода (NNT). Метаанализы случайных эффектов 441 включённого исследования (33 881 пациент) показали скромные показатели отклика 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 специфической фобии; 0,24 (95% ДИ: 0,15–0,36) для ПРЛ. Большинство анализов чувствительности в целом подтвердили эти результаты. RR были статистически значимыми для всех расстройств, кроме ПРЛ. Мы заключаем, что большинство видов психотерапии при восьми перечисленных расстройствах эффективны по сравнению с контрольными условиями, но абсолютные показатели отклика остаются скромными. Очевидна потребность в более эффективных методах лечения, а также в интервенциях для пациентов, которые не отвечают на первую линию терапии.

Ключевые слова: психотерапия, частота отклика, депрессия, социальное тревожное расстройство, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, специфическая фобия, посттравматическое стрессовое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, пограничное расстройство личности.

Введение

Около 970 миллионов человек во всём мире страдают тем или иным психическим расстройством. Депрессия и тревожные расстройства — наиболее распространённые

состояния, но и распространённость других расстройств — таких как ПТСР, ОКР и ПРЛ — также весьма высока. Для всех этих расстройств доступны методы лечения с доказанной эффективностью, причём психотерапия признана интервенцией первой линии.

Исходы психотерапии обычно оценивают по непрерывным показателям (то есть по средним значениям шкал). В метаанализах эти исходы, как правило, представлены в виде стандартизованных средних разностей (SMD), которые показывают разницу между интервенцией и контролем в единицах стандартного отклонения. Это корректный способ представления результатов, однако такие размеры эффекта плохо понятны пациентам, специалистам и лицам, принимающим решения.

Бинарные исходы — такие как отклик (для депрессии определяемый как снижение симптомов на 50% от исходного к завершению лечения) и ремиссия (состояние, при котором у пациента сохраняются лишь минимальные симптомы) — гораздо легче интерпретировать. Однако в исследованиях и метаанализах эти исходы обычно подаются через сравнение лечения с контролем в виде относительных рисков (RR), отношений шансов (OR) или числа пациентов, которых нужно пролечить (NNT) для получения одного дополнительного положительного исхода по сравнению с контролем.

Абсолютные исходы — то есть собственно показатели отклика или ремиссии — обычно не объединяются в метаанализах, поскольку это предполагает, что такие частоты сопоставимы между исследованиями, что не всегда так. Тем не менее именно абсолютные показатели важны для клинических решений. В других областях, например в метаанализах распространённости психических расстройств, абсолютные показатели объединяются регулярно.

Сотни РКИ изучили эффекты психотерапии, и метаанализы показали, что эти методы эффективны при широком спектре расстройств, включая БДР, ПТСР, ОКР, ПРЛ и тревожные расстройства. Однако очень немногие метаанализы охватывают сразу несколько расстройств, а именно широкий охват позволяет сравнить относительную «терапевтическую податливость» этих состояний.

Это важно ещё и потому, что психотерапия сравнивается с разными типами контрольных условий, которые могут давать разные размеры эффекта. Например, в области депрессии хорошо известно, что использование листа ожидания в качестве контроля может завышать эффекты лечения. В тревожных расстройствах почти все исследования использовали лист ожидания, и есть указания на то, что контроль типа «обычное лечение» (*care-as-usual*) даёт значительно меньшие размеры эффекта. В случае ПРЛ практически все исследования используют именно *care-as-usual*. Одно из преимуществ изучения абсолютных исходов состоит в том, что они рассчитываются отдельно для группы лечения и для контроля, поэтому сравнение «терапевтической податливости» расстройств не искажается различиями контрольных условий.

В настоящем метааналитическом исследовании мы оценили абсолютные и относительные исходы психотерапии при восьми основных психических расстройствах: БДР, ПТСР, ОКР, ПРЛ, паническом расстройстве, ГТР, социальном тревожном расстройстве и специфической фобии. В качестве первичного исхода мы использовали абсолютный показатель отклика. В лечении депрессии отклик обычно определяют как 50%-е снижение симптомов. В других областях определения менее единообразны. Например, в исследованиях тревожных расстройств применяется широкий спектр определений; то же справедливо и для ПТСР. В этом метаанализе мы использовали единое определение отклика (число пациентов с не менее чем 50%-м снижением симптомов от исходного к завершению лечения, делённое на общее число пациентов) для всех расстройств. Это позволяет получить сопоставимый исход и оценить относительную «терапевтическую податливость» расстройств. Насколько нам известно, ни один предыдущий метаанализ не сообщал об абсолютных исходах психотерапии для целого ряда расстройств одновременно.

Методы

Стратегия поиска и критерии отбора

Метаанализ зарегистрирован в Open Science Framework (<https://doi.org/10.17605/osf.io/rpw6g>). Мы использовали серию «живых» систематических обзоров проекта Metapsy (www.metapsy.org) с единой стратегией поиска литературы, включения исследований и извлечения данных, а также единым форматом анализа. Все включённые наборы данных обновляются как минимум раз в год (дедлайн для текущего исследования — 1 января 2023 года).

Поиск проводился в основных библиографических базах — PubMed, PsycINFO, Embase и Cochrane Register of Controlled Trials — с использованием комбинаций индексных и текстовых терминов, описывающих расстройства и виды психотерапии, с фильтрами для РКИ. Отдельные поиски проводились для БДР, ПТСР, ОКР и ПРЛ. Объединённый поиск был проведён для четырёх тревожных расстройств: панического, ГТР, социального тревожного и специфической фобии. Полные строки поиска приведены в дополнительных материалах.

Все найденные записи проверялись двумя исследователями; все записи, потенциально соответствующие критериям включения по мнению хотя бы одного из них, отбирались для оценки полного текста. Решение о включении исследования также принималось двумя независимыми исследователями; разногласия разрешались путём консенсуса и при необходимости — консультации с третьим экспертом.

В метаанализ включались РКИ, в которых психотерапия для взрослых с одним из восьми расстройств (диагноз — на основании клинического интервью) сравнивалась с контрольной группой (лист ожидания, обычное лечение или таблетка-плацебо). Исключались исследования с другими типами контроля; исследования, где включение основывалось на самоотчётных шкалах симптомов; стационарные исследования, исследования у детей и подростков; исследования неуправляемой самопомощи, а также исследования с недостаточными данными для расчёта частоты отклика.

Оценка качества и извлечение данных

Качество включённых исследований оценивали по инструменту Cochrane Risk of Bias (RoB) версии 1 (для набора данных по БДР) или версии 2 (для остальных семи наборов). Из RoB версии 1 использовались четыре критерия: генерация последовательности, сокрытие распределения по группам, предотвращение знания о назначенной интервенции и работа с неполными данными об исходах. RoB версии 2 оценивает те же домены подробнее, а также проверяет, были ли анализы предварительно специфицированы. Исследования в каждом из восьми наборов делились на две категории: низкий RoB и прочие. Определение «низкого RoB» различалось между наборами (см. таблицу 1). Все оценки проводились двумя независимыми исследователями; разногласия разрешались с участием третьего автора.

Дополнительно извлекались следующие характеристики исследований и интервенций: средний возраст участников, доля женщин, набирались ли участники исключительно из клинических выборок, тип психотерапии (определения см. в дополнительных материалах), формат лечения, число сессий, тип контрольного условия и страна проведения исследования.

Оценка частоты отклика

Отклик на лечение определялся как число пациентов с не менее чем 50%-м снижением симптомов от исходного к завершению лечения, делённое на общее число пациентов. Для расчёта использовался один показатель в каждом исследовании; если в исследовании применялось несколько шкал, выбиралась наиболее часто используемая.

Пациенты, рандомизированные, но не включённые в анализ респондеров в оригинальных публикациях, считались нон-респондерами и включались в основные анализы в соответствии с принципом intention-to-treat. Это рассматривалось как наиболее

консервативная оценка. В рамках анализов чувствительности мы также включали только завершивших лечение либо считали всех выбывших респондерами.

Частоты отклика рассчитывались валидированным методом на основе средних значений и стандартных отклонений непрерывных шкал на исходе и после лечения, а также числа пациентов в момент пост-теста. Метод проверен в пяти метаанализах лечения депрессии и тревожных расстройств; корреляции между расчётными и истинными частотами отклика составили от 0,94 до 0,97.

Метаанализы

Частоты отклика объединялись с помощью функции *metaprop* пакета *meta* в R (версия 4.2.2); все анализы выполнялись в RStudio (2023.03.0+386). Биномиальные пропорции сначала переводились в логит-шкалу, после чего проводились метаанализы случайных эффектов на трансформированных данных. Затем результаты возвращали к шкале сырых биномиальных пропорций и сообщали оценки с 95%-ми доверительными интервалами (ДИ). Поскольку ожидалась значительная гетерогенность, во всех анализах использовалась модель случайных эффектов (метод ограниченного максимального правдоподобия).

После метаанализа частот отклика мы объединяли RR интервенции относительно контроля с помощью функции *metabin*. NNT рассчитывались по объединённому RR и частоте отклика в контрольной группе.

Мы провели пять анализов чувствительности: два — с менее консервативными оценками частоты отклика (только завершившие или все выбывшие как респондеры); один — с исключением выбросов (исследования, чьи 95%-е ДИ не пересекались с 95%-м ДИ объединённой оценки); один — только по исследованиям с низким RoB; один — с поправкой на публикационное смещение. В качестве показателя гетерогенности рассчитывали статистику I^2 и её 95%-й ДИ. Публикационное смещение оценивали с помощью теста интерсепта Эггера и процедуры trim-and-fill Дюваля и Твиди.

Также проводилась серия подгрупповых анализов смешанных эффектов: по типу психотерапии, формату лечения, набору из клинических выборок, типу контроля и стране. По возможности избегали подгрупп менее чем из пяти исследований, объединяя их в более крупные категории.

Результаты

Отбор, включение и характеристики исследований

Поиски по всем расстройствам дали 111 886 записей (64 559 после удаления дубликатов), 8 304 полнотекстовые статьи были оценены, в итоге включено 441 исследование (см. таблицу 1; блок-схемы PRISMA по каждому расстройству — в дополнительных материалах). Число включённых исследований варьировало от 159 (БДР) до 21 (ПРЛ). Поскольку в ряде исследований сравнивались две и более интервенции с одной контрольной группой, число сравнений было больше (всего 569; диапазон: от 196 для БДР до 22 для ПРЛ). Общее число включённых пациентов — 33 881 (19 769 в группах терапии и 14 112 в контролях); диапазон — от 1 011 в наборе по ОКР до 14 908 в наборе по БДР.

Доля пациентов, набранных исключительно из клинических условий, составила от 4,2% при специфической фобии до 85,7% при ПРЛ; в среднем — 36,3%. Общий средний возраст — $39,0 \pm 10,7$ года (диапазон средних: от $31,9 \pm 5,6$ при ПРЛ до $42,2 \pm 13,1$ при БДР). Общая доля женщин — 67% (диапазон: от 56% при социальном тревожном расстройстве до 83% при ПРЛ).

Тип контрольного условия существенно различался между наборами. Лист ожидания применялся в большинстве исследований по четырём тревожным расстройствам (70,8–95,8%), ПТСР (79,3%) и ОКР (72,7%), реже — при БДР (42,0%) и вообще не применялся при ПРЛ. Таблетка-плацебо использовалась лишь в небольшой доле исследований (5,0% в

целом), тогда как обычное лечение (care-as-usual) было самым частым контролем при БДР (54,9%) и ПРЛ (100%). Большинство исследований проводилось в Северной Америке (39,0%) или Европе (37,6%).

Половина интервенций использовала индивидуальный формат (51,8%; диапазон: 36,4% при ПРЛ — 80,5% при ПТСР). Групповая терапия не применялась вовсе при ряде расстройств (ПРЛ, специфическая фобия, ОКР), а в остальных составляла от 9,2% при ПТСР до 33,8% при социальном тревожном расстройстве. Управляемая самопомощь не применялась при ПРЛ; диапазон — от 3,1% при специфической фобии до 23,0% при социальном тревожном расстройстве. Среднее число сессий по всем расстройствам — 11,8 ± 8,5 (диапазон: 3,3 ± 3,1 при специфической фобии до 53,6 ± 42,6 при ПРЛ). Доля исследований с низким RoV составляла от 6,2% при паническом расстройстве до 39,5% при БДР, но к этим данным следует относиться с осторожностью, поскольку определение «низкого RoV» различалось между наборами.

Таблица 1. Обзор поиска литературы и характеристики включённых исследований и интервенций

	БДР	ПАН	СТР	ГТР	ФОБ	ПТСР	ОКР	ПРЛ	Всего
Найдено записей	33 181			19 535*		36 108	11 235	11 827	111 886
После удаления дубликатов	20 243			13 328*		14 369	7 752	5 867	64 559
Полные тексты	3 987			1 378*		2 138	573	228	8 304
Исследований, n	159	48	52	48	22	69	22	21	441
Сравнений, n	196	71	74	61	32	87	26	22	569
Пациентов, N	14 908	3 559	4 053	3 773	1 189	2 986	1 011	1 525	33 881
В терапии	8 362	2 236	2 593	2 162	711	2 325	585	795	19 769
В контроле	6 546	1 323	1 460	1 611	478	1 538	426	730	14 112
Клинич. набор, %	38,9	35,4	7,7	41,7	4,2	44,9	31,8	85,7	36,3
Возраст, лет (M)	42,2	37,3	34,3	41,9	32,8	39,1	34,5	31,9	39,0
Доля женщин	0,72	0,71	0,56	0,72	0,75	0,58	0,57	0,83	0,67
Лист ожидания, %	42,0	75,0	84,6	70,8	95,8	79,3	72,7	0	61,2
Care-as-usual, %	54,9	12,5	7,7	22,9	4,2	18,8	18,2	100,0	33,8
Плацебо, %	3,1	12,5	7,7	6,2	0	3,9	9,1	0	5,0
Низкий RoV, %	39,5	6,2	7,7	16,7	12,5	8,7	13,6	9,5	21,1
Сессий (M)	10,6	9,6	11,4	11,3	3,3	10,0	12,4	53,6	11,8

* Объединённый поиск для четырёх тревожных расстройств. БДР — большое депрессивное расстройство, ПАН — паническое расстройство, СТР — социальное тревожное расстройство, ГТР — генерализованное тревожное расстройство, ФОБ — специфическая фобия, ПТСР — посттравматическое стрессовое расстройство, ОКР — обсессивно-компульсивное расстройство, ПРЛ — пограничное расстройство личности.

Частоты отклика

Частоты отклика в группах психотерапии 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 специфической фобии; 0,24 (95% ДИ: 0,15–0,36) для ПРЛ (см. таблицу 2 и рис. 1). Гетерогенность была от средней до высокой во всех расстройствах (I^2 от 65% при ОКР до 82% при БДР и ПРЛ).

При наименее консервативном допущении (все выбывшие — респондеры) исходы оказались более позитивными: 0,48 для БДР, 0,49 для ПТСР, 0,44 для ОКР, 0,42 для панического, 0,40 для ГТР, 0,33 для социального тревожного, 0,35 для специфической фобии и 0,35 для ПРЛ. Гетерогенность оставалась от средней до большой (I^2 63–80%). При учёте только завершивших лечение частоты отклика составили 0,44 для БДР, 0,42 для ПТСР, 0,40 для ОКР, 0,40 для панического, 0,37 для ГТР, 0,34 для социального тревожного, 0,33 для специфической фобии и 0,26 для ПРЛ (I^2 64–80%).

Анализы чувствительности показали, что число исследований с низким RoB во всех расстройствах, кроме БДР, было очень мало (см. таблицу 3). Для БДР частота отклика на психотерапию в исследованиях с низким RoB оказалась несколько ниже, чем в основном анализе, но не существенно (0,37; 95% ДИ: 0,33–0,42). Исключение выбросов не привело к значимым изменениям частот отклика (все различия с основным анализом — менее 0,06). То же касается поправки на публикационное смещение (все различия — менее 0,08), за исключением ПРЛ, где частота отклика после поправки оказалась заметно выше (0,38 против 0,24).

Общие частоты отклика в контрольных условиях составили от 0,05 для ОКР до 0,19 для БДР, с гетерогенностью (I^2) от 0% при специфической фобии и ОКР до 75% при ПРЛ. При допущении «все выбывшие как респондеры» эти показатели были выше (0,09–0,23; I^2 1–78%), при учёте только завершивших — промежуточными (0,05–0,20; I^2 0–72%) (см. таблицу 2 и рис. 1).

Частоты отклика в контролях в исследованиях с низким RoB были сопоставимы с основным анализом, за исключением ПРЛ, где этот показатель оказался существенно выше (0,25 против 0,15). Однако этот результат основан всего на трёх исследованиях. Исключение выбросов не дало значимых отличий от основного анализа. Поправка на публикационное смещение приводила к более высоким частотам, чем в основном анализе (см. таблицу 3).

Подгрупповые анализы показали, что тип психотерапии был связан с разной частотой отклика при БДР ($p < 0,001$), паническом расстройстве ($p = 0,02$), специфической фобии ($p = 0,003$) и ПТСР ($p < 0,001$), но не при социальном тревожном расстройстве ($p = 0,12$), ГТР ($p = 0,31$), ОКР ($p = 0,65$) и ПРЛ ($p = 0,59$) (см. таблицу 4). Значимые различия по формату лечения обнаружены при БДР, паническом расстройстве, социальном тревожном, ГТР, специфической фобии и ПТСР, но не при ОКР и ПРЛ. Набор пациентов исключительно из клинических выборок ассоциировался с значимо меньшей частотой отклика при БДР и ОКР, но не при остальных расстройствах. Значимые различия между странами обнаружены при БДР, паническом расстройстве, специфической фобии и ПРЛ. Частоты отклика значимо различались по типу контроля при БДР, паническом расстройстве и ПТСР, но не при социальном тревожном, ГТР и ОКР. Все исследования по ПРЛ использовали care-as-usual, а все, кроме одного, исследования по специфической фобии — лист ожидания.

Таблица 2. Частоты отклика и относительные исходы по всем расстройствам (основной анализ ИТТ)

	n	Терапия (95% ДИ)	I ²	n	Контроль (95% ДИ)	I ²	RR (95% ДИ)	NNT
БДР	196	0,42 (0,39-0,45)	82	162	0,19 (0,17-0,21)	72	2,09 (1,91-2,28)	4,8
СТР	74	0,32 (0,29-0,37)	66	52	0,12 (0,09-0,14)	45	2,74 (2,36-3,18)	4,8
ПАН	71	0,38 (0,33-0,43)	77	48	0,16 (0,13-0,20)	61	2,24 (1,86-2,69)	5,0
ГТР	61	0,36 (0,30-0,42)	74	48	0,15 (0,11-0,19)	71	2,28 (1,85-2,81)	5,2
ФОБ	32	0,32 (0,23-0,42)	78	22	0,09 (0,06-0,12)	0	3,40 (2,35-4,92)	4,6
ПТСР	87	0,38 (0,33-0,43)	74	69	0,10 (0,08-0,13)	44	3,09 (2,62-3,65)	4,8
ОКР	26	0,38 (0,30-0,47)	65	22	0,05 (0,03-0,07)	0	9,28 (6,40-13,48)	2,4
ПРЛ	22	0,24 (0,15-0,36)	82	21	0,15 (0,10-0,21)	75	1,47 (0,90-2,39)	14,2

RR — относительный риск, NNT — число пациентов, которых нужно пролечить.

Относительные риски (RR) и NNT

За исключением ПРЛ, все RR психотерапии 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 специфической фобии; 1,47 (95% ДИ: 0,90-2,39) для ПРЛ (см. таблицу 2 и рис. 1). Гетерогенность от низкой до средней (I² 0-47%).

NNT 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; 4,6 (95% ДИ: 2,8-8,2) для специфической фобии.

RR в исследованиях с низким RoB и в анализах с исключёнными выбросами были очень близки к основным результатам (все значимы, кроме ПРЛ; при исключении выбросов RR для ПРЛ также становился значимым). В анализах с поправкой на публикационное смещение все RR оказались меньше, чем в основном анализе, и RR для панического расстройства перестал быть значимым (см. таблицу 3).

Таблица 3. Результаты анализов чувствительности

	n	Терапия (95% ДИ) ²	n	Контроль (95% ДИ)	RR (95% ДИ)	NNT		
Только низкий RoB								
БДР	71	0,37 (0,33-0,42)	86	64	0,19 (0,16-0,22)	75	1,82 (1,61-2,06)	6,4
СТР	5	0,76 (0,32-0,95)	89	4	0,14 (0,04-0,38)	73	3,50 (1,23-9,90)	2,9
ПАН	4	0,22 (0,14-0,32)	74	3	0,12 (0,02-0,47)	88	1,89 (0,50-7,05)	9,4
ГТР	9	0,44 (0,28-0,60)	82	8	0,17 (0,13-0,23)	29	2,30 (1,64-3,25)	4,5
ФОБ	3	0,36 (0,14-0,66)	86	3	0,08 (0,03-0,17)	9	5,44 (0,33-90,2)	2,8
ПТСР	7	0,43 (0,31-0,55)	66	6	0,09 (0,06-0,15)	0	3,62 (1,71-7,63)	4,2
ОКР	3	0,44 (0,21-0,71)	62	3	0,09 (0,03-0,24)	0	5,24 (0,07-406,5)	2,6
ПРЛ	4	0,49 (0,20-0,78)	90	3	0,25 (0,07-0,59)	87	1,45 (0,72-2,91)	8,9
Выбросы исключены								
БДР	133	0,41 (0,39-0,43)	31	131	0,18 (0,17-0,20)	29	2,22 (2,03-2,42)	4,6
СТР	63	0,31 (0,29-0,34)	14	49	0,11 (0,09-0,13)	0	2,89 (2,49-3,36)	4,8
ПАН	55	0,35 (0,32-0,38)	37	42	0,15 (0,12-0,18)	32	2,31 (1,92-2,78)	5,1
ГТР	46	0,37 (0,34-0,41)	43	45	0,14 (0,11-0,17)	37	2,47 (2,02-3,03)	4,9
ФОБ	26	0,24 (0,19-0,30)	39	22	0,09 (0,06-0,12)	0	3,40 (2,35-4,92)	4,6
ПТСР	63	0,37 (0,34-0,41)	40	66	0,10 (0,09-0,12)	0	3,24 (2,76-3,80)	4,5
ОКР	23	0,36 (0,31-0,42)	36	22	0,05 (0,03-0,07)	0	9,28 (6,40-13,48)	2,4
ПРЛ	17	0,20 (0,14-0,28)	69	19	0,13 (0,10-0,18)	31	1,61 (1,07-2,42)	12,6
С поправкой на публ. смещение								
БДР	206	0,44 (0,41-0,48)	84	217	0,25 (0,22-0,28)	75	1,63 (1,45-1,84)	6,3
СТР	90	0,37 (0,33-0,42)	70	72	0,15 (0,12-0,18)	45	НР	НР
ПАН	71	0,38 (0,33-0,44)	77	66	0,23 (0,18-0,29)	64	1,29 (0,96-1,73)	15,0
ГТР	68	0,40 (0,33-0,46)	76	68	0,24 (0,18-0,31)	73	1,66 (1,26-2,20)	6,3
ФОБ	40	0,40 (0,30-0,51)	78	—	НР	—	2,94 (1,97-4,38)	5,7
ПТСР	95	0,41 (0,35-0,46)	75	98	0,15 (0,12-0,18)	49	2,25 (1,80-2,82)	5,3
ОКР	28	0,41 (0,32-0,51)	70	30	0,06 (0,04-0,08)	0	7,58 (5,11-11,24)	2,5
ПРЛ	29	0,38 (0,24-0,56)	84	31	0,27 (0,16-0,42)	77	1,21 (0,67-2,19)	17,6

НР — не рассчитывается. RoB — риск систематических ошибок. Определения сокращений см. в таблице 2.

Таблица 4 (выборочно). Частоты отклика и относительные исходы для конкретных видов психотерапии

Расстр.	Терапия	n	Отклик (95% ДИ)	p	RR (95% ДИ)	NNT
БДР	КПТ	110	0,44 (0,39-0,48)	<0,001	2,23 (1,96-2,54)	4,5
	Третья волна	17	0,40 (0,31-0,50)		3,57 (2,63-4,85)	2,2
	Поведенч. активация	9	0,53 (0,42-0,65)		2,13 (1,35-3,36)	4,9
	Межличн. (ИПТ)	17	0,42 (0,33-0,51)		1,78 (1,37-2,31)	7,1
	Решения проблем	5	0,53 (0,30-0,74)		2,47 (0,29-20,9)	3,8
	Поддерживающая	6	0,36 (0,17-0,60)		1,38 (0,94-2,04)	14,6
ПАН	КПТ	42	0,41 (0,35-0,47)	0,02	2,42 (1,90-3,09)	5,0
	Поведенческая	10	0,35 (0,25-0,47)		4,55 (2,00-10,31)	2,0
	Релаксация	5	0,41 (0,23-0,62)		2,33 (0,75-7,25)	5,4
СТР	КПТ	46	0,35 (0,30-0,41)	0,12	3,06 (2,58-3,63)	4,4
	Экспозиция	11	0,28 (0,20-0,37)		2,82 (1,62-4,93)	5,0
	Третья волна	6	0,29 (0,12-0,55)		2,95 (0,96-9,05)	4,7
ГТР	К(П)Т	42	0,34 (0,28-0,41)	0,31	2,26 (1,71-2,97)	5,7
	Третья волна	8	0,39 (0,20-0,61)		2,48 (1,35-4,56)	4,8
ФОБ	Экспозиция	20	0,35 (0,25-0,46)	0,003	3,41 (1,99-5,84)	4,6
	КПТ	7	0,39 (0,15-0,71)		4,61 (2,14-9,93)	3,1
ОКР	КПТ	13	0,38 (0,31-0,45)	0,65	8,68 (5,36-14,07)	2,6
	ERP	7	0,43 (0,23-0,66)		7,82 (2,38-25,64)	2,9

Расстр.	Терапия	n	Отклик (95% ДИ)	p	RR (95% ДИ)	NNT
ПРЛ	ДБТ	7	0,24 (0,08-0,55)	0,59	1,56 (0,98-2,46)	11,9
ПТСР	ТФ-КПТ	22	0,35 (0,28-0,44)	<0,001	2,57 (2,12-3,12)	6,4
	ТФ-экспозиция	21	0,36 (0,29-0,44)		3,90 (2,91-5,22)	3,4
	EMDR	9	0,34 (0,19-0,53)		4,19 (1,90-9,21)	3,1
	Не-травма-фок. КПТ	11	0,35 (0,20-0,54)		2,58 (1,47-4,51)	6,3
	ТФ-когнитивная	8	0,52 (0,33-0,70)		5,32 (3,11-9,08)	2,3

Сравнения с таблеткой-плацебо не включены, так как частоты отклика в этой группе значительно отличались. КПТ — когнитивно-поведенческая терапия, ИПТ — межличностная психотерапия, ДБТ — диалектическая поведенческая терапия, ТФ — травма-фокусированная, ERP — экспозиция с предотвращением реакций, EMDR — десенсибилизация и переработка движениями глаз.

Обсуждение

Мы провели крупный метаанализ для оценки абсолютных и относительных исходов психотерапии при восьми основных психических расстройствах. Частоты отклика в группах лечения варьировали от 0,24 при ПРЛ до 0,42 при БДР; для остальных шести расстройств — от 0,32 до 0,39. Большинство анализов чувствительности в целом подтверждали эти результаты, хотя число исследований с низким RoV было невелико, а в нескольких выборках были обнаружены значимые признаки публикационного смещения. Объединённые частоты отклика в трёх типах контроля варьировали от 0,05 при ОКР до 0,19 при БДР. Относительные исходы (RR) были значимыми для всех расстройств, кроме ПРЛ.

Эти результаты показывают, что хотя большинство видов психотерапии обеспечивают лучшие исходы, чем контрольные условия, абсолютные показатели отклика остаются скромными. Большинство пациентов, получающих психотерапию по любому из расстройств, не достигают 50%-го снижения симптомов. Это означает, что клиницистам часто приходится перебирать несколько интервенций или переходить на фармакотерапию или комбинированное лечение, чтобы лечить пациентов более эффективно. К сожалению, исследований таких последовательных стратегий лечения проведено очень мало.

Между видами психотерапии обнаружены значимые различия в частоте отклика при БДР, паническом расстройстве, специфической фобии и ПТСР. Только один вид психотерапии (диалектическая поведенческая терапия, ДБТ) был протестирован при ПРЛ, и его частота отклика не была значимо выше, чем в группе care-as-usual, обычно представляющей собой интенсивное лечение; это позволяет предположить, что специфические виды психотерапии при ПРЛ дают ограниченный дополнительный выигрыш. Однако к этому выводу следует относиться с осторожностью, поскольку некоторые метаанализы, посвящённые исключительно ПРЛ, шире и могут давать более точную оценку эффектов психотерапии.

Следует учитывать ряд ограничений исследования. Мы ожидали и обнаружили высокую гетерогенность, хотя большинство частот отклика оказались относительно устойчивыми в серии анализов чувствительности. Число исследований с низким RoV ограничено, поэтому к результатам следует относиться с осторожностью. Кроме того, во включённых наборах метаанализов использовались разные определения «низкого RoV», поэтому мы не можем напрямую сравнивать RoV между наборами. Частоты отклика не сообщались в исследованиях напрямую, а оценивались. Хотя использованный метод хорошо валидирован, это всё же оценки, и они могли повлиять на объединённые показатели.

Мы могли включить только исследования с достаточными данными для расчёта частоты отклика, что могло привести к селекционному смещению. Мы рассматривали только частоты отклика после лечения, без учёта длительности катамнеза, что могло добавить гетерогенности. Кроме того, мы выбрали 50%-е снижение симптомов как главный исход, что является стандартом для депрессии, но может быть не лучшим выбором для других расстройств, для которых чётких стандартов не существует. Наконец, мы не изучали различия между исследованиями по характеристикам пациентов, которые могут влиять на

исходы (например, пол или статус ветерана при ПТСР).

Это первый метаанализ, оценивающий эффекты психотерапии при восьми разных психических расстройствах с диагнозом, установленным клиническим интервью. Это также первый метаанализ, сообщающий абсолютный показатель отклика наряду с относительными исходами при единообразном определении отклика (число пациентов с не менее чем 50%-м снижением симптомов от исходного к завершению лечения, делённое на общее число пациентов) для всех расстройств. Результаты исследования могут способствовать улучшению клинического принятия решений и развитию инструментов поддержки решений на основе технологий.

Мы заключаем, что большинство видов психотерапии при восьми перечисленных расстройствах эффективны по сравнению с контрольными условиями, однако частоты отклика остаются скромными и составляют от 0,24 при ПРЛ до 0,42 при БДР. Очевидна потребность в более эффективных методах лечения, а также в интервенциях для пациентов, не отвечающих на первую линию терапии.

Благодарность

Дополнительные материалы к исследованию доступны на <https://osf.io/2htsv>.

— — —

Оригинал статьи (открытый доступ): Cuijpers P. et al. *Absolute and relative outcomes of psychotherapies for eight mental disorders: a systematic review and meta-analysis.* *World Psychiatry* 2024;23(2):267–275. DOI: [10.1002/wps.21203](https://doi.org/10.1002/wps.21203)

Полный текст: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11083862/>

Перевод на русский язык подготовлен в качестве рабочего материала и не является официальной публикацией. При цитировании используйте оригинальный источник.