Systematyczny narracyjny przegląd metaanaliz badań nad skutecznością psychoterapii poznawczo-behawioralnej i zaleceń terapeutycznych opublikowanych między 2010 a 2023

Joachim Kowalski, Agata Blaut,
Małgorzata Dragan, Dominika Farley,
Daniel Pankowski, Katarzyna Sanna,
Andrzej Śliwerski, Justyna Wiśniowska

POLSKIE TOWARZYSTWO TERAPII
POZNAWCZEJ I BEHAWIORALNEJ
im. Prof. Zdzisława Bizonia

Systematyczny narracyjny przegląd metaanaliz badań nad skutecznością psychoterapii poznawczo-behawioralnej i zaleceń terapeutycznych opublikowanych między 2010 a 2023

Joachim Kowalski (koordynator projektu),
Agata Blaut, Małgorzata Dragan, Dominika Farley,
Daniel Pankowski, Katarzyna Sanna,
Andrzej Śliwerski, Justyna Wiśniowska

POLSKIE TOWARZYSTWO TERAPII
POZNAWCZEJ I BEHAWIORALNEJ
im. Prof. Zdzisława Bizonia

Warszawa 2024

Recenzenci
Prof. dr hab. Przemysław Bąbel
Prof. dr hab. Paweł Ostaszewski
Dr Magdalena Żegleń

Opieka merytoryczna PTTPB
dr Karolina Staniaszek

Projekt okładki, skład i łamanie
Mariusz Szewczyk

Opracowanie redakcyjne
Pracownia COGITO Joanna Marek-Banach

Copyright © by
POLSKIE TOWARZYSTWO TERAPII POZNAWCZEJ I BEHAWIORALNEJ
im. Prof. Zdzisława Bizonia

Warszawa 2024

Publikacja na licencji CREATIVE COMMONS
Uznanie autorstwa – Użycie niekomercyjne 4.0 Polska

Wydanie pierwsze

ISBN 978-83-915360-5-6

POLSKIE TOWARZYSTWO TERAPII POZNAWCZEJ I BEHAWIORALNEJ
Ul. Chłodna 64 lok. 306a
00-872 Warszawa

(48) 508 964 887

sekretariat@pttpb.pl

Spis treści

Wykaz skrótów często używanych w przeglądzie 9

1. Streszczenie – *executive summary* 11
1.1. Podsumowanie wyników przeglądu 11
1.2. Podsumowanie zaleceń terapeutycznych 12

2. Wprowadzenie 17
2.1. Cele przeglądu 17
2.2. Metoda przeglądu 19
2.2.1. Prerejestracja 19
2.2.2. Strategia wyszukiwania prac 19
2.2.3. Kryteria włączenia i wykluczenia z przeglądu 20
2.2.4. Wybór omawianych przeglądów, metaanaliz i zaleceń 20
2.2.5. Ekstrahowane dane 21
2.3. Pojęcia i terminy używane w przeglądzie 21
2.3.1. Wielkość efektu 22
2.3.2. *Number needed to treat* 23
2.3.3. Ryzyko względne i iloraz szans 24
2.2.4. Wskaźniki oceny ryzyka tendencyjności i heterogeniczności w metaanalizach 24
2.2.5. Zalecenia terapeutyczne 26

3. Przegląd metaanaliz i zaleceń 29
3.1. Zaburzenia depresyjne 29
3.1.1. Metoda 29
3.1.2. Skuteczność psychoterapii w depresji 30
3.1.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób z depresją . . . 33
3.1.4. Dyskusja 34
3.2. Choroba afektywna dwubiegunowa 35
3.2.1. Metoda 36
3.2.2. Skuteczność psychoterapii w chorobie afektywnej dwubiegunowej 37
3.2.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób z chorobą afektywną dwubiegunową 38
3.2.4. Dyskusja 39
3.3. Zaburzenie lękowe uogólnione 40
3.3.1. Metoda 40
3.3.2. Skuteczność psychoterapii w zaburzeniu lękowym uogólnionym . 40

3.3.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób z zaburzeniem lękowym uogólnionym . . . 43
3.3.4. Dyskusja . . . 43
3.4. Fobia społeczna . . . 44
3.4.1. Metoda . . . 44
3.4.2. Skuteczność psychoterapii w fobii społecznej . . . 45
3.4.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób z fobią społeczną . . . 47
3.4.4. Dyskusja . . . 48
3.5. Zaburzenie paniczne . . . 48
3.5.1. Metoda . . . 49
3.5.2. Skuteczność psychoterapii w zaburzeniu lękowym z napadami paniki . . . 49
3.5.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób z zaburzeniem panicznym . . . 51
3.5.4. Dyskusja . . . 51
3.6. Fobie specyficzne . . . 52
3.6.1. Metoda . . . 53
3.6.2. Skuteczność psychoterapii w fobiach specyficznych . . . 54
3.6.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób z fobiami specyficznymi . . . 56
3.6.4. Dyskusja . . . 56
3.7. Zaburzenie z lękiem o stan zdrowia . . . 57
3.7.1. Metoda . . . 57
3.7.2. Skuteczność psychoterapii w zaburzeniu z lękiem o zdrowie . . . 58
3.7.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób z zaburzeniem z lękiem o zdrowie . . . 60
3.7.4. Dyskusja . . . 60
3.8. Zaburzenie po stresie traumatycznym . . . 60
3.8.1. Metoda . . . 61
3.8.2. Skuteczność psychoterapii w zaburzeniu po stresie traumatycznym . . . 62
3.8.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób z zaburzeniem po stresie traumatycznym . . . 66
3.8.4. Dyskusja . . . 67
3.9. Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne . . . 67
3.9.1. Metoda . . . 68
3.9.2. Skuteczność psychoterapii w zaburzeniu obsesyjno-kompulsyjnym . . . 69
3.9.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym . . . 71
3.9.4. Dyskusja . . . 72
3.10. Schizofrenia i ryzyko psychozy . . . 73
3.10.1. Metoda . . . 73
3.10.2. Skuteczność psychoterapii w schizofrenii i ryzyku psychozy . . . 74

3.10.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób ze schizofrenią i w ryzyku psychoz . . . 77
3.10.4. Dyskusja . . . 78
3.11. Anoreksja . . . 79
3.11.1. Metoda . . . 79
3.11.2. Skuteczność psychoterapii w anoreksji . . . 80
3.11.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób z anoreksją . . . 82
3.11.4. Dyskusja . . . 83
3.12. Bulimia i napadowe objadanie się . . . 83
3.12.1. Metoda . . . 84
3.12.2. Skuteczność psychoterapii w bulimii i napadowym objadaniu się . . . 84
3.12.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób z bulimią i napadowym objadaniem się . . . 87
3.12.4. Dyskusja . . . 88
3.13. Zaburzenia osobowości . . . 88
3.13.1. Metoda . . . 89
3.13.2. Skuteczność psychoterapii w zaburzeniach osobowości . . . 89
3.13.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób z zaburzeniami osobowości . . . 92
3.13.4. Dyskusja . . . 92
3.14. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi . . . 93
3.14.1. Metoda . . . 94
3.14.2. Skuteczność psychoterapii w zespole nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi . . . 95
3.14.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi . . . 96
3.14.4. Dyskusja . . . 97
3.15. Bezsenność . . . 98
3.15.1. Metoda . . . 98
3.15.2. Skuteczność psychoterapii w bezsenności . . . 99
3.15.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób z bezsennością . . . 101
3.15.4. Dyskusja . . . 102
3.16. Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych . . . 102
3.16.1. Metoda . . . 104
3.16.2. Skuteczność psychoterapii w zaburzeniach spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych . . . 105
3.16.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu i innych substancji . . . 109
3.16.4. Dyskusja . . . 110
3.17. Uzależnienia behawioralne . . . 110
3.17.1. Metoda . . . 111
3.17.2. Skuteczność psychoterapii w uzależnieniach behawioralnych . . . 112

3.17.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób z uzależnieniem behawioralnym . . . 114
3.17.4. Dyskusja . . . 114

4. Podsumowanie . . . 117
4.1. Skuteczność CBT i terapii trzeciej fali . . . 117
4.2. Zalecenia terapeutyczne . . . 119
4.3. Ograniczenia przeglądu . . . 120
4.4. Wnioski . . . 121

Deklaracja dotycząca konfliktu interesów . . . 123

Piśmiennictwo . . . 125

Biogramy autorów . . . 139

Załączniki . . . 141
Załącznik 1. Tabele z opisem wybranych metaanaliz i przeglądów systematycznych . . . 143
Załącznik 2. Lista metaanaliz i przeglądów systematycznych opublikowanych w latach 2010–2023 w podziale na opisywane w przeglądzie zaburzenia . . . 185

Wykaz skrótów często używanych w przeglądzie

ACT	*acceptance and commitment therapy*, terapia akceptacji i zaangażowania
APA psychiatryczne	American Psychiatric Association, Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne
APA psychologiczne	American Psychological Association, Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne
APS	Australian Psychological Society, Australijskie Towarzystwo Psychologiczne
BT	*behaviour therapy*, terapia behawioralna
CBT	*cognitive-behavioural therapy*, terapia poznawczo-behawioralna
CI	*confidence interval*, przedział ufności
ERP	*exposure and response prevention*, ekspozycja z powstrzymaniem reakcji
ESTSS	European Society for Traumatic Stress Studies
IPT	*interpersonal psychotherapy,* terapia interpersonalna
MBCT	*mindfulness-based cognitive therapy*, terapia poznawcza oparta na *mindfulness*
MBSR	*mindfulness-based stress reduction*, redukcja stresu oparta na *mindfulness*
MCT	*metacognitive therapy* lub *metacognitive training*, terapia metapoznawcza lub trening metapoznawczy
NICE	National Institute for Health and Care Excellence (Wielka Brytania)
NNT	*number needed to treat*
OCD	*obsessive-compulsive disorder,* zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne
OR	*odds ratio*, iloraz szans
PDT	*psychodynamic therapy*, terapia psychodynamiczna
PE	psychoedukacja

PTSD	*post-traumatic stress disorder*, zaburzenie stresowe pourazowe
RCT	*randomized controlled trial*, badanie kliniczne z losowym przydziałem do grupy kontrolnej i eksperymentalnej
RR	*relative risk*, ryzyko względne
SSRI	*selective seretonin reuptake inhibitors*, selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny
TAU	*treatment as usual*, leczenie jak zazwyczaj
TF-CBT	*trauma-focused CBT*, terapia poznawczo-behawioralna skoncentrowana na traumie

1. Streszczenie – *executive summary*

- Celem tego przeglądu było omówienie najnowszych wyników badań oraz zaleceń terapeutycznych dotyczących skuteczności psychoterapii poznawczo-behawioralnej (*cognitive--behavioural therapy*, CBT) oraz wywodzących się z niej podejść tzw. trzeciej fali terapii poznawczo-behawioralnej (*third-wave therapies*) w leczeniu zaburzeń zdrowia psychicznego.
- Opieranie się na aktualnych i wiarygodnych wynikach badań naukowych podczas prowadzenia psychoterapii jest elementem praktyki opartej na dowodach (*evidence-based practice*), psychoterapeutycznym odpowiednikiem podejścia stosowanego we współczesnej medycynie (*evidence-based medicine*).

1.1. Podsumowanie wyników przeglądu

- W przeglądzie skupiono się na powszechnie występujących problemach zdrowia psychicznego: depresja i choroba afektywna dwubiegunowa, lęk uogólniony, fobia społeczna, zaburzenia lękowe z napadami paniki, fobie proste, hipochondria, zaburzenie stresowe pourazowe, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, schizofrenia i ryzyko psychoz, anoreksja, bulimia i napadowe objadanie się, zaburzenia osobowości, ADHD, bezsenność, zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych oraz uzależnienia behawioralne.
- Omówiono badania dotyczące zarówno dorosłych, młodzieży, jak i dzieci.
- Znaleziono 626 metaanaliz i przeglądów systematycznych opublikowanych w latach 2010–2023, które dotyczą CBT i terapii trzeciej fali. Omówiono wyniki 120 najnowszych metaanaliz i przeglądów. Tego rodzaju prace naukowe analizują i podsumowują dotychczasowe badania kliniczne (od kilku do kilkudziesięciu badań na metaanalizę).
- Przy średniej liczbie ok. 40 prac dotyczących jednego zaburzenia, liczba metaanaliz i przeglądów wahała się od kilku do kilkudziesięciu w zależności od rodzaju zaburzenia.
- Wnioskując o skuteczności psychoterapii, należy brać pod uwagę:
  1. Populację, w której leczeniu był stosowany dany rodzaj psychoterapii, gdyż różnego rodzaju metody mają odmienną skuteczność w redukcji nasilenia objawów różnych zaburzeń.
  2. Rodzaj warunku kontrolnego, w porównaniu z którym jest określana skuteczność psychoterapii, gdyż zasadniczo ma to znaczenie dla raportowanych w odniesieniu do psychoterapii wskaźników skuteczności.
  3. Jakość badań, na których opiera się to wnioskowanie.
- Z dużą pewnością można stwierdzić, że CBT jest skuteczniejsza w porównaniu z nieaktywnymi warunkami kontrolnymi, takimi jak lista oczekujących, w przypadku większości analizowanych w przeglądzie zaburzeń. Zazwyczaj CBT jest również skuteczniejsza w porównaniu z aktywnymi warunkami kontrolnymi, takimi jak leczenie jak zazwyczaj albo

psychologiczne placebo. Dodatkowo w niektórych przypadkach jest skuteczniejsza od innych, szeroko stosowanych podejść psychoterapeutycznych, w tym podejść z trzeciej fali CBT.
- W przypadku podejść trzeciej fali udokumentowanie skuteczności w badaniach jest mniejsze, szczególnie ze względu na to, że są to podejścia chronologicznie młodsze. Jednak z dużą pewnością można stwierdzić, że są one skuteczniejsze od nieaktywnych warunków kontrolnych, takich jak lista oczekujących.
- Omówione w przeglądzie metaanalizy i przeglądy systematyczne podsumowywały badania kliniczne, które były oceniane w sposób zróżnicowany, jeśli chodzi o ich jakość oraz ryzyko tendencyjności.
- Wnioski z badań dotyczących skuteczności CBT i terapii trzeciej fali znajdują adekwatne odzwierciedlenie w zaleceniach terapeutycznych zagranicznych organizacji, które zostały opisane w kolejnym podrozdziale.

1.2. Podsumowanie zaleceń terapeutycznych

- W podrozdziale przedstawiono w syntetycznej formie zalecenia i ocenę dowodów naukowych dla różnych psychoterapii wydane przez wybrane zagraniczne organizacje rządowe (National Institute of Health and Care Excellence, NICE), towarzystwa zawodowe (American Psychological Association, APA; American Psychiatric Association APA oraz Australian Psychological Society, APS) i naukowe (European Society for Traumatic Stress Studies, ESTSS) opublikowane w latach 2010–2023.
- Pełny opis rekomendacji można znaleźć w rozdziałach tego przeglądu poświęconych danemu zaburzeniu.
- W opisie rekomendacji uwzględniliśmy oddziaływania psychologiczne oraz farmakoterapię (nieuwzględniona w przeglądzie APS), wyłączone zaś zostały oddziaływania rehabilitacyjne bądź środowiskowe, które na ogół są prowadzone przez innych specjalistów bądź interdyscyplinarny zespół (np. zatrudnienie wspomagane dla osób chorujących na schizofrenię), ogólne zalecenia nieodnoszące się do konkretnego nurtu terapeutycznego (np. zalecenie odzyskiwania wagi u osób z anoreksją) oraz inne oddziaływania lub zabiegi medyczne (np. detoksykacja i leczenie substytucyjne w przypadku osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, ostrzykiwanie toksyną botulinową u osób z fobią społeczną).
- Zalecenia European Society for Traumatic Stress Studies dotyczące leczenia PTSD wskazują na skoncentrowaną na traumie CBT (*trauma-focused CBT*) lub (*Eye-Movement Desensitization and Reprocessing*) jako metody leczenia z wyboru. Niezalecaną metodą oddziaływania psychoterapeutycznego w przypadku zapobiegania PTSD jest *debriefing*.
- W przypadku większości omawianych zaburzeń CBT jest rekomendowaną metodą psychoterapii we wszystkich grupach wiekowych. W większości sytuacji w przypadku dorosłych jest metodą leczenia z wyboru albo preferowaną metodą leczenia polecaną w połączeniu z farmakoterapią. W przypadku dzieci i młodzieży bywa metodą z wyboru w połączeniu z albo jako alternatywa dla terapii rodzinnej. Ewentualnie CBT bywa wymieniana jako jedno z kilku rekomendowanych podejść albo jest warunkowo zalecana.
- Psychoterapie w podejściach trzeciej fali są rzadziej rekomendowane jako metody leczenia z wyboru (wyjątkiem są zaburzenia osobowości i zaburzenia depresyjne), ale zdarza się, że są warunkowo rekomendowane albo rekomendowane jako leczenie kolejnego wyboru.

Tabela 1. Podsumowanie zaleceń terapeutycznych zagranicznych towarzystw zawodowych i organizacji rządowych

Nazwa zaburzenia	National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	American Psychological Association (APA)	American Psychiatric Association (APA)	Australian Psychological Society (APS)
Zaburzenia depresyjne	Dzieci i młodzież od 12 r.ż.: indywidualna CBT. Dorośli (łagodne objawy): zalecenia są uporządkowane wg skuteczności i kosztów/efektywności, przy czym należy uwzględnić preferencje pacjenta; samopomoc w formie CBT/BA/PST/PE; grupowe: CBT lub BA, indywidualne CBT lub BA, grupowe ćwiczenia, oddziaływania oparte na uważności, IPT, SSRI, doradztwo, krótkoterminowa PDT. Dorośli (bardziej nasilone objawy): połączenie indywidualnej CBT oraz farmakoterapii, indywidualna CBT lub BA, farmakoterapia, indywidualna PST, doradztwo, krótkoterminowa PDT, IPT, samopomoc w formie CBT/BA/PST/PE, grupowe ćwiczenia. Chroniczna depresja: CBT lub SSRI lub SNRI lub TCA lub CBT + farmakoterapia (SSRI/TCA).	Młodzież: leczenie wstępne: CBT lub IPT. Dorośli: farmakoterapia i/albo psychoterapia (terapia behawioralna, terapia poznawcza, CBT, MBCT, IPT, PDT, terapia wspomagająca (*supportive therapy*)). W przypadku leczenia skojarzonego: CBT lub IPT + lek przeciwdepresyjny drugiej generacji.	Łagodny/umiarkowany epizod MDD: CBT lub IPT [I] w indywidualnym formacie [I]; umiarkowany/ciężki epizod – farmakoterapia + psychoterapia [I].	Dla osób dorosłych: CBT, iCBT, IPT, MBCT, PST, PDT, PE (poziom I). Dla nastolatków (12 lat i więcej): CBT, iCBT oraz IPT (poziom I).
	Dzieci 5–18 lat (łagodne objawy): iCBT, grupowa CBT, grupowa NDST, grupowa IPT. Gdy żadne z tych rozwiązań nie jest odpowiednie – rozważyć terapię rodzinną opartą na przywiązaniu lub indywidualną CBT. Dzieci 5–11 lat (umiarkowane lub ciężkie objawy): rodzinna IPT, terapia rodzinna, PDT, indywidualna CBT. Dorośli (łagodne nasilenie objawów): behawioralna terapia par.	Młodzież: terapia behawioralna, terapia poznawcza, terapia rodzinna, PST, PDT, terapia wspomagająca (*supportive therapy*). Dorośli: CBASP, krótkoterminowa PST. Podtrzymywanie remisji: CBT, MBCT lub psychoterapia interpersonalna.	Łagodny/umiarkowany epizod: PDT [II] i PST [III] w indywidualnym [I] lub grupowym [III] formacie.	Dla osób dorosłych: ACT, iACT, DBT, EFT, EMDR, interwencje rodzinne (w tym rodzinna psychoedukacja), iPST, ST, SFT, MCT. Dzieci: CBT (poziom II) i IPT (poziom III) (7–12 r.ż.).
	Dorośli: leki nie powinny być zalecane w łagodniejszych epizodach, chyba że taka jest preferencja pacjenta. Dzieci i młodzież: leki nie powinny być zalecane w łagodniejszych epizodach, a w epizodach umiarkowanych–ciężkich jedynie w połączeniu z psychoterapią.			
Choroba afektywna dwubiegunowa	Farmakoterapia i psychoterapia. Psychoterapia zalecana jest głównie w trakcie epizodów depresji (łącznie z lekami antydepresyjnymi lub sama). Zaleca się CBT, IPT oraz behawioralną terapię par. Obowiązujące są tu też zalecenia dotyczące psychoterapii zaburzenia depresyjnego.	Nie wydano zaleceń dotyczących tego zaburzenia.	Ostatnia aktualizacja zaleceń w 2005 r.	Dla dorosłych: CBT (poziom I).
				Dla dorosłych: interwencje rodzinne, MBCT i psychoedukacja (poziom II) oraz IPSRT (poziom IV). Dla dzieci i młodzieży (poziom II): CBT (7–13 lat), interwencje rodzinne (9–17 lat) oraz PE (8–12 lat).
Zaburzenie lękowe uogólnione	W pierwszym kroku zalecana jest PE i aktywne monitorowanie stanu pacjenta; w drugim kroku, w przypadku mniej nasilonych objawów, *self-help* i grupy psychoedukacyjne oparte na CBT; w trzecim kroku – CBT, stosowana relaksacja lub farmakoterapia.	Nie wydano zaleceń dotyczących tego zaburzenia.	Nie wydano zaleceń dotyczących tego zaburzenia.	Dla dorosłych: CBT (poziom I).
	W czwartym kroku – gdy objawy GAD nadal się utrzymują – należy rozważyć zastosowanie połączenia CBT i farmakoterapii, w tym więcej niż jednego leku przeciwdepresyjnego.			Dla dorosłych: online CBT, ACT, *guided online* ACT, MBCT, MBSR, MCT, a ponadto PDT, PDT online, psychoedukacja w grupie (poziom II). Dla dzieci i młodzieży (7–17 lat): CBT (poziom II).

Nazwa zaburzenia	National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	American Psychological Association (APA)	American Psychiatric Association (APA)	Australian Psychological Society (APS)
Fobia społeczna	Indywidualna CBT jako leczenie z wyboru dla dorosłych, dzieci i młodzieży. Dla dorosłych w kolejnych krokach dopuszczane są *self-help* oparte na CBT, farmakoterapia oraz kombinacja tychże. Dla dzieci i młodzieży również grupowa CBT.	Nie wydano zaleceń dotyczących tego zaburzenia.	Nie wydano zaleceń dotyczących tego zaburzenia.	CBT jako terapia z wyboru dla dorosłych i dzieci (poziom I).
	Krótkoterminowa PDT skoncentrowana na fobii społecznej.			CBT z zastosowaniem komputera (w tym VR dla dorosłych) (poziom II).
	Terapie oparte na *mindfulness* (MBSR, MBCT) i psychoterapia wspierająca; dla dorosłych wybrana farmakoterapia; dla dzieci i młodzieży farmakoterapia w ogóle.			
Zaburzenie lękowe z napadami paniki	CBT i farmakoterapia; dla osób z łagodnym-umiarkowanym nasileniem zaburzeń indywidualna *self-help* i grupy samopomocowe.	Nie wydano zaleceń dotyczących tego zaburzenia.	CBT i farmakoterapia dla dorosłych.	Dla dorosłych CBT (poziom I).
			Terapia psychodynamiczna, gdy CBT lub farmakoterapia okażą się nieskuteczne.	ACT i terapię psychodynamiczną dla dorosłych oraz CBT dla dzieci i młodzieży (poziom II); MBCT (poziom IV) dla osób dorosłych.
Fobie specyficzne	Aplikacje i inne komputerowe wersje CBT.	Nie wydano zaleceń dotyczących tego zaburzenia.	Nie wydano zaleceń dotyczących tego zaburzenia.	CBT (z komponentą ekspozycji) (poziom I).
				Ekspozycja wspomagana VR dla dorosłych i CBT dla dzieci i młodzieży (poziom II).
Zaburzenie hipochondryczne	Nie wydano zaleceń dotyczących tego zaburzenia.	Nie wydano zaleceń dotyczących tego zaburzenia.	Nie wydano zaleceń dotyczących tego zaburzenia.	Dla osób dorosłych CBT i PE (poziom I).
				Dla dorosłych online CBT, biblioterapia oparta na CBT, ACT, MBCT (poziom II) i MCT (poziom IV).
Zaburzenie po stresie traumatycznym	Dla dorosłych i dzieci TF-CBT.	TF-CBT	Ostatnia aktualizacja zaleceń w 2009 r.	TF-CBT i EMDR dla dorosłych i TF-CBT dla dzieci i młodzieży.
	EMDR tylko gdy TF-CBT okaże się nieskuteczna lub gdy taka jest preferencja pacjenta.	EMDR, NET, *Brief Eclectic Therapy* i farmakoterapia.		EMDR, NET, grupowa TV-CBT, terapia skoncentrowana na teraźniejszości (PCT), wspomagana terapia internetowa TF-CBT, SIT, farmakoterapia dla dorosłych oraz EMDR dla dzieci i młodzieży.
	Debriefing jako metoda zapobiegania.			*Debriefing* jako metoda zapobiegania u dzieci i dorosłych.
Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne	Zalecenia wydane w 2005 r. i bez aktualizacji od tamtego czasu.	Nie wydano zaleceń dotyczących tego zaburzenia.	CBT (w tym ERP) lub/i SSRI – w zależności od nasilenia objawów, zdrowia psychicznego i somatycznego, dostępności leczenia czy preferencji pacjenta.	Dla dorosłych CBT (ERP), CBT online, CBT przy użyciu komputera. Dla dzieci (3–18 r.ż.) CBT (I poziom).
				Dla dorosłych ACT, interwencje rodzinne, terapia metapoznawcza oraz MBCT. Dla dzieci rekomendowana jest CBT online (11–17 r.ż.) (II poziom).
Schizofrenia i ryzyko psychoz	Dla osób chorujących na schizofrenię: połączenie farmakoterapii i CBT bądź terapii rodzinnej. Dla dorosłych w ryzyku psychozy: CBT z dodatkiem lub bez terapii rodzinnej.	Nie wydano zaleceń dotyczących tego zaburzenia.	Dla osób chorujących na schizofrenię: farmakoterapia jako leczenie z wyboru (poziom 1A). Również protokół CBT dla osób doświadczających psychozy i PE (oba na poziomie 1B).	Dla osób chorujących na schizofrenię: CBT, psychoterapia rodzinna oraz PE jako terapia z wyboru dla dorosłych (poziom I).
	Arteterapia może zostać włączona dodatkowo w terapii osób chorujących na schizofrenię. Dla dzieci i młodzieży w ryzyku psychozy: CBT z dodatkiem lub bez terapii rodzinnej.		Dla osób chorujących na schizofrenię sugerowanymi oddziaływaniami są terapia rodzinna (poziom 2B) lub trening funkcji poznawczych, TUS (dla określonych pacjentów) oraz psychoterapia wspierająca (wszystkie na poziomie 2C).	Dla dorosłych: ACT oraz trening metapoznawczy (poziom II) oraz PDT (poziom III). Dla dzieci i młodzieży (12–18 lat) trening funkcji poznawczych i terapia rodzinna (poziom II).
	Dla osób chorujących na schizofrenię jako główne metody niezalecane są: terapia wspierająca, *adherence therapy* oraz TUS; dla osób w ryzyku psychozy stosowanie leków przeciwpsychotycznych.			

Nazwa zaburzenia	National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	American Psychological Association (APA)	American Psychiatric Association (APA)	Australian Psychological Society (APS)
Anoreksja	Dla dorosłych CBT-E: psychoterapia w modelu Maudsley lub specjalistyczne wspierające postępowanie kliniczne; jeśli nie któraś z trzech wymienionych to zogniskowana PDT. Dla dzieci i młodzieży terapia rodzinna, jeśli nie ona, to CBT-E lub terapia skoncentrowana na adolescencie dla osób z anoreksją.	Nie wydano zaleceń dotyczących tego zaburzenia.	Dla dorosłych: psychoterapia skoncentrowana na zaburzeniach jedzenia (np. CBT, ogniskowa PDT czy psychoterapia rodzinna) (poziom 1B). Dla młodzieży: psychoterapia rodzinna skoncentrowana na jedzeniu (poziom 1B).	Dla dzieci i młodzieży: terapia rodzinna (12–18 lat) (poziom I).
	Oferowanie wyłącznie farmakoterapii.			Dla dorosłych: CBT (również online), terapia rodzinna oraz terapia psychodynamiczna (poziom II) oraz DBT (poziom IV). Dla dzieci i młodzieży (12–18 lat) CBT (poziom II).
Bulimia i napadowe objadanie się	Dla dorosłych i dzieci z napadowym objadaniem się *self-help* oparty na CBT-E, potem grupowa CBT-E. Dla dzieci i młodzieży z bulimią terapia rodzinna skoncentrowana na zaburzeniach jedzenia.	Nie wydano zaleceń dotyczących tego zaburzenia.	Dla dorosłych z bulimią i osób z napadowym objadaniem się CBT dla osób z zaburzeniami jedzenia (poziom 1C).	CBT dla dorosłych doświadczających bulimii i napadowego objadania się (poziom I). Dla dzieci i młodzieży z bulimią – terapia rodzinna (poziom I).
	Dla dorosłych i dzieci z napadowym objadaniem się indywidualna CBT-E. Dla dorosłych z bulimią *self-help* CBT-E lub indywidualna CBT-E. Dla dzieci i młodzieży z bulimią indywidualna CBT-E.		Dla osób z napadowym objadaniem się (w określonych przypadkach) leczenie farmakologiczne (poziom 2C). Dla młodzieży z bulimią psychoterapia rodzinna skoncentrowana na zaburzeniach jedzenia (poziom 2C).	Dla dorosłych doświadczających bulimii i napadowego objadania się: internetowa CBT, biblioterapia oparta na CBT lub DBT. Dodatkowo dla dorosłych z napadowym objadaniem się: MBSR, IPT oraz PE (poziom II). Dla dzieci i młodzieży (14–18 lat) z bulimią: CBT lub PDT (poziom II). Dla dzieci i młodzieży (12–18 lat) z napadowym objadaniem się CBT (poziom II). Dla dorosłych na poziomie III i IV wymienione zostały ACT, IPT, PE oraz EFT.
	Oferowanie wyłącznie farmakoterapii.			
Zaburzenia osobowości	Osobowość borderline DBT dla kobiet samookaleczających się.	Nie wydano zaleceń dotyczących tych zaburzeń.	Zalecenia wydane w 2005 r. i bez aktualizacji od tamtego czasu.	Osobowość borderline: wskazana terapia DBT, PDT lub terapia schematów dla osób dorosłych (poziom I).
	Osobowość borderline: farmakoterapia. Osobowość antyspołeczna: grupowa terapia CBT dla dorosłych i młodzieży. Farmakoterapia tylko gdy współwystępują inne zaburzenia.			Osobowość borderline Dla osób dorosłych: ACT, CBT, IPT lub psychoedukacja (poziom II) i MBCT (poziom IV). Dla dzieci i młodzieży: CAT (terapia poznawczo-analityczna) (poziom III) oraz DBT i terapia psychodynamiczna (poziom IV).
	Osobowość borderline: leki przeciwpsychotyczne oraz psychoterapie krótsze niż 3 miesiące.			
Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi	Dla dzieci poniżej 5. r.ż. grupowy trening dla rodziców oraz, przy występowaniu dalszych objawów, konsultacja w specjalistycznym ośrodku. U dzieci powyżej 5. r.ż. i dla młodych dorosłych 1–2 sesje psychoedukacyjne dla rodziców. Dla dzieci i dorosłych modyfikacja środowiska.	Nie wydano zaleceń dotyczących tego zaburzenia.	Nie wydano zaleceń dotyczących tego zaburzenia.	Dla dzieci i młodzieży w wieku 6–18 lat BT lub interwencje rodzinne w wieku 3–15 lat, dla dorosłych CBT (poziom 1).
	Farmakoterapia u dzieci powyżej 5. r.ż. oraz u dorosłych, jeśli oddziaływania psychoedukacyjne i modyfikacja środowiska nie przyniosły istotnej poprawy. U młodych dorosłych można rozważyć terapię CBT ukierunkowaną na rozwój specjalistycznych umiejętności. Do rozważenia leczenie farmakologiczne oraz niefarmakologiczne z elementami CBT.			Dla dzieci w wieku 5–11 lat zabawa ukierunkowana na umiejętności psychospołeczne, dla dzieci i młodzieży od 3 do 20 lat psychoedukacja dla pacjentów i rodzin, dla dorosłych CBT online, DBT, MCT, MBCT, psychoedukacja (poziom II).
	Niewskazana jest farmakoterapia dla dzieci poniżej 5. r.ż.			

Nazwa zaburzenia	National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	American Psychological Association (APA)	American Psychiatric Association (APA)	Australian Psychological Society (APS)
Bezsenność	Dla dorosłych z przewlekłą bezsennością zaleca się CBT-I jako metodę z wyboru.	Nie wydano zaleceń dotyczących tego zaburzenia.	Nie wydano zaleceń dotyczących tego zaburzenia.	Dla osób dorosłych rekomenduje się CBT lub CBT online, dla dzieci 0–5 lat terapię behawioralną (poziom I).
	Leczenie daridorexantem w przypadku, kiedy CBT-I jest niedostępna lub nieodpowiednia.			Dla dzieci 7–19 lat online CBT, dla młodzieży 12–17 lat MBCT (poziom II).
Uzależnienia od alkoholu i substancji psychoaktywnych	W pierwszym kroku, w przypadku picia szkodliwego i uzależnienia o łagodnym przebiegu, CBT i BCT. W przypadku głębokiego uzależnienia – farmakoterapia + CBT po odstawieniu substancji. W przypadku młodzieży od 16. r.ż. te same wytyczne co w przypadku dorosłych.	Nie wydano zaleceń dotyczących tej grupy zaburzeń.	Brak aktualnych zaleceń, poza farmakoterapią w przypadku zaburzeń spowodowanych piciem alkoholu; nie uaktualniono innych zaleceń od 2007 r.	Dorośli: CBT, w tym dialog motywujący (poziom I). Młodzież (12–18): interwencje rodzinne (poziom I).
	W drugim kroku – psychoterapia + farmakoterapia. W przypadku dzieci i młodzieży < 16. r.ż.: leczenie kompleksowe, z uwzględnieniem interwencji psychospołecznych nakierowanych na pracę z rodziną. W przypadku nadużywania narkotyków – CM i BCT, a CBT w przypadku zaburzeń współwystępujących.			Dorośli: ACT, DBT i prewencja nawrotów oparta o trening uważności (poziom II) oraz IPT i PE (poziom IV). Młodzież (12–18): grupowa CBT (poziom II).
Uzależnienia behawioralne	Nie wydano zaleceń dotyczących tych zaburzeń.	Nie wydano zaleceń dotyczących tych zaburzeń.	Nie wydano zaleceń dotyczących tych zaburzeń.	Nie wydano zaleceń dotyczących tych zaburzeń.

Legenda:
- – terapie z wyboru dla danego zaburzenia
- – terapie warunkowo dopuszczone jako metoda danego leczenia, dowody naukowe są niekonkluzywne lub dana terapia może być dopuszczana w kolejnych liniach leczenia
- – terapie nie są rekomendowane w leczeniu danego zaburzenia
- – brak zaleceń, brak aktualnych zaleceń, organizacja nie wydaje zaleceń dotyczących tego zaburzenia

Skróty (alfabetycznie):
ACT – terapia akceptacji i zaangażowania
BA – aktywizacja behawioralna
BCT – behawioralna terapia par
CBASP – *cognitive behavioral analysis system of psychotherapy*
CBT – terapia poznawczo-behawioralna
CBT-E – terapia poznawczo-behawioralna dla osób z zaburzeniami jedzenia
CM – sterowanie uwarunkowaniami
DBT – dialektyczno-behawioralna terapia
EFT – terapia skoncentrowana na emocjach
EMDR – terapia *Eye-Movement Desensitization and Reprocessing*
iCBT – CBT z zastosowaniem komputera/internetu/zdalna
IPT – terapia interpersonalna
IPRST – *interpersonal and social rhythm therapy*
MBCT – psychoterapia poznawcza oparta na uważności
MBSR – trening redukcji stresu oparty na uważności
MCT – terapia metapoznawcza
NDST – *non-directive supportive therapy*
NET – narracyjna terapia ekspozycyjna
PE – psychoedukacja
PDT – terapia psychodynamiczna
PST – *problem-solving therapy*
TF–CBT – terapia poznawczo-behawioralna skoncentrowana na traumie
TUS – trening umiejętności społecznych
VR – wirtualna rzeczywistość

2. Wprowadzenie

2.1. Cele przeglądu

Zaburzenia psychiczne są zarówno źródłem cierpienia, jak i problemem społecznym oraz gospodarczo-ekonomicznym (np. Greenberg i in., 2015; Konnopka i Koenig, 2020). Przykładowo, w latach 2005–2015 rozpowszechnienie depresji na świecie zwiększyło się o niemal 18% i zaburzenie to „awansowało" na trzecią wiodącą przyczynę niepełnosprawności (Vos i in., 2016). W Polsce w latach 2018–2020 liczba dni absencji chorobowej z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania odpowiadała za 8–10,8% wszystkich absencji, przewyższając absencje związane np. z nowotworami czy chorobami układu krążenia (ZUS, 2023). Oznacza to, że leczenie zaburzeń psychicznych, również w formie psychoterapii, staje przed niespotykanymi dotąd wyzwaniami (por. Kowalski, 2021).

Dlatego niezwykle istotne jest stosowanie metod o potwierdzonej naukowo skuteczności, które pomogłyby uzyskać u pacjentów rzeczywistą poprawę w możliwie krótkim czasie; niezależnie od tego, czy chodzi o społecznego ubezpieczyciela, czy ponoszone prywatnie wydatki na leczenie psychoterapeutyczne. Stosowanie metod o udowodnionej skuteczności pozwala ograniczyć osobiste koszty pacjentów oraz koszty finansowe dla społeczeństwa. Nakłady finansowe na oparte na dowodach leczenie psychoterapeutyczne zwracają się i nie stanowią obciążenia dla budżetu państwa. Zwiększenie dostępności opartej na dowodach psychoterapii może przełożyć się na zmniejszenie nakładów finansowych na ogólną opiekę medyczną, świadczenia socjalne (np. z powodu bezrobocia czy trwałej niezdolności do pracy) oraz zwiększenie dochodów z podatków (Layard, 2006, 2013; Layard i Clark, 2015).

Praktyka oparta na dowodach (*evidence-based practice*) opiera się na trzech filarach. Jest to podejście, w którym (1) osoba o specjalistycznym wykształceniu w kierunku psychologii i psychoterapii (2) korzysta z metod o udowodnionej naukowo skuteczności przy (3) uwzględnieniu preferencji i wartości klientów. Jest to wykorzystanie modelu medycyny opartej na dowodach (*evidence-based medicine*) w leczeniu psychoterapeutycznym (por. Kowalski, 2021). Najbardziej reprezentatywnym przykładem takiego podejścia w zakresie psychoterapii jest terapia poznawczo-behawioralna (*cognitive-behavioural therapy*, CBT), ponieważ już od kilku dziesięcioleci jej skuteczność jest potwierdzana w kolejnych badaniach klinicznych, a nowe metody (w tym metody określane zbiorczo jako trzecia fala terapii poznawczo-behawioralnej) i badania skuteczności są wciąż opracowywane i publikowane.

Najlepszą metodą weryfikacji skuteczności danej terapii jest przeprowadzanie metaanalizy wyników poszczególnych badań klinicznych (Howick i in., 2011). Metaanaliza jest rodzajem badania, które obejmuje wyniki zebrane z wielu (od kilku do kilkudziesięciu) badań klinicznych jednocześnie. Autorzy metaanaliz selekcjonują badania, które zostały przeprowadzone

z zastosowaniem określonego rodzaju metod, np. uwzględniają wyłącznie randomizowane badania z grupą kontrolną (*randomized controlled trial*, RCT). Dzięki takim analizom uzyskane dane są bardziej rzetelne, zwiększa się moc statystyczna wyników i poprawia oszacowanie wielkości efektu danej terapii.

Zaprezentowany w tym raporcie przegląd metaanaliz i przeglądów systematycznych opublikowanych w latach 2010–2023 w czasopismach naukowych z zakresu psychiatrii, psychologii klinicznej i psychoterapii ma na celu dostarczenie rzetelnych informacji na temat skuteczności CBT i terapii trzeciej fali. W osiągnięciu tego celu posiłkowano się również podsumowaniem zaleceń terapeutycznych (*treatment guidelines*) wydawanych przez towarzystwa zawodowe (American Psychological Association, American Psychiatric Association, Australian Psychological Society, European Society for Traumatic Stress Studies) i organizacje rządowe (National Institute for Health and Care Excellence z Wielkiej Brytanii).

Zaburzenia psychiczne nie są zjawiskiem jednorodnym. Wyróżnia się kilkanaście głównych grup zaburzeń psychicznych oraz szereg innych, transdiagnostycznych problemów psychologicznych, które nie są klasyfikowane jako zaburzenia (np. trudności małżeńskie, perfekcjonizm czy prokrastynacja). Podejście praktyki opartej na dowodach zakłada, że osoby z różnego rodzaju problemami mogą wymagać leczenia, które jest dostosowane do ich potrzeb i objawów. Dlatego w tym raporcie postanowiono odpowiedzieć na kilka kluczowych w tym kontekście pytań:

- Czy terapia poznawczo-behawioralna (CBT) i terapie trzeciej fali są skuteczną metodą leczenia powszechnie występujących zaburzeń psychicznych?
- Jaka jest wielkość uzyskiwanych w terapii efektów (*effect size*), jaki jest iloraz szans na uzyskanie remisji osób biorących udział w psychoterapii w porównaniu z osobami z grup kontrolnych oraz ile osób z danym problemem musi poddać się danej psychoterapii, aby przynajmniej u jednej z nich była widoczna poprawa lub można było stwierdzić ustąpienie problemu (*number needed to treat*)?
- Jaką skuteczność wykazują terapia poznawczo-behawioralna lub terapie trzeciej fali w porównaniu z innymi metodami leczenia?
- W jakich przypadkach terapia poznawczo-behawioralna lub terapie trzeciej fali stanowią leczenie z wyboru (rekomendowaną, preferowaną formę leczenia), a w jakich może mieć charakter wspomagający, np. w stosunku do leczenia farmakologicznego?

Raport stanowi omówienie przeglądów literatury z lat 2010–2023, które odpowiadają na postawione wcześniej pytania. Z uwagi na to, że w praktyce klinicznej diagnoza pacjentów opiera się na Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, WHO, 2019), natomiast w badaniach naukowych częściej pojawiają się odniesienia do klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), w tej analizie odwołujemy się zarówno do pojęć z ICD-11 (WHO, 2019), jak i DSM-5 (APA, 2019).

2.2. Metoda przeglądu

Opracowanie to zawiera podsumowanie wyników opublikowanych w latach 2010–2023 przeglądów systematycznych i metaanaliz dotyczących skuteczności terapii poznawczo-behawioralnych i psychoterapii trzeciej fali w leczeniu powszechnie występujących zaburzeń zdrowia psychicznego. Dodatkowo omówiono zalecenia terapeutyczne towarzystw zawodowych oraz organizacji rządowych.

Wykorzystano metodę przeglądu systematycznego. Wyniki wybranych metaanaliz zaprezentowano w załączonych tabelach oraz omówiono w podsumowaniu. Jako załącznik do przeglądu publikujemy też listy wszystkich metaanaliz i przeglądów, które spełniły kryteria włączenia i wykluczenia z przeglądu. Uwzględnione zostały przeglądy badań porównujące psychoterapię poznawczo-behawioralną i terapie trzeciej fali z oczekiwaniem na psychoterapię (*waitlist control*), leczeniem jak zazwyczaj (*treatment as usual*), terapią placebo, zarówno psychologiczną, jak i farmakologiczną oraz innymi rodzajami psychoterapii.

2.2.1. Prerejestracja

Metoda prezentowanego tutaj narracyjnego przeglądu została prerejestrowana (Kowalski i in., 2023). Z góry określone pytania badawcze, kryteria włączenia i wykluczenia do przeglądu, sposobu przeglądania literatury oraz rozwiązywania kwestii spornych pomiędzy autorami mają na celu zwiększenie rzetelności uzyskanych wyników.

2.2.2. Strategia wyszukiwania prac

Przeszukano bazy danych: MEDline, PsycInfo, PsycArticles oraz Scopus. Szukano prac opublikowanych w latach 2010–2023 według następujących słów kluczowych:

- [ograniczone do tytułu] *meta-analysis* OR (*meta analysis*) OR (*systematic review*);
- ORAZ [ograniczone do tytułu, abstraktu i, jeśli konieczne, słów kluczowych] *psychotherapy* OR psychotherapies OR (*cognitive therapy*) OR (*cognitive psychotherapy*) OR (*behavioral therapy*) OR (*behavioural therapy*) OR (*behavioural psychotherapy*) OR (*behavioral psychotherapy*) OR (*cognitive-behavioural therapy*) OR (*cognitive behavioral therapy*) OR (*cognitive-behavioural psychotherapy*) OR (*cognitive-behavioral psychotherapy*) OR *mindfulness* OR MBSR OR MBCT OR (*schema therapy*) OR (*schema psychotherapy*) OR (*metacognitive therapy*) OR (*metacognitive psychotherapy*) OR (*metacognitive training*) OR (*acceptance and commitment therapy*) OR (*acceptance and commitment psychotherapy*) OR (*acceptance therapy*) OR (*dialectical-behaviour therapy*) OR CBT OR MCT OR ACT OR DBT OR ST OR (*third wave*) OR (*third-wave*);
- ORAZ [ograniczone do tytułu, abstraktu i, jeśli konieczne, słów kluczowych] słowa i terminy odnoszące się do konkretnych zaburzeń. Te słowa kluczowe zostały przedstawione w podrozdziałach dotyczących poszczególnych zaburzeń.

Przeszukano opublikowane w latach 2010–2023 zalecenia terapeutyczne (*treatment guidelines*) następujących organizacji: American Psychological Association (APA), American

Psychiatric Association (APA), Australian Psychological Society (APS), National Institute for Health and Care Excellence (NICE) oraz European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS). Są to największe towarzystwa zawodowe i profesjonalne organizacje, które cieszą się zaufaniem praktyków, a jednocześnie publikują tego typu zalecenia.

2.2.3. Kryteria włączenia i wykluczenia z przeglądu

Przyjęto następujące kryteria włączenia i wykluczenia dla prac w tym przeglądzie.

Kryteria włączenia:

1. Metaanaliza lub przegląd systematyczny dotyczący skuteczności psychoterapii, gdzie przynajmniej jedna z analizowanych psychoterapii to CBT albo terapie wywodzące się z CBT.
2. [w przypadku metaanalizy] Zawiera przynajmniej jeden wskaźnik efektywności terapii (np. standaryzowana różnica średnich, iloraz szans, *number needed to treat*).
3. Opublikowana między 01.01.2010 a 01.12.2023 r. w recenzowanych czasopismach naukowych, w języku angielskim.

Kryteria wyłączenia:

1. Metaanaliza lub przegląd systematyczny drugorzędowych efektów psychoterapii, jak np. przymierze terapeutyczne, efekty uboczne, zmienne związane z mechanizmami terapii (np. funkcjonowanie mózgu).
2. Metaanaliza lub przegląd systematyczny dotyczące settingu, a nie podejść terapeutycznych. Np. terapia indywidualna *versus* grupowa, terapia *in vivo versus* w wirtualnej rzeczywistości.
3. Metaanaliza lub przegląd systematyczny dotyczące konkretnej populacji, innej niż ogólne populacje osób dorosłych, adolescentów i dzieci, np. studenci, żołnierze, uchodźcy.

2.2.4. Wybór omawianych przeglądów, metaanaliz i zaleceń

Ze względu na kumulatywną naturę metaanaliz i przeglądów zdecydowano się na opisanie wyników do pięciu najnowszych metaanaliz lub przeglądów dla osób dorosłych oraz adolescentów i dzieci. Należy spodziewać się, że najnowsze przeglądy opisują zarówno badania uwzględnione w poprzednich pracach przeglądowych, jak i inne, opublikowane później. Dlatego przyjęto kryterium czasu – opisane zostały najnowsze prace dotyczące danego zaburzenia. Dodatkowo przyjęto kryterium jakości badań klinicznych. Pierwszeństwo mają metaanalizy randomizowanych badań klinicznych z grupą kontrolną, następnie metaanalizy wszystkich badań klinicznych, bez względu na randomizację, a następnie przeglądy systematyczne bez metaanalizy. Dodatkowo zdecydowano się uwzględnić wśród omawianych pięciu prac dla dorosłych oraz pięciu prac dla dzieci i adolescentów przynajmniej jedną metaanalizę omawiającą wyniki CBT. W przypadku, gdyby wśród wybranych prac znalazły się te dotyczące jedynie trzeciej fali psychoterapii – najstarsza z nich została odrzucona, a wybrana na jej miejsce została najnowsza praca analizująca badania dotyczące CBT.

2.2.5. Ekstrahowane dane

W przeglądzie wyekstrahowano następujące dane z uwzględnionych w omówieniu maksymalnie 10 metaanaliz i przeglądów:

a. autorzy i rok publikacji;
b. opis metod: typ metaanalizy/przeglądu, charakterystyka badań i interwencji wielkości prób;
c. zmienne wynikowe: *d* Cohena, *g* Hedge'a, standaryzowana różnica średnich, wraz z przedziałami ufności, iloraz szans, relatywne ryzyko wyzdrowienia, *number needed to treat*;
d. jakościowe i ilościowe wskaźniki heterogeniczności i ryzyko tendencyjności badań: testy Q, I^2, wskaźniki i opisy ryzyka tendencyjności badań.

2.3. Pojęcia i terminy używane w przeglądzie

Aby ułatwić korzystanie z tego przeglądu badań, w tym podrozdziale wyjaśniamy pojęcia i terminy używane w opracowaniu. W większości opisanych metaanaliz wzięto pod uwagę **randomizowane badania z grupą kontrolną (*randomized controlled trials*, RCT)**. Jest to metoda badawcza polegająca na przeprowadzeniu badania klinicznego, w którym uczestników badania przydziela się losowo do dwóch lub więcej grup. Metoda ta ma na celu uniknięcie efektu polegającego na tym, że skuteczność psychoterapii w badaniu może być wyjaśniona przez charakterystykę jednej z grup. Przykładem nielosowego przydziału do grup może być analiza profilu objawów pacjentów i przydzielanie ich do interwencji, której metoda jest „bardziej dopasowana" do tego profilu (np. Levi i in., 2016). W takim przypadku będziemy mówić o badaniach klinicznych bez randomizacji, czasem określanych jako *non*-RCT.

W RCT przynajmniej jedna grupa powinna być grupą eksperymentalną, czyli grupą poddawaną danej interwencji, w tym przypadku psychoterapii, oraz przynajmniej jedna – grupą kontrolną (tj. grupą odniesienia). Skonstruowanie badania w ten sposób umożliwia określenie, w jaki sposób interwencja wpłynęła na osoby badane, ale z wyłączeniem niespecyficznych efektów, np. związanych z upływem czasu. Badania tego rodzaju umożliwiają wnioskowanie przyczynowo-skutkowe o efektach interwencji.

Istnieją różne sposoby kontrolowania wyników w badaniach RCT. Do najpopularniejszych należą **leczenie jak zazwyczaj (*treatment as usual,* TAU), oczekiwanie na terapię (*waiting list*) i terapia placebo**. Leczenie jak zazwyczaj jest trudne do dokładnego zdefiniowania. Ten warunek kontrolny różni się między badaniami i może obejmować np. wyłącznie leczenie farmakologiczne, ale też połączenie leczenia farmakologicznego z psychoterapią wspierającą czy poradnictwem psychologicznym (por. Watts i in., 2015). Oczekiwanie na terapię jako warunek kontrolny polega na poinformowaniu pacjentów przydzielonych do tej grupy o potrzebie oczekiwania na leczenie. Okres tego oczekiwania wynosi tyle, ile trwa sam protokół terapeutyczny. Pacjenci z tej grupy są badani na początku i końcu oczekiwania, co stanowi punkt odniesienia dla osób, które w tym czasie przechodzą leczenie. Terapia placebo oznacza leczenie pozbawione „aktywnych" elementów, które mogłyby wpływać na samopoczucie i stan zdrowia pacjenta, a którego efekty są związane jedynie z oczekiwaniami i nastawieniem pacjenta. Stosowanie tego określenia w badaniach nad psychoterapią, w których nie da się

pominąć niespecyficznych efektów związanych z kontaktem ze specjalistą, jest krytykowane (por. Kirsch, 2005). Kolejnym rodzajem warunku kontrolnego jest zastosowanie dwóch uznanych lub podobnych metod terapeutycznych (*active control*), co pozwala na bezpośrednie porównywanie ich rezultatów. W wielu badaniach RCT jest stosowany także pomiar rezultatów w dłuższym terminie po zakończeniu terapii (*follow-up*), przeprowadzany najczęściej kilka miesięcy po zakończeniu leczenia, zazwyczaj w przedziale od 3 do 12 miesięcy, ale można napotkać pomiary *follow-up* po 2 czy 5 latach od zakończenia leczenia. Celem takiego pomiaru jest sprawdzenie, czy i jak długo efekty terapii utrzymują się po jej zakończeniu.

W metaanalizach używa się różnych wskaźników pozwalających oszacować skuteczność danej interwencji. Na ogół są to miary **wielkości efektu (*effect size*), liczba osób, które trzeba leczyć, aby u jednej wystąpił pożądany efekt (NNT, *number needed to treat*), szacunki ilorazu szans (*odds ratio*) ryzyka względnego (*relative risk*)** oraz **procent osób, u których doszło do remisji lub znaczącej poprawy na skutek uczestniczenia w terapii.** Należy jednak nadmienić, że ten ostatni wskaźnik jest mniej obiektywny, co wynika z możliwości różnego definiowania znaczącej poprawy, oraz ze względu na to, że nie zawsze jest zestawiany z informacją o tym, jaki procent remisji lub znaczących popraw nastąpił w grupach kontrolnych.

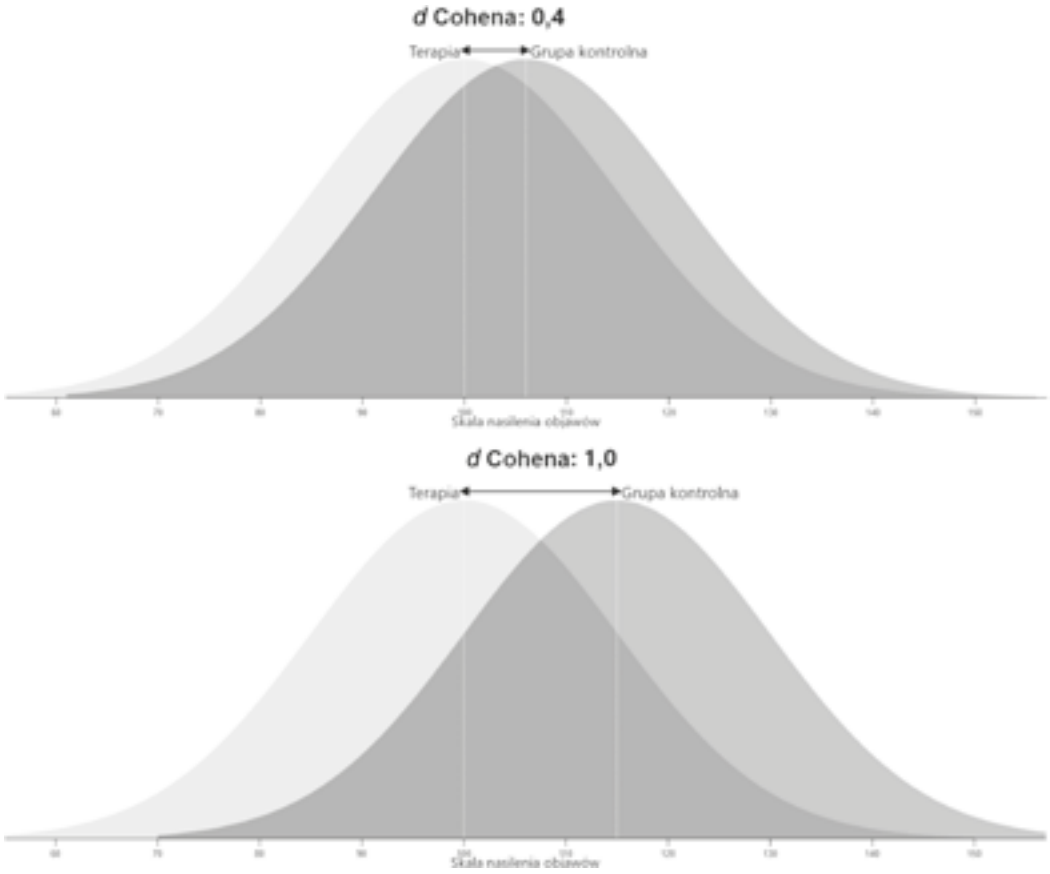
Dla uśrednionych wskaźników (wielkości efektu czy ilorazu szans) w metaanalizach przedstawia się również przedziały ufności (*confidence intervals*, CI), najczęściej dla wartości 95%. Tego rodzaju przedział oznacza, że przy uzyskiwaniu kolejnych prób danych 95% wyliczonych dla średnich tych prób przedziałów zawiera prawdziwą wartość efektu w populacji, co oznacza, że istnieje szansa, że w danym momencie wyliczony przedział jest jednym z tych 5%, które nie zawierają parametru dla populacji. Przedziały ufności standaryzowanej wielkości efektu, które przekraczają 0 albo ilorazu szans, które przekraczają 1, są interpretowane jako nieistotne statystycznie, gdyż oznacza to znaczący brak pewności co do tego, czy efekt interwencji nie jest zerowy.

2.3.1. Wielkość efektu

Miary wielkości efektu są szacunkiem standaryzowanej różnicy między średnimi wynikami dwóch grup. Najpopularniejszą miarą wielkości efektu, stosowaną w metaanalizach, jest *g* Hedge'a, (dalej w tekście jako *g*), będące nieznacznie skorygowanym *d* Cohena, które z kolei definiuje się jako standaryzowaną różnicę średnich, czyli różnicę średnich dwóch niezależnych grup, podzieloną przez łączone odchylenie standardowe (por. Lakens, 2013). Wielkości efektów w badaniach interwencji najczęściej zawierają się w przedziale od –1 do 0[1], ale również mogą wykraczać poza ten zakres. Wielkości efektów z różnych przedziałów interpretuje się jako małe (d = –0,2), średnie (d = –0,5) i duże (d = –0,8), jednak jest to podział arbitralny i nie ma uzasadnienia, żeby trzymać się tych interpretacji w sposób ścisły (Lakens, 2013).

1 Lub od 0 do 1, w zależności od tego, która z dwóch grup jest grupą odniesienia (eksperymentalna czy kontrolna). Oznacza to, że interpretując wielkości efektów, należy zwracać uwagę na przedstawiony przy nich opis, a nie tylko znak, żeby poprawnie interpretować kierunek zależności między grupami. W tym przeglądzie wielkości efektów zostały przedstawione w ten sposób, żeby ujemne wartości wskazywały na efekt faworyzujący psychoterapię w porównaniu z grupą kontrolną.

Za przykładowe wielkości efektów mogą posłużyć badania nad farmakologicznym leczeniem objawów depresji i schizofrenii. Metaanaliza 35 badań nad skutecznością leczenia depresji wskazała standaryzowaną różnicę średnich (*standardised mean difference*) *SMD* = –0,34 między lekami a placebo (Fountoulakis i in., 2013). Metaanaliza ponad 400 badań nad skutecznością leków przeciwpsychotycznych w leczeniu objawów psychotycznych u osób chorujących na schizofrenię wykazała efekty wahające się od –0,03 do –0,89 w zależności od rodzaju leku (Huhn i in., 2019). Przedstawione wykresy (rys. 1) mogą posłużyć do zobrazowania różnych wielkości efektu.



Rysunek 1. Wizualizacja dwóch wielkości efektów oddziaływania terapeutycznego, *d* Cohena = 0,4 (efekt średni) oraz 1,0 (efekt duży) przy założeniu, że wyniki obu grup mają rozkład normalny, ich rozkłady były identyczne przed rozpoczęciem terapii, a łączone odchylenie standardowe wynosi *SD* = 15. Przygotowane za pomocą programu opracowanego przez Magnussona (2021).

2.3.2. *Number needed to treat*

Kolejnym wskaźnikiem skuteczności jest szacunkowa liczba osób, która powinna zostać poddana danej terapii (NNT), w porównaniu z interwencją kontrolną, aby osiągnąć zamierzony efekt terapeutyczny, czyli uniknąć jakiegoś niekorzystnego zdarzenia (np. zawału albo śmierci) lub uzyskać zadowalającą poprawę lub remisję u jednej osoby (Hodgson i in., 2011). NNT

wylicza się jako iloraz jedności oraz różnicy stosunków efektów w grupie kontrolnej i grupie eksperymentalnej, według wzoru NNT = 1 / (stosunek efektów w grupie kontrolnej – stosunek efektów w grupie eksperymentalnej). Czyli w sytuacji, w której znaczącą poprawę obserwujemy u wszystkich osób z grupy eksperymentalnej, a u żadnej osoby z grupy kontrolnej, NNT wynosi 1. Jeśli poprawę obserwujemy u połowy osób z grupy eksperymentalnej, a u żadnej osoby z grupy kontrolnej, to NNT = 2. Jeśli poprawę obserwujemy u połowy grupy badanej oraz u 25% grupy kontrolnej, to NNT = 4. Niestety, nie ma sposobu na dokładne obliczenie NNT na podstawie wielkości efektu bez znajomości opisanych tu stosunków (por. Furukawa i Leucht, 2011).

2.3.3. Ryzyko względne i iloraz szans

Kolejne wskaźniki, które są wykorzystywane do przedstawiania wyników metaanaliz, to ryzyko względne (*relative risk*) i iloraz szans (*odds ratio*). Ich szczególnym zastosowaniem jest przedstawianie binarnych efektów terapii, np. spełnianie kryteriów diagnostycznych zaburzenia bądź nie, osiągnięcie remisji bądź nie itd. Ryzyko względne jest stosunkiem prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia w interesującej nas grupie w odniesieniu do możliwych do zaobserwowania efektów, a iloraz szans jest stosunkiem szans na wystąpienie zdarzenia do jego niewystąpienia w dwóch grupach (por. Schmidt i Kohlmann, 2008). W sytuacji, w której a oznacza osiągnięcie efektu terapeutycznego w grupie eksperymentalnej, b brak tego efektu w grupie eksperymentalnej, c wystąpienie efektu w grupie kontrolnej, a *d* brak efektu w grupie kontrolnej, to ryzyko względne wylicza się według wzoru RR = (a / [a+b]) / (c / [c+*d*]), a iloraz szans jako OR = (a/b) / (c/*d*). Przykładowo, jeśli znacząca poprawa w grupie eksperymentalnej zostaje osiągnięta u 80% pacjentów oraz u 50% pacjentów z grupy kontrolnej, to ryzyko względne wynosi RR = 1,6, co można interpretować jako 60% większe ryzyko na osiągnięcie znaczącej poprawy dla osób uczestniczących w terapii w porównaniu z grupą kontrolną, a OR = 4, co można interpretować jako cztery razy większe szanse na osiągnięcie znaczącej poprawy wśród osób uczestniczących w terapii (szansa w tej grupie wynosi 4:1) w stosunku do szans osób z grupy kontrolnej (szansa 1:1). Jeśli 80% osób w grupie eksperymentalnej osiąga znaczącą poprawę, a tylko 20% w grupie kontrolnej, to RR = 4, co oznacza cztery razy większe ryzyko na znaczącą poprawę dla u osób w grupie z terapią w porównaniu z grupą kontrolną, a OR = 16, co oznacza 16 razy większą szansę na znaczącą poprawę dla osób w grupie z terapią (szansa w tej grupie wynosi 4:1) w stosunku do szans osób w grupie kontrolnej (szansa 1:4). W badaniach psychoterapii częściej spotykanym wskaźnikiem jest iloraz szans.

2.2.4. Wskaźniki oceny ryzyka tendencyjności i heterogeniczności w metaanalizach

Siłą rzeczy badania kliniczne różnią się między sobą, chociażby ze względu na przyjęte przez badaczy założenia i wynikające z nich metody, sprawdzanie skuteczności różnych rodzajów interwencji czy po prostu fakt, że biorą w nich udział ograniczone liczbowo grupy osób, które

mają być reprezentatywne dla danej populacji. W związku z tym osoby zajmujące się badaniami klinicznymi i ich metaanalizami przygotowały narzędzia analityczne, które umożliwiają ocenę tego zróżnicowania. Opis tej inherentnej zmienności czy też heterogeniczność badań jest niezbędnym elementem badań przeglądowych, gdyż wpływa ona na interpretację otrzymanych wyników. W interesie badaczy i klinicystów leży oszacowanie, w jakim stopniu wyniki danej metaanalizy reprezentują spójny i wspólny efekt.

Tendencyjność (*bias*) w badaniach klinicznych i ich metaanalizach oznacza występowanie pewnego rodzaju systematycznego błędu, który może wpływać na finalne estymacje efektów uzyskiwanych w tych badaniach. Należy odróżnić tendencyjność od braku precyzji. Brak precyzji oznacza, że w kolejnych badaniach będą pojawiać się różnice w estymowanych wielkościach efektu i że te różnice mogą być atrybuowane do zmienności wynikającej z próbkowania. Przykładem braku precyzji może być błąd pomiaru w psychologicznych badaniach kwestionariuszowych. W kolejnych zaś, obarczonych tendencyjnością badaniach estymowane wielkości efektu będą odbiegały w podobny, systematyczny sposób od rzeczywistego efektu w populacji. Ze względu na to, że na ogół nie jest możliwe oszacowanie, czy i jak bardzo tendencyjność wpłynęła na otrzymany efekt, należy raczej mówić o ryzyku tendencyjności (*risk of bias*, Boutron i in., 2023).

W przeglądach systematycznych i metaanalizach mamy do czynienia z ryzykiem tendencyjności na wielu poziomach (Boutron i in., 2023). Przykładowo, pierwszy z nich dotyczy tego, jak zostały zaprojektowane i przeprowadzone indywidualne badania, które składają się na badanie przeglądowe. Drugi dotyczy potencjalnej tendencyjności wynikającej z konfliktu interesów, efektu przynależności badacza (*allegiance bias;* Munder i in., 2013) albo źródła finansowania badań uwzględnianych w przeglądzie. Kolejny dotyczy tego, które z badań nie zostały udostępnione szerszej publiczności (*publication bias* lub efekt szuflady). Kolejny dotyczy tego, jak został skonstruowany sam przegląd systematyczny bądź metaanaliza (Boutron i in., 2023).

Ze względu na powyższe niezbędnym elementem przeprowadzenia systematycznego przeglądu bądź metaanalizy jest zaprezentowanie analizy i oceny ryzyka tendencyjności badań uwzględnionych w takiej pracy (Boutron i in., 2023). Zazwyczaj ta ocena dotyczy kilku wybranych aspektów metodologicznych RCT. Na przykład tendencyjności wynikającej z nieadekwatnego przeprowadzenia losowego przydziału do grup (albo nieadekwatnego opisu takiej procedury), tendencyjności wynikającej z braku zaślepienia osób prowadzących lub otrzymujących leczenie, tendencyjności wynikającej z wybiórczego prezentowania danych dotyczących uczestników badania albo narzędzi pomiarowych (Higgins i in., 2023; Sterne i in., 2023).

Tego rodzaju ocena ma na celu oszacowanie, w jaki sposób i jak bardzo efekt uzyskany w badaniu przeglądowym może być obarczony ryzykiem tendencyjności, a co za tym idzie – może nie odpowiadać rzeczywistemu efektowi interwencji. Jak wspomniano, skwantyfikowanie efektu ryzyka tendencyjności poszczególnych badań jest na ogół bardzo trudne, dlatego rozważa się te efekty jako czynniki negatywnie wpływające na pewność/rzetelność uzyskanych wskaźników albo wprowadza dodatkowe analizy, np. uwzględniające tylko badania o niskim ryzyku tendencyjności. W przypadku tendencyjności związanej z *publication bias* stosuje się metody analizy statystycznej, takie jak analiza wykresu lejkowego (Egger i in., 1997, ale też Lau i in., 2006), wynikający z niej test Eggera (Egger i in., 1997) czy też sprawdzenie *fail-safe N* (Rosenthal, 1979).

Analiza statystycznej heterogeniczności badań dotyczy estymowania tego, na ile różnice pomiędzy efektami otrzymywanymi w poszczególnych badaniach wynikają z innych czynników

niż tych związanych z losowym błędem (Deeks i in., 2023). Zazwyczaj w tego rodzaju analizach przedstawia się test Q Cochrana albo wynikający z testu Q i liczby badań (stopni swobody) test I^2 (Higgins i in., 2003). Wynik testu I^2 to szacunkowa część zmienności uzyskanych wyników, która jest spowodowana heterogenicznością, a nie losowym błędem, i jest wyrażona w procentach (Deeks i in., 2023). Test I^2 powinien być interpretowany razem z np. przedziałem ufności albo wartością istotności dla testu Q, ze względu na to, że jest on wrażliwy na małą liczbę badań – im mniejsza ich liczba, tym przedział ufności będzie szerszy, czasem poza granicę użyteczności, a nawet interpretowalności. Przykładowo, I^2 = 20% może być interpretowane jako niska heterogeniczność w grupie analizowanych badań, ale CI95% dla I^2 od 0% do 90% oznacza, że faktyczna wartość heterogeniczności może z dużym prawdopodobieństwem zawierać się w przedziale od bardzo niskiej do bardzo wysokiej heterogeniczności, gdzie każdy z tych potencjalnych wyników będzie wpływać z kolei na interpretację metaanalizy.

Można przyjąć, że heterogeniczność w badaniach psychoterapii (i oddziaływań zdrowotnych ogólnie) jest nie do uniknięcia (np. Higgins i Thompson, 2002). Wynika to z czynników na poziomie projektowania poszczególnych badań – różniące się charakterystykami próby z populacji, różnice międzykulturowe, różnice w zakresie metod badawczych, ale również czynników na poziomie projektowania metaanalizy – np. szerokiego pytania badawczego czy włączania do metaanalizy zróżnicowanych pomiarów efektywności (*treatment outcomes*). Na przykład metaanaliza opisująca małą liczbę badań skuteczności wielu różnych psychoterapii (grupowych i indywidualnych w podejściach CBT, PDT i opartych na *mindfulness*) i oddziaływań farmakologicznych (np. różnych SSRI) w heterogenicznych grupach pacjentów, np. różnymi zaburzeniami odżywiania i do tego mierzonych różnymi wskaźnikami (np. w różnych badaniach ocena objawów przez klinicystów lub pacjentów) da odpowiedź „z lotu ptaka" dotyczącą ważnego zagadnienia, ale jednocześnie efekty badań, które posłużyły do odpowiedzi na to pytanie, będą się różnić między sobą z innych powodów niż losowy błąd wynikający np. z braku precyzji pomiaru.

W związku z zaobserwowaniem wysokiej heterogeniczności badacze powinni podjąć decyzję co do przyjęcia różnych strategii analitycznych, np. zrezygnować z przeprowadzenia metaanalizy, zidentyfikować i wykluczyć badania będące źródłem heterogeniczności (*outliers*) czy też przeprowadzić metaanalizę opartą na modelu z efektem losowym. Więcej informacji na ten temat można znaleźć w odpowiednim rozdziale podręcznika grupy Cochrane (Deeks i in., 2023).

W tym przeglądzie, zgodnie z prerejestrowaną procedurą, ekstrahowano wskaźniki dotyczące heterogeniczności i tendencyjności dotyczące poszczególnych metaanaliz. Celem było zwrócenie uwagi na potencjalne obarczenie opisywanych wyników ryzykiem tendencyjności oraz stopień pewności, z jakim mogą być interpretowane uzyskiwane wyniki dotyczące skuteczności psychoterapii.

2.2.5. Zalecenia terapeutyczne

Każde z przywołanych dalej towarzystw zawodowych czy organizacji przygotowuje swoje zalecenia w odmienny sposób. Jednakże w każdym przypadku interesariuszami są te same osoby. Przede wszystkim są to pacjenci/klienci, czyli osoby, które będą korzystać z danych oddziaływań terapeutycznych. Kolejną grupą są specjaliści, którzy mogą być mniej lub bardziej formalnie zobowiązywani do przestrzegania zaleceń w swojej praktyce klinicznej. Trzecią grupą jest ogół społeczeństwa, reprezentowany przez samorządy i rządy, które mogą podejmować

decyzje dotyczące finansowania oddziaływań terapeutycznych na podstawie stworzonych przez specjalistów zaleceń.

Dalej skrótowo podano informacje dotyczące tworzenia i interpretacji zaleceń terapeutycznych podsumowanych w tym narracyjnym przeglądzie. Zalecenia te są tworzone i wydawane przez cztery organizacje – Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne, Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, National Institute for Health and Care Excellence z Wielkiej Brytanii oraz Australijskie Towarzystwo Psychologiczne.

Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne zainicjowało proces tworzenia zaleceń terapeutycznych w 2010 r. (APA, nd). W momencie powstawania tego przeglądu zostały opublikowane zalecenia dotyczące leczenia trzech problemów – PTSD, depresji w różnych grupach wiekowych, a także otyłości i nadwagi u dzieci oraz adolescentów. APA psychologiczne w swoich rekomendacjach określa na podstawie dostępnych dowodów naukowych, czy dane podejście terapeutyczne jest: (1) rekomendowane, (2) warunkowo rekomendowane, (3) nierekomendowane. Dodatkowo może zostać wskazany brak odpowiednich dowodów przemawiających za rekomendowaniem jakiejś interwencji. W tym przeglądzie przyjęto w opisie zaleceń APA psychologicznego kategorie nadane przez autorów zaleceń oraz pominięto w opisie metody, które zostały sklasyfikowane jako nieposiadające odpowiednich dowodów do wydania rekomendacji.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne skodyfikowało proces tworzenia zaleceń terapeutycznych (APA, 2020a). APA psychiatryczne posiada w swoich strukturach komitet zajmujący się koordynowaniem procesów tworzenia rekomendacji terapeutycznych. Za tworzenie konkretnych rekomendacji są odpowiedzialne grupy wolontariuszy – członków APA z doświadczeniem klinicznym i naukowym – które przygotowują tekst rekomendacji we współpracy z Komitetem oraz Doradcami wyspecjalizowanymi w tworzeniu przeglądów systematycznych. Tekst jest recenzowany zarówno przez władze towarzystwa, jak i ekspertów, którzy nie brali udziału w przygotowaniach danych zaleceń.

APA psychiatryczne w nowszych publikacjach zaleceń wyróżnia dwa poziomy rekomendacji (np. Keepers i in., 2020). Poziom 1 to rekomendacja, czyli wskazanie na to, że korzyści z danej interwencji zdecydowanie przeważają nad niekorzyściami. Poziom 2 to sugestia, czyli wskazanie na to, że balans korzyści i niekorzyści wynikających z danej interwencji jest trudniejszy do oceny lub korzyści i niekorzyści są trudniejsze do określenia. W przypadku sugestii wartości i preferencje klienta/pacjenta mogą być bardziej zróżnicowane i mogą mieć wpływ na to, jaka metoda leczenia zostanie finalnie wybrana. Każde zalecenie jest też opatrzone literą oznaczającą poziom pewności co do dowodów naukowych – A to poziom wysoki, B – poziom umiarkowany, C – poziom niski. Takie oznaczenie jest odzwierciedleniem m.in. spójności wyników uzyskiwanych w badaniach, precyzji oszacowania efektu terapeutycznego czy też ryzyka tendencyjności w badaniach składających się na szacowany efekt terapeutyczny. We wcześniejszych zaleceniach – np. dla zaburzeń depresyjnych – kodowanie wyglądało inaczej i ograniczało się do określenia, czy dana metoda jest [I] rekomendowana ze znaczną pewnością, [II] umiarkowaną pewnością albo [III] może być rekomendowana na bazie indywidualnej sytuacji pacjenta.

Brytyjskie NICE (2014a) również skodyfikowało proces tworzenia rekomendacji terapeutycznych, w których są uwzględniane zarówno skrupulatnie oceniane dowody naukowe, jak i ekonomiczna ocena proponowanych strategii prowadzenia leczenia danego zaburzenia. NICE poddaje przygotowywane rekomendacje konsultacjom z interesariuszami, a także ma możliwość poddania rekomendacji zewnętrznej recenzji merytorycznej (*peer review*).

Zalecenia NICE przyjmują formę kolejnych rekomendowanych linii leczenia. W przypadku odmowy skorzystania z rekomendowanej linii leczenia lub istotnych przeciwwskazań co do korzystania z danej interwencji może zostać zaoferowana kolejna forma pomocy. Przykładowo, rekomendowana jako pierwsza linia leczenia może być terapia A, jeśli klient/pacjent odmawia skorzystania z terapii A, to zaoferowana może zostać terapia B, jeśli ta metoda nie przynosi oczekiwanych rezultatów, to może zostać zaoferowana terapia C itd. W konkretnych przypadkach NICE wydaje również zalecenia dotyczące niestosowania określonej interwencji w danej populacji. W swoich zaleceniach NICE sygnalizuje stopień pewności uzyskany na podstawie dowodów naukowych. Na przykład leczenie o udokumentowanej skuteczności będzie poprzedzone słowem „zaoferuj" czy też „rekomendowane jest", a metody o mniejszej bazie dowodów naukowych lub mniejszej pewności co do tych dowodów słowami „rozważ zastosowanie" czy „rozważ zaoferowanie" (por. NICE, nd). W obecnym narracyjnym przeglądzie przyjęto, że rekomendacje poprzedzone „zaoferuj" są klasyfikowane jako rekomendowane interwencje, leczenie z wyboru, a rekomendacje poprzedzone „rozważ ..." są rekomendacjami warunkowymi. Jednocześnie, jeśli w rekomendacjach NICE została przedstawiona „schodowa" kolejność rekomendowanych interwencji, również została ona przedstawiona w tym przeglądzie.

Australijskie Towarzystwo Psychologiczne nie wydało zaleceń *per se*. Ta organizacja zaprezentowała w 2018 r. kolejne wydanie przeglądu literatury naukowej dotyczącej skuteczności psychoterapii, w której dostępne dowody przemawiające za konkretnymi podejściami psychoterapeutycznymi zostały podzielone na cztery poziomy według zaleceń australijskiej National Health and Medical Research Council (APS, 2018). Celem nie było stworzenie zaleceń, ale ułatwienie klinicystom podejmowania decyzji dotyczących wyboru psychoterapii o udowodnionej skuteczności na podstawie siły dowodów naukowych. Poziom I – najwyższy – oznacza, że dla danego podejścia przeprowadzono metaanalizę albo ilościowy przegląd systematyczny dobrze zaprojektowanych badań. Poziom II oznacza, że zostały przeprowadzone randomizowane badania kliniczne z zastosowaniem danego podejścia. Poziom III oznacza, że przeprowadzone zostały badania kliniczne o mniej rygorystycznej metodzie niż randomizowane badanie z grupą kontrolną. Poziom IV oznacza, że opisano serię przypadków klinicznych, w których badano daną metodę. W obecnym przeglądzie zdecydowano, żeby interwencje zaklasyfikowane jako poziom I uznawać za metody rekomendowane w leczeniu osób z danym zaburzeniem, a interwencje z poziomów II–IV uznawać za warunkowo dopuszczane do wykorzystania w leczeniu osób z danym zaburzeniem. W momencie przygotowywania tego przeglądu jedynym wyjątkiem, jeśli chodzi o ocenę dowodów naukowych APS, jest zaburzenie po stresie traumatycznym – w 2020 r. zostały opublikowane zalecenia terapeutyczne i algorytm postępowania dla osób prowadzących leczenie osób zmagających się z PTSD (Phelps i in., 2022) przygotowane przez Australian Centre for Posttraumatic Mental Health i zaakceptowane przez australijską National Health and Medical Research Council. Te zalecenia zostały przedstawione w oficjalnych materiałach APS (nd), więc zostały również zawarte w tym przeglądzie.

Podsumowanie zaleceń wydanych przez różne organizacje ma na celu przybliżenie polskiemu czytelnikowi rekomendowanych na świecie metod psychoterapii, których skuteczność została ugruntowana w wysokiej jakości badaniach naukowych. Należy również uznać, że podejścia terapeutyczne systematycznie znajdujące swoje miejsce w zaleceniach danych problemów zdrowia psychicznego zasługują na szczególną uwagę pacjentów, klinicystów oraz osób podejmujących decyzje dotyczące finansowania w publicznym systemie lecznictwa.

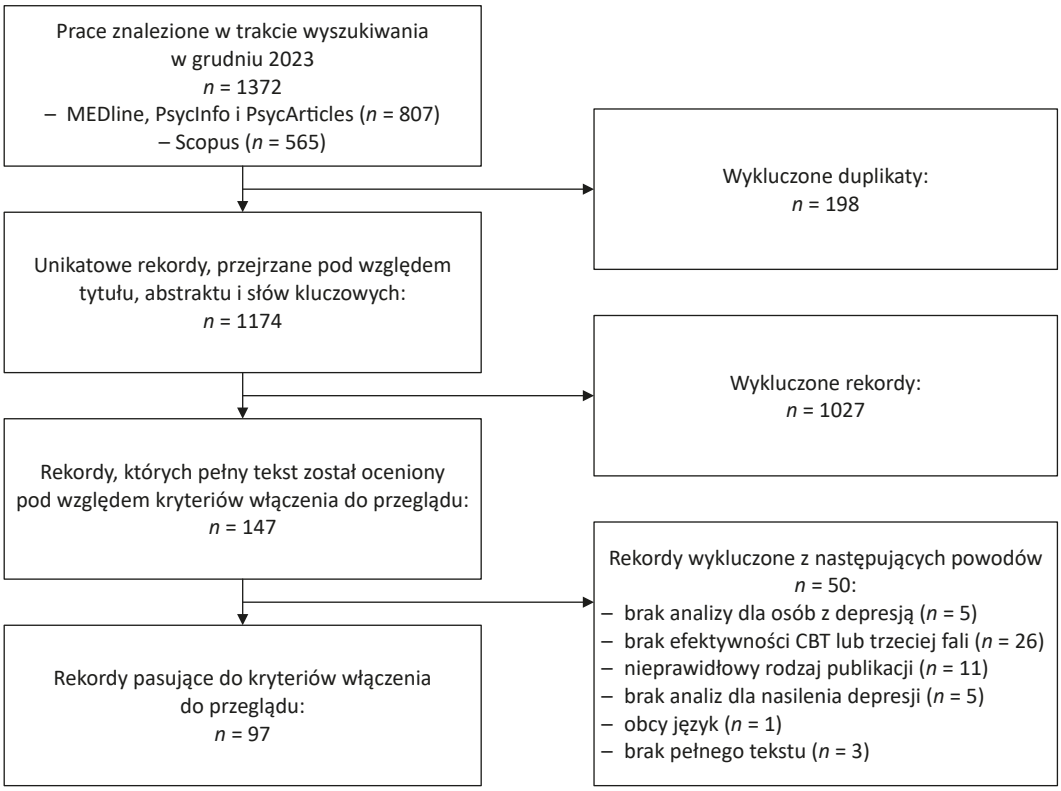
3. Przegląd metaanaliz i zaleceń

3.1. Zaburzenia depresyjne

Zaburzenie depresyjne (ICD-10: F32; ICD-11: 6A70; DSM-5: 296.21-296.30) charakteryzuje się występowaniem przez co najmniej dwa tygodnie takich objawów jak: obniżony nastrój, utrata zainteresowań i zdolności odczuwania radości lub zmniejszenie energii. Dodatkowo pacjenci mogą doświadczać problemów z koncentracją, spadku zaufania do siebie, nieracjonalnego poczucia winy czy wyrzutów sumienia, zaburzeń snu, apetytu czy libido, myśli lub zachowań samobójczych i zmian w zakresie aktywności psychoruchowej. Szacuje się, że 3,8% populacji doświadcza zaburzeń depresyjnych (WHO, 2023). Wśród dzieci, w zależności od wieku, depresja występuje u od 2 do 8% tej populacji w danym momencie (Ghadour i in., 2019; Shorey i in., 2021). Kobiety i dziewczynki częściej cierpią na zaburzenie depresyjne (Juul i in., 2021; WHO, 2023).

3.1.1. Metoda

Do przeszukiwania baz danych wykorzystano frazy ogólne opisane w metodzie całego przeglądu oraz słowa kluczowe: *depression* OR (*depressive episode*) OR (*depression disorder*) OR (*major depressive disorder*) OR MDD. Przeszukano cztery bazy artykułów MEDline, PsycInfo i PsycArticles oraz Scopus. Łącznie wyszukano 1372 prace, z czego wykluczono 198 duplikatów. Pierwszy screening na podstawie tytułów, abstraktów oraz słów kluczowych został przeprowadzony na 1174 artykułach i pozwolił na wykluczenie 1027 rekordów. Po przeprowadzeniu drugiego screeningu na podstawie pełnych tekstów artykułów wykluczono kolejnych 50 artykułów, co ostatecznie pozwoliło na włączenie 97 metaanaliz oraz systematycznych przeglądów do tego opracowania. Zgodność ocen dwojga autorów oceniających artykuły (KS, DP) wyniosła 75%. Szczegółowy opis procesu wyboru artykułów oraz lista powodów wykluczeń została zamieszczona na **rysunku 2.** Tabela z opisem wybranych metaanaliz i przeglądów systematycznych znajduje się w **załączniku 1.1** (s. 143). Lista 97 znalezionych prac przeglądowych i metaanaliz na temat psychoterapii depresji została przedstawiona w **załączniku 2.1** (s. 185).



Rysunek 2. Badania dotyczące skuteczności psychoterapii depresji

3.1.2. Skuteczność psychoterapii w depresji

W podrozdziale opisano pięć prac omawiających skuteczność CBT oraz trzeciej fali w leczeniu osób dorosłych oraz pięć prac dotyczących terapii dzieci i młodzieży. Wszystkie prace to systematyczne przeglądy z metaanalizami badań z grupą kontrolną.

3.1.2.1. Psychoterapia dorosłych. Pierwszym przeglądem włączonym do raportu jest praca przygotowana przez Mamukashvili-Delau i in. (2023). Autorzy przygotowali systematyczny przegląd z metaanalizą RCT dotyczących długoterminowej skuteczności programów samopomocy iCBT. W pracy opisano łącznie 15 badań, jednak do oceny głównego wyniku opisującego skuteczność iCBT w porównaniu ze zróżnicowanymi warunkami kontrolnymi (lista oczekujących lub standardowe leczenie) wykorzystano dziewięć badań. Autorzy wykazali, że iCBT przynosi średniej wielkości korzystne efekty. Jednakże otrzymany wynik cechował się znaczną heterogenicznością. Autorzy ocenili ryzyko stronniczości badań jako umiarkowane.

Kolejną pracą włączoną do raportu był systematyczny przegląd z metaanalizą RCT porównujących skuteczność iCBT w porównaniu ze stacjonarnie prowadzoną CBT (Hedman-Lagerlöf i in., 2023). Praca tego rodzaju jest poza ogólnym celem tego przeglądu, jednak zdecydowano się na włączenie jej ze względu na coraz większą rolę psychoterapii prowadzonych zdalnie. Autorzy porównali ze sobą badania zrealizowane z udziałem osób z różnymi zaburzeniami, w tym z depresją (k = 5). Analizy wykazały brak istotnego statystycznie efektu, co wskazuje, że skuteczność tych dwóch metod jest porównywalna. Interpretując ten wynik, należy zwrócić

uwagę na znaczną heterogeniczność danych. Badacze wskazują, że ponad połowa badań miała niskie ryzyko tendencyjności, analiza zaś wykresu lejkowego sugeruje, że *publication bias* nie wpłynął w sposób znaczny na uzyskane przez autorów wyniki.

Jonsson i in. (2023) przygotowali systematyczny przegląd z metaanalizą RCT dotyczących skuteczności iCBT. W pracy porównywali skuteczność TAU + iCBT ze standardowym leczeniem, wykorzystując różne wskaźniki. W pierwszej kolejności porównali skuteczność w zakresie zmniejszania nasilenia objawów depresyjnych – dodanie iCBT skutkowało poprawą w porównaniu ze standardowym leczeniem, ale wielkość efektu była mała. W dalszej kolejności oceniono *relapse rate*, rozumiany jako minimum 50% poprawę – analizy wykazały, że dodanie iCBT do standardowego leczenia jest korzystnym rozwiązaniem. Ostatnim uwzględnionym wskaźnikiem było *remission rate*, który ponownie wskazał na zasadność włączenia iCBT do standardowego leczenia. Badacze zwrócili jednak uwagę na wysokie ryzyko tendencyjności większości analizowanych badań. Dodatkowo w przypadku *response rate* oraz uśrednionej wystandaryzowanej różnicy w zakresie objawów zaobserwowano umiarkowaną heterogeniczność wyników.

Kolejną pracą opisaną w raporcie jest systematyczny przegląd z metaanalizą badań dotyczących skuteczności CBT w leczeniu depresji (Cuijpers i in., 2023). W pracy tej uwzględniono 409 badań oraz testowano bardzo szeroki zakres warunków kontrolnych (aktywne warunki kontrolne w postaci innych terapii oraz farmakoterapii). Uwzględniając wszystkie badania, autorzy zauważyli istotny statystycznie, ale bardzo mały efekt na korzyść CBT – jednakże dalsze analizy z wyłączeniem badań z wysokim ryzykiem tendencyjności oraz *outlierów* wykazały brak istotnych statystycznie różnic. Również w przypadku pomiarów *follow-up* nie zaobserwowano różnic pomiędzy CBT i innymi psychoterapiami. Nie zaobserwowano różnic pomiędzy CBT i farmakoterapiami – co istotne, w przypadku *follow-up* wynoszącego 6–12 miesięcy CBT okazała się skuteczniejsza, ale z małą wielkością efektu i efekt ten zanikał w przypadku uwzględnienia jedynie badań z niskim ryzykiem tendencyjności i biorąc pod uwagę *publication bias*. Porównano także leczenie skojarzone (farmakoterapia + CBT) z samą farmakoterapią. Analizy wykazały, że dołączenie CBT skutkuje większą skutecznością leczenia, wielkość efektu zaś jest umiarkowana; efekt ten utrzymywał się w okresie *follow-up* trwającym 6–12 miesięcy, ale wielkość efektu była wtedy mała. Dodatkowo leczenie skojarzone nie było skuteczniejsze niż sama CBT po zakończeniu leczenia, ale w okresie *follow-up* trwającym 6–12 miesięcy skojarzone leczenie okazało się skuteczniejsze. W zależności od opisywanego porównania stwierdzono, że badania nie były heterogeniczne (np. CBT vs inne psychoterapie, *follow-up* 6–9 miesięcy) albo wykazano pewien poziom heterogeniczności, do umiarkowanego włącznie (np. TAU + CBT vs TAU). Jedynie jedna trzecia badań charakteryzowała się niskim ryzykiem tendencyjności.

Ostatnią pracą włączoną do przeglądu jest sieciowa metaanaliza badań oceniających skuteczność terapii trzeciej fali CBT w leczeniu depresji (Schefft i in., 2023). Autorzy włączyli do przeglądu łącznie 55 prac, w których były zróżnicowane warunki kontrolne – w tym CBT, standardowe leczenie, lista oczekujących czy farmakoterapia. Analizie poddano różne nurty terapeutyczne oddzielnie: ACT (k = 8), BAT (*behavioral activation therapy*; k = 17), CBASP (*cognitive behavioral analysis system of psychotherapy*; k = 6), MBCT (k = 12), MCT (k = 5), DBT (k = 3); PP (*positive psychotherapy*; k = 2), terapię schematu (k = 1). Wyniki przeprowadzonych analiz wskazywały, że żadna z psychoterapii trzeciej fali nie różniła się od CBT pod względem skuteczności. Porównania TAU i listą oczekujących z kolei wykazały, że wszystkie psychoterapie trzeciej fali, z wyjątkiem DBT i ST, były znacząco lepsze w zakresie obniżania

nasilenia objawów depresji, przy wielkości efektu w zakresie od 0,78 do 1,99. Wyniki cechowały się znaczną heterogenicznością, jedynie zaś około jednej czwartej badań oceniono jako posiadającą niskie ryzyko stronniczości.

3.1.2.2. Psychoterapia dzieci i młodzieży. W przypadku badań dotyczących dzieci i młodzieży nie znaleziono metaanaliz opublikowanych w ostatnich latach, w związku z czym wybrane metaanalizy pochodzą z lat 2014–2020. W przeciwieństwie do badań osób dorosłych, w przypadku dzieci i młodzieży wnioski na temat skuteczności CBT są niejednoznaczne. Na przykład w metaanalizie przeprowadzonej przez Arnberg i Östa (2014), w której porównywano efektywność CBT dzieci w wieku 8–12 lat do listy oczekujących oraz grup z kontrolą uwagi (tj. uczestnicy otrzymują uwagę ze strony specjalisty równoważną pod względem dawki i czasu, jaką zapewnia interwencja), w obu przypadkach potwierdzono obniżenie nasilenia objawów depresyjnych w porównaniu z grupami kontrolnymi. Przesłanką przeprowadzenia kolejnej metaanalizy (Oud i in., 2019) był fakt, że CBT jest terapią z wyboru dla zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży, ale jej skuteczność w tej grupie nie jest zadowalająca. W związku z tym oprócz oceny efektywności CBT autorzy również podjęli próbę określenia, na jakie czynniki kontekstowe oraz strukturalne terapii należy zwrócić uwagę, żeby zwiększyć jej skuteczność. W badaniu porównywano CBT z nieaktywnymi warunkami kontrolnymi – listą oczekujących, grupami z kontrolą uwagi, grupami z monitoringiem oraz placebo. Wyniki wskazują, że włączenie CBT skutkowało zmniejszeniem nasilenia objawów depresyjnych po zakończeniu leczenia oraz na etapie *follow-up*. Co ciekawe, lepsze rezultaty otrzymywano, jeżeli protokół terapii zawierał w sobie kombinację aktywacji behawioralnej oraz pracę nad nieadaptacyjnymi myślami i wtedy, gdy w proces leczenia byli zaangażowani opiekunowie. Jednocześnie metaanaliza przeprowadzona wśród dzieci poniżej 12. roku życia (Forti-Burrati i in., 2016) nie potwierdziła większej skuteczności CBT w porównaniu z warunkami kontrolnymi. Co prawda analiza została przeprowadzona tylko na pięciu badaniach wśród 101 pacjentów, natomiast biorąc pod uwagę, że zaburzenia nastroju występują aż wśród 2% dzieci w wieku 6–11, istnieje pilna potrzeba ustalenia, jakie interwencje psychoterapeutyczne będą skuteczne dla tej grupy pacjentów.

W metaanalizie Zhou i in. (2020) porównywano skuteczność leczenia farmakologicznego, psychoterapeutycznego oraz ich kombinacji wśród dzieci i młodzieży w ostrej fazie depresji. Wśród analizowanych form psychoterapii większość badań odnosiła się do CBT, chociaż do metaanalizy włączono również PDT, IPT i terapię rodzinną. Kombinacja fluoksetyny i CBT okazała się bardziej skuteczna niż CBT oraz PDT stosowane samodzielnie. CBT była natomiast bardziej skuteczna od listy oczekujących oraz terapii rodzinnej i mniej skuteczna od fluoksetyny. Z kolei połączenie wenlafaksyny i CBT było mniej efektywne w porównaniu z tabletkami placebo w połączeniu z CBT. Metaanaliza potwierdziła również wcześniejsze doniesienia, że samodzielne stosowanie wenlafaksyny może wiązać się z większym ryzykiem zachowań lub myśli samobójczych w porównaniu z placebo. Autorzy badania wskazują, że w przypadku dzieci i młodzieży najlepszym wyborem leczenia wydaje się fluoksetyna (samodzielnie lub w połączeniu z CBT). Natomiast biorąc pod uwagę jakość analizowanych badań w odniesieniu do ich niejednorodności oraz małych prób, do wyników powinno podchodzić się z ostrożnością i z uważnością dobierać sposób leczenia do profilu pacjenta.

Na koniec warto również wspomnieć o efektywności CBT dla dzieci i młodzieży przy użyciu narzędzi komputerowych (cCBT). W badaniu Christa i in. (2020) porównano skuteczność cCBT z aktywnymi grupami kontrolnymi (standardowej CBT twarzą w twarz lub TAU) oraz

pasywnymi grupami kontrolnymi (lista oczekujących, TAU). Badania były przeprowadzane wśród młodzieży w wieku 12–19 lat oraz młodych dorosłych w wieku 19–15 lat. Wnioski z badania wskazują, że cCBT jest skuteczne w obniżaniu poziomu objawów depresyjnych wśród adolescentów i młodych dorosłych w porównaniu z pasywnymi grupami kontrolnymi, chociaż wielkość efektu została oceniona jako mała do średniej. cCBT nie była natomiast bardziej skuteczna w porównaniu z aktywnymi grupami kontrolnymi. Należy zwrócić także uwagę, że jakość analizowanych badań została oceniona jako niska, a nawet bardzo niska, co biorąc pod uwagę dynamicznie rozwijające się technologie, potrzebę poszukiwania alternatywnych do dotychczasowych form prowadzenia terapii oraz pozytywnego nastawienia osób młodych do skomputeryzowanych interwencji, wskazuje na pilną potrzebę prowadzenia rzetelnych badań w tej tematyce.

3.1.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób z depresją

American Psychological Association (APA) wydało w 2019 r. zalecenia dotyczące terapii depresji w różnych grupach wiekowych. Brak wystarczających dowodów naukowych, które mogłyby stanowić podstawę do rekomendacji jakiejkolwiek psychoterapii w leczeniu dzieci. W przypadku młodzieży, w leczeniu wstępnym rekomendowane są CBT lub IPT. W przypadku osób dorosłych zalecane są zarówno terapie farmakologiczne, jak i psychoterapie (w tym CBT), bez wyraźnego wskazania określonego nurtu z uwagi na brak dowodów świadczących o większej skuteczności którejkolwiek z nich. W przypadku leczenia skojarzonego APA psychologiczne zaleca CBT lub IPT w połączeniu z lekiem przeciwdepresyjnym drugiej generacji. W przypadku braku zadowalających wyników monoterapii z wykorzystaniem leków zaleca się albo zmianę na terapię poznawczą, albo dodanie psychoterapii do obecnego leczenia (IPT, CBT, PDT). Psychoterapie również są sugerowanym rozwiązaniem w podtrzymywaniu remisji (CBT, MBCT, IPT). W przypadku dojrzałych dorosłych CBT jest jedną z sugerowanych przez APA metod w ramach leczenia depresji oraz depresji współistniejącej z innymi problemami medycznymi.

American Psychiatric Association (APA) opublikowało swoje zalecenia w 2010 r. (Gelenberg i in., 2010). Zastosowanie wyłącznie psychoterapii w początkowej fazie leczenia jest rekomendowane jedynie w przypadku pacjentów z łagodnym/umiarkowanym zaburzeniem depresyjnym. W tym przypadku jedną z zalecanych metod leczenia jest CBT [I]. Innymi sugerowanymi metodami są IPT [I], psychoterapia psychodynamiczna [II] oraz *problem-solving therapy* [III] w indywidualnym [I] i grupowym [III] formacie. Połączenie farmakoterapii z psychoterapią może być stosowane w przypadku wstępnego leczenia pacjentów z umiarkowanym/ciężkim zaburzeniem depresyjnym – również w tym przypadku jedną z proponowanych metod jest CBT – rekomendacje odnośnie do psychoterapii są takie same, jak w przypadku wstępnego leczenia pacjentów z łagodnym/umiarkowanym zaburzeniem depresyjnym.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). W przypadku dzieci w wieku od 5 do 11 lat, jak również 12–18 lat z łagodną depresją bez znacznych problemów współistniejących lub aktywnych myśli lub planów samobójczych, po dwóch tygodniach obserwacji należy rozważyć następujące opcje dostosowane do poziomu rozwojowego i dostosowane do indywidualnych potrzeb: cyfrowa terapia poznawczo-behawioralna (iCBT); grupowa CBT; grupowa niedyrektywna terapia wspomagająca (NDST); grupowa psychoterapia interpersonalna

(IPT). Gdy żadne z tych rozwiązań nie jest odpowiednie, należy rozważyć terapię rodzinną opartą na przywiązaniu lub indywidualną CBT. W przypadku dzieci w wieku od 5 do 11 lat z umiarkowaną lub ciężką depresją sugerowane są następujące metody: rodzinna IPT, terapia rodzinna (skoncentrowane na rodzinie leczenie depresji u dzieci i integracyjna systemowa terapia rodzinna), PDT, indywidualna CBT. W przypadku dzieci i młodzieży w wieku od 12 do 18 lat indywidualna CBT jest metodą rekomendowaną (trzymiesięczna terapia). Gdy nie ma możliwości przeprowadzenia CBT, NICE sugeruje IPT-A, terapię rodzinną (opartą na przywiązaniu lub systemową), krótką interwencję psychospołeczną lub PDT (NICE, 2019).

W przypadku osób dorosłych z małym nasileniem objawów depresyjnych zaleca się w pierwszej kolejności rozważenie samopomocy w formie CBT/BA/*problem-solving*/PE, w dalszej kolejności grupową CBT, następnie grupową aktywizację behawioralną, później indywidualną CBT. Na dalszych etapach NICE rekomenduje indywidualną BA, grupowe ćwiczenia, oddziaływania oparte na uważności, IPT, SSRI, doradztwo, krótkoterminową PDT. W przypadku bardziej nasilonych objawów depresyjnych zaleca się w pierwszej kolejności połączenie indywidualnej CBT oraz farmakoterapii lekami przeciwdepresyjnymi, zalecane również są indywidualna CBT, indywidualna BA, farmakoterapia, indywidualny *problem-solving*, doradztwo, krótkoterminowa PDT, IPT, samopomoc w formie CBT/BA/*problem-solving*/PE, grupowe ćwiczenia. Warunkowo zalecana w przypadku dorosłych jest behawioralna terapia par. W przypadku chronicznej depresji NICE zaleca zastosowanie CBT lub SSRI lub SNRI lub TCA lub CBT w połączeniu z farmakoterapią (SSRI/TCA). Z kolei w leczeniu depresji współwystępującej z zaburzeniami osobowości rekomendowane jest połączenie leków przeciwdepresyjnych oraz psychoterapii, przy czym nie wskazano konkretnego nurtu i zasugerowano kilka możliwości: BA, CBT, IPT, krótkoterminowa PDT. NICE wskazuje, aby wszystkie opcje omawiać z pacjentem i podejmować wspólne decyzje dotyczące wyboru leczenia na podstawie potrzeb klinicznych i preferencji pacjenta (NICE, 2022).

Australian Psychological Society (APS) oceniło dowody naukowe dotyczące terapii depresji w swoim przeglądzie z 2018 r. W przypadku osób dorosłych APS wskazuje na poziom I dowodów na skuteczność CBT, iCBT, MBCT, IPT, PST, PDT oraz PE. Poziom II obejmuje ACT i iACT, DBT czy ST, jak również terapię skoncentrowaną na emocjach, EMDR, interwencje rodzinne (w szczególności rodzinną PE), zdalną *problem-solving therapy* oraz *solution focused therapy*. Na poziomie IV autorzy wskazali MCT. W przypadku dzieci i nastolatków, na poziomie I wymieniono IPT, CBT oraz iCBT (12 lat lub więcej). Na poziomie II znalazła się CBT dla dzieci w wieku od 7 do 12 lat. Na poziomie III wskazano IPT w leczeniu dzieci w wieku 7–12 lat.

3.1.4. Dyskusja

Zebrany materiał w postaci systematycznych przeglądów z metaanalizami oraz rekomendacji wskazuje na zasadność korzystania z CBT w leczeniu osób z zaburzeniami depresyjnymi. W przypadku osób dorosłych uzasadnione jest stosowanie CBT także w formie zdalnej, co potwierdzają przedstawione w raporcie analizy. Jednocześnie terapie trzeciej fali zdają się wykazywać podobną do tradycyjnego CBT skuteczność w zakresie redukcji objawów depresyjnych. Na szczególną uwagę zasługuje praca Cuijpersa i in. (2023), w której porównując CBT z innymi terapiami oraz z leczeniem farmakologicznym nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic. Leczenie skojarzone (CBT + farmakoterapia) wydaje się mieć podobną

skuteczność jak sama CBT, zarówno w perspektywie krótko-, jak i długoterminowej. Również wyniki analiz przeprowadzonych w grupie osób poniżej 18. roku życia wydają się niejednoznaczne. W zależności od przeprowadzanych analiz i rodzaju grup kontrolnych, CBT w tej grupie wiekowej miała zadowalające wyniki bądź była określana jako nie bardziej skuteczna niż warunki kontrolne. Dodatkowo warto zwrócić uwagę, że w porównaniu z populacjami osób dorosłych badań oraz metaanaliz dotyczących dzieci i młodzieży jest niewspółmiernie mało. Biorąc pod uwagę zwiększający się odsetek zachorowań wśród dzieci i młodzieży, wskazuje to na pilną potrzebę poszukiwania skutecznych i opartych na dowodach metod leczenia. W przypadku RCT dotyczących skuteczności CBT w leczeniu depresji, niezależnie od wieku, autorzy wskazali także na dość duże ryzyko tendencyjności badań, co w dużej mierze może ograniczać płynące z nich wnioski.

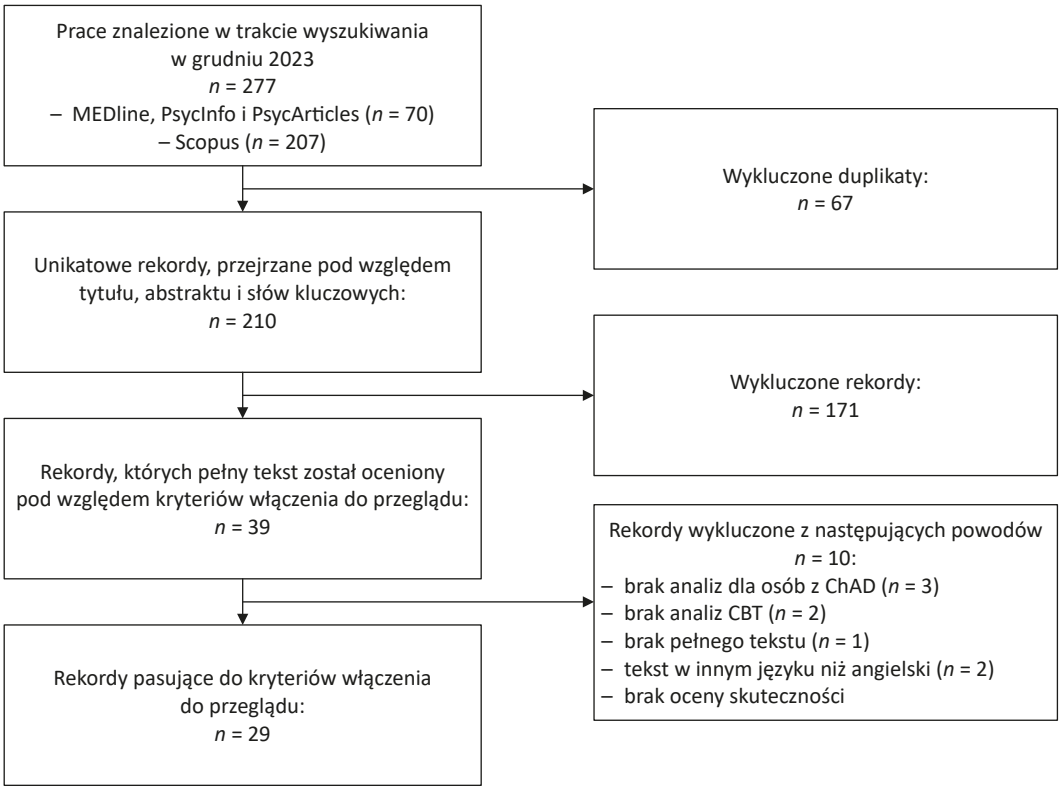
Omawiane rekomendacje wskazują na różne metody psychoterapeutyczne, które mogą być stosowane w psychoterapii dorosłych doświadczających depresji. Pośród tych metod wymieniana jest indywidualna i grupowa CBT, BT oraz metody terapii oparte na *mindfulness*. Zalecane są inne metody terapeutyczne, takie jak IPT, krótkoterminowa PDT, ale też bardziej generyczne interwencje w postaci PE, grup ćwiczeniowych czy interwencji nakierowanych na rozwiązywanie problemów (*problem-solving*). W przypadku większego nasilenia objawów wskazuje się na leczenie skojarzone, głównie w formie CBT w połączeniu z farmakoterapią. Jeśli chodzi o młodzież i dzieci – tutaj wskazuje się zarówno na podejścia oparte na CBT, jak i IPT oraz oddziaływania rodzinne.

3.2. Choroba afektywna dwubiegunowa

Choroba afektywna dwubiegunowa (*bipolar disorder*, ChAD, ICD-10: F31; ICD-11: 6A60–6A6Z; DSM-5: 296) charakteryzuje się występowaniem epizodów depresyjnych wraz z epizodami pełnoobjawowej manii (typ I) lub hipomanii (typ II). Pomimo faktu, że dokładne mechanizmy odpowiedzialne za rozwój choroby nie są dokładnie poznane, badania wskazują na bardzo wysoki wskaźnik odziedziczalności, sięgający nawet 70% (McIntyre i in., 2020). Częstość występowania obu typów choroby afektywnej dwubiegunowej jest zbliżona i wynosi ok. 0,5–1% każda (Merikangas i in., 2011). Dane zebrane w ramach Global Burden of Disease Study (Ferrari i in., 2013) wskazują na wzrost liczby przypadków chorób afektywnych dwubiegunowych z 32,7 mln przypadków w 1990 r. do 48,8 mln w 2013 r. Badacze wskazują, że za ten niemal 50% wzrost odpowiadają zwiększenie się liczby ludności i starzenie się społeczeństwa. Należy zaznaczyć, że objawy kliniczne u większości osób z chorobą afektywną dwubiegunową (ponad 70%) pojawiają się dość wcześnie – przed 25. rokiem życia (Nowrouzi i in., 2016). Jednakże dane zebrane przez Malhi i in. (2023) wskazują, że rozpowszechnienie ChAD w grupie osób poniżej 18. roku życia może być bardzo podobne, jak u osób dorosłych, ale istnieje szereg wątpliwości w klasyfikacji tego rodzaju doświadczeń w tej grupie wiekowej, które w znacznym stopniu utrudniają prawidłowe oszacowanie skali problemu.

3.2.1. Metoda

Do przeszukiwania baz danych wykorzystano frazy ogólne opisane w metodzie całego przeglądu oraz słowa kluczowe: *bipolar affective disorder* OR *bipolar disorder*. Przeszukano cztery bazy artykułów MEDline, PsycInfo i PsycArticles oraz Scopus. Łączna liczba wyszukań wyniosła 277, z czego wykluczono 67 duplikatów. Pierwszy screening na podstawie tytułów, abstraktów oraz słów kluczowych został przeprowadzony na 210 artykułach i pozwolił na wykluczenie 171 rekordów. Po przeprowadzeniu drugiego screeningu na podstawie pełnych tekstów artykułów wykluczono kolejnych 10 artykułów, co ostatecznie pozwoliło na włączenie 29 metaanaliz oraz systematycznych przeglądów do tego opracowania. Zgodność ocen dwojga autorów (AB, DP) oceniających artykuły wyniosła 87%. Szczegółowy opis procesu wyboru artykułów oraz lista powodów wykluczeń zostały zamieszczone na **rysunku 3.** Tabela z opisem wybranych metaanaliz i przeglądów systematycznych znajduje się w **załączniku 1.2** (s. 146). Lista 29 znalezionych prac przeglądowych i metaanaliz na temat psychoterapii ChAD została przedstawiona w **załączniku 2.2** (s. 193).



Rysunek 3. Proces selekcji badań nad skutecznością psychoterapii choroby afektywnej dwubiegunowej

3.2.2. Skuteczność psychoterapii w chorobie afektywnej dwubiegunowej

Analizując rekordy zidentyfikowane w ramach przeglądu, zauważono brak systematycznych przeglądów z metaanalizami dotyczących skuteczności CBT w leczeniu dzieci i młodzieży z ChAD. Artykuły, które pojawiły się w wynikach wyszukiwania, skupiały się na grupie osób młodych zagrożonych rozwojem ChAD (*young people at high risk of developing bipolar disorder*), jednakże po analizie tych prac zdecydowano się nie włączać ich do tego przeglądu. Prace te w pierwszej kolejności opisywały różne interwencje, nie analizując ich skuteczności. Dlatego w tej części raportu wybrano jedynie pięć metaanaliz opublikowanych w latach 2017–2023 dotyczących skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej w grupie dorosłych osób z rozpoznaniem ChAD.

3.2.2.1. Psychoterapia dorosłych. Najnowszą pracą włączoną do raportu była sieciowa metaanaliza RCT dotyczących skuteczności iCBT w terapii objawów depresyjnych u osób z rozpoznaniem choroby afektywnej dwu- oraz jednobiegunowej (Gutierrez i in., 2023). W badaniach, które zostały włączone do analiz, zastosowano zróżnicowane warunki kontrolne, w tym standardowe leczenie, czy aktywne grupy kontrolne. Wyniki wskazywały, że wielkość efektu była zależna od grupy kontrolnej: najlepsze rezultaty zaobserwowano w przypadku porównań z brakiem interwencji (średnia wielkość efektu). Niewiele mniejszą wielkość efektu zaobserwowano w przypadku porównania z TAU (średnia wielkość efektu). Małą wielkość efektu zaobserwowano w przypadku porównań z placebo, natomiast w przypadku aktywnych grup kontrolnych wyniki były nieistotne statystycznie. Autorzy zwrócili także uwagę na ryzyko tendencyjności, którym była obciążona większość analizowanych badań, jak również na to, że jakość badań była niezadowalająca.

Kolejny systematyczny przegląd z metaanalizą skupiał się na ocenie skuteczności grupowej CBT (Tan i in., 2022). W analizach uwzględniono niewielką liczbę badań i w zależności od ocenianego wskaźnika były to 2–3 badania. We wszystkich włączonych do metaanalizy badaniach jako warunek kontrolny zastosowano TAU. Pierwszym ocenianym wskaźnikiem skuteczności grupowej CBT były wskaźniki nawrotu (*relapse rates*) – metaanaliza nie wykazała, że grupowa CBT jest skuteczniejsza niż TAU. Podobne wyniki autorzy zaobserwowali w przypadku zmian w zakresie nasilenia objawów depresyjnych oraz manii. Wyniki badań uwzględnionych w analizach były heterogeniczne w przypadku wskaźników nawrotu oraz nasilenia objawów depresyjnych, natomiast homogeniczne – w przypadku manii. Autorzy nie podjęli się oceny ryzyka tendencyjności, wykonane zaś przez nich obliczenia wskazują na brak *publication bias*.

Kolejną pracą była metaanaliza RCT dotyczących skuteczności CBT w redukcji nasilenia objawów depresyjnych u osób z ChAD (Yilmaz i in., 2022). Autorzy ocenili skuteczność zarówno CBT, jak i MBCT w perspektywie krótko- i długoterminowej. Analizy wykazały, że CBT była skuteczniejsza niż TAU ze średnią wielkością efektu. Jednakże w przypadku porównań z placebo, jak również w pomiarach *follow-up* (niezależnie od grupy kontrolnej) nie stwierdzono istotnego statystycznie korzystnego efektu CBT. W przypadku MBCT analizie poddano dwa badania – jedno z porównaniem z TAU oraz jedno z porównaniem z listą oczekujących. Efekt był istotny statystycznie jedynie w przypadku porównania z TAU – w przypadku porównania z listą oczekujących oraz *follow-up* po okresie 12 miesięcy nie zaobserwowano istotnego statystycznie efektu. Dane analizowane przez autorów cechowały się niską heterogenicznością

w przypadku CBT oraz przeciętną w przypadku MBCT. Badacze wskazali też na dość duże ryzyko stronniczości w analizowanych badaniach.

Metaanaliza Chianga i współpracowników (2017) dedykowana była badaniu skuteczności CBT w ChAD typu I i II. Wszystkie badania były randomizowane, a jako warunki kontrolne zastosowane zostały TAU i lista oczekujących (analizowane razem). CBT okazała się skuteczniejsza pod względem wszystkich mierzonych efektów terapii: redukcji objawów depresyjnych (*g* = –0,49 (CI95%: −0,96, −0,03), objawów manii (*g* = −0,58 (CI95%: −1,13, −0,04) oraz zapobieganiu nawrotom (OR = 0,51 CI95%CI: 0,28, 0,92), a efekty można określić jako średniej wielkości. Badania oceniające wyłącznie pacjentów z diagnozą ChAD typu I wykazały większą redukcję częstości nawrotów po CBT niż wspólne analizy pacjentów z typem I i II. Wyniki badań odznaczały się wysoką i średnią heterogenicznością, a badane próby były mało liczne.

Metaanaliza sieciowa opublikowana przez Miklowitza i współpracowników (2021) dotyczyła skuteczności różnych terapii psychologicznych – CBT, *Interpersonal and Social Rhythm Therapy* (IPSRT), terapii rodzinnej, terapii wspierającej oraz PE w podstawowej i skróconej formie – w leczeniu osób z ChAD. Cechą charakterystyczną tego przeglądu było to, że obok terapii psychologicznych wszyscy badani byli poddawani równocześnie farmakoterapii. Do analizy włączono tylko badania RCT z warunkiem kontrolnym w postaci TAU lub terapii wspierającej oraz badania bezpośrednio porównujące terapie między sobą. Wyniki wskazują na skuteczność CBT w redukowaniu objawów depresyjnych (*SMD* = –0,32, CI95%: –0,64, –0,01), ale nie stwierdzono istotnego wpływu na objawy manii. CBT okazała się również skuteczna w redukowaniu liczby nawrotów choroby po 12 miesiącach od zakończonej terapii w porównaniu z grupami kontrolnymi (OR = 0,52; CI95%: 0,34, 0,79). Autorzy stworzyli także ranking skuteczności wszystkich badanych terapii za pomocą analizy SUCRA (wskaźnik przybierający wartość 0–100%; im wyższa wartość SUCRA, tym wyższe prawdopodobieństwo, że dana interwencja będzie najbardziej skuteczna). W przypadku objawów depresyjnych jako efektów terapii, CBT (61%) miała niższy wskaźnik niż IPSRT (75%) i terapia rodzinna (68%), a wyższy niż PE (49%), terapia wspierająca (36%) i TAU (6%). W przypadku objawów manii CBT (59%) miała niższy wynik od PE (79%), PE w skróconej formie (73%) i terapii rodzinnej (60%), a wyższy od terapii wspierającej (56%), IPSRT (12%) i TAU (10%). W rankingu skuteczności redukowania nawrotów choroby CBT (54%) również zajęła środkowe miejsca pomiędzy terapią rodzinną (95%), krótką PE (84%), PE (64%) a terapią wspierającą (28%), TAU (16%) i IPSRT (9%).

3.2.2.2. Psychoterapia dzieci i młodzieży. Nie została znaleziona żadna praca dotycząca dzieci i młodzieży spełniająca przyjęte kryteria włączenia.

3.2.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób z chorobą afektywną dwubiegunową

American Psychological Association nie ma w swoich wytycznych rekomendacji do pracy terapeutycznej z osobami z chorobą afektywną dwubiegunową.

American Psychiatric Association w swoich zaleceniach (Hirschfeld i in, 2002) dla osób cierpiących na chorobę afektywną dwubiegunową rekomenduje różne formy leczenia farmakologicznego, zarówno w epizodach manii, w trakcie epizodów depresji, jak i farmakologiczne

leczenie podtrzymujące w czasie remisji [I]. W trakcie trwania epizodów depresji IPT i CBT mogą być przydatne, gdy są stosowane razem z farmakoterapią [II], natomiast psychoterapia psychodynamiczna może być zalecana na podstawie indywidualnie rozważanych okoliczności [III]. W okresach remisji rekomendowane są grupy wsparcia, ponieważ dostarczają przydatnych informacji na temat ChAD i jej leczenia [I]. Psychoterapia grupowa może również pomóc pacjentom w rozwiązaniu takich problemów, jak przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, przystosowanie się do choroby przewlekłej, regulacja samooceny oraz radzenie sobie z problemami interpersonalnymi i sytuacją małżeńską [II]. Od wydania tych zaleceń w 2002 r. były one aktualizowane ostatni raz w 2005 r. (Hirschfeld, 2005).

National Institute for Health and Care Excellence w swoich zaleceniach z 2014 r. (NICE, 2014c) dotyczących leczenia choroby afektywnej dwubiegunowej ma rozbudowane zalecenia kompleksowego leczenia i wsparcia uzależnione od fazy choroby oraz rodzaju formy opieki. Rekomendowanymi formami leczenia są farmakoterapia oraz terapia psychologiczna. Psychoterapia zalecana jest głównie w trakcie epizodów depresji (łącznie z lekami antydepresyjnymi lub bez). Zaleca się CBT, IPT oraz behawioralną terapię par. Obowiązujące są tu też zalecenia dotyczące psychoterapii zaburzenia depresyjnego.

Australian Psychological Society w swoim przeglądzie z 2018 r. wymienia dla dorosłych CBT jako posiadające silnie udokumentowaną w badaniach skuteczność (poziom I). Poza tym wymienia na poziomie II interwencje rodzinne, PE oraz MBCT. Na poziomie IV znalazła się *interpersonal and social rhythm therapy*. W przypadku dzieci i młodzieży psychoterapie zostały zaklasyfikowane wyłącznie jako poziom II dowodów naukowych: CBT (7–13 lat), interwencje rodzinne (9–17 lat) oraz PE (8–12 lat).

3.2.4. Dyskusja

Podsumowując, dane płynące z zebranego materiału w postaci metaanaliz oraz zaleceń terapeutycznych wskazują na kilka ważnych wniosków. W pierwszej kolejności warto zwrócić uwagę na brak opracowań dotyczących osób młodszych – niestety jedyne artykuły, które udało się zidentyfikować w trakcie wyszukiwania, nie analizowały skuteczności oddziaływań w grupie pacjentów poniżej 18. roku życia. Pomimo faktu, że choroba ta najczęściej diagnozowana jest około drugiej dekady życia oraz posiada bardzo wysoki wskaźnik odziedziczalności, brakuje sprawdzonych naukowo oddziaływań w grupie osób z wysokiego ryzyka rozwoju ChAD oraz adolescentów z taką diagnozą. Kolejnym ograniczeniem, które ma duży wpływ na możliwość interpretacji uzyskanych wyników, jest tendencyjność badań – jakość przeprowadzanych badań jest niezadawalająca, na co wskazuje większość autorów opracowań zbiorczych.

Zebrany w tym przeglądzie materiał wskazuje na raczej niską skuteczność CBT w przypadku ChAD – wielkości efektów różniły się w zależności od rodzajów grup kontrolnych i wahały się od braku efektu (aktywne grupy kontrolne) po umiarkowaną wielkość efektu (TAU bądź lista oczekujących). Metaanalizy poświęcone efektom długoterminowym wskazywały z jednej strony na mniejsze ryzyko nawrotów, z drugiej strony na brak istotnego statystycznie efektu. W przypadku rekomendacji CBT jest wspomniana w wytycznych przygotowanych przez APA psychiatryczne, NICE oraz APS, przy czym w przypadku pierwszego towarzystwa jest wskazana jako leczenie addytywne względem farmakoterapii, drugiego zaś – jako ewentualny zamiennik w przypadku epizodów depresyjnych.

3.3. Zaburzenie lękowe uogólnione

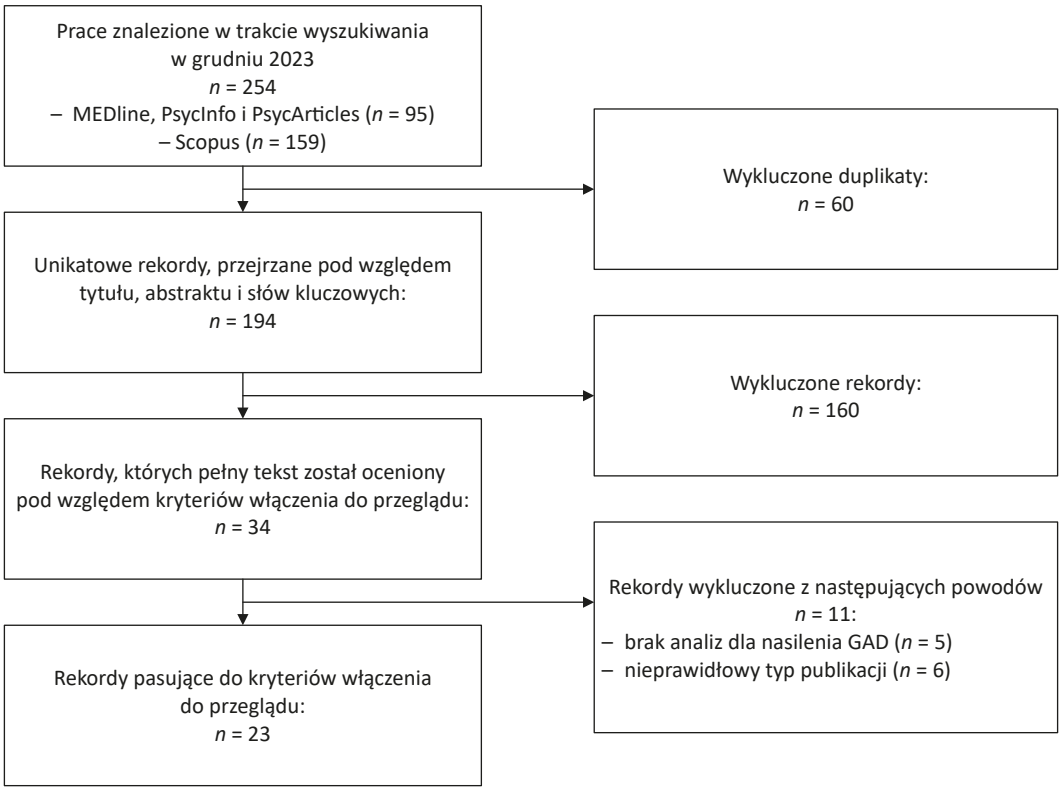
Zaburzenie lękowe uogólnione (*generalized anxiety disorder*, GAD; ICD-10: F41.1; ICD-11: 6B00; DSM-5: 300,02) to dość często występujące zaburzenie lękowe, które charakteryzuje przewlekle utrzymujący się i trudny do kontrolowania, nasilony lęk, trwający co najmniej 6 miesięcy. Osoby nadmiernie zamartwiają się różnymi, także codziennymi sprawami i sytuacjami (np. dotyczącymi kwestii finansowych, rodzinnych, zdrowotnych, przyszłości), a także doświadczają chronicznego niepokoju, napięcia mięśni, poczucia przeciążenia, zmęczenia, drażliwości, problemów z koncentracją i ze snem. Rozpowszechnienie GAD w ciągu życia w perspektywie globalnej ocenia się na niemal 4%, a w ciągu ostatniego roku na 2% (Ruscio i in., 2017), z przewagą występowania wśród kobiet w porównaniu z mężczyznami. W przypadku nastolatków w wieku 13–18 lat występowanie GAD w populacji USA oceniono na 3% (Burnstein i in., 2014). W Polsce w badaniu EZOP uzyskano wskaźnik rozpowszechnienia w ciągu życia wynoszący 1% (Wciórka i in., 2021). Natomiast po wybuchu pandemii COVID-19 odnotowano prawie trzykrotny wzrost występowania objawów GAD w populacji ogólnej USA (Twenge i Joiner, 2020) – podobne wysokie nasilenie odnotowano w badaniach przeprowadzonych w tym czasie w Polsce (Dragan, Grajewski i Shevlin, 2021).

3.3.1. Metoda

Do przeszukiwania baz danych wykorzystano frazy ogólne opisane w metodzie całego przeglądu oraz szczegółowe frazy dla lęku uogólnionego: (*generalized anxiety*) OR *worry* OR GAD. Przeszukano cztery bazy artykułów MEDline, PsycInfo i PsycArticles oraz Scopus. Łączna liczba wyszukań wyniosła 254, z czego wykluczono 60 duplikatów. Pierwszy screening na podstawie tytułów, abstraktów oraz słów kluczowych został przeprowadzony na 194 artykułach i pozwolił na wykluczenie 160 rekordów. Po przeprowadzeniu drugiego screeningu na podstawie pełnych tekstów artykułów wykluczono kolejnych 11 artykułów, co ostatecznie pozwoliło na włączenie 23 metaanaliz oraz systematycznych przeglądów do tego opracowania. Zgodność ocen dwojga autorów (*MD*, KS) oceniających artykuły wyniosła 97%. Szczegółowy opis procesu wyboru artykułów oraz lista powodów wykluczeń została zamieszona na **rysunku 4**. Tabela z opisem wybranych metaanaliz i przeglądów systematycznych znajduje się w **załączniku 1.3** (s. 148). Lista 23 znalezionych prac przeglądowych i metaanaliz na temat psychoterapii GAD została przedstawiona w **załączniku 2.3** (s. 196).

3.3.2. Skuteczność psychoterapii w zaburzeniu lękowym uogólnionym

Badania skuteczności CBT dla osób z diagnozą GAD uwzględnione w tym przeglądzie i opublikowane w latach 2010–2023 zostały przedstawione w 23 rekordach. Ze względu na brak metaanaliz badań przeprowadzanych w grupie dzieci w tym opracowaniu skupiono się wyłącznie na osobach dorosłych. Spośród wyszukanych rekordów wybrano pięć artykułów



Rysunek 4. Badania dotyczące skuteczności psychoterapii zaburzeń z lękiem uogólnionym

dotyczących skuteczności psychoterapii CBT wśród osób z diagnozą GAD. Do szczegółowej analizy wybrano najnowsze artykuły, opublikowane w latach 2020–2023, prezentujące skuteczność terapii CBT drugiej i trzeciej fali w porównaniu z różnymi warunkami kontrolnymi.

3.3.2.1. Psychoterapia dorosłych. Badania dotyczące skuteczności terapii opartych na dowodach, w ramach których badacze włączyli m.in. CBT, ACT czy ERP przedstawiono w metaanalizie Carl i in. (2020). W badaniu porównywano efektywność psychoterapii i farmakoterapii z różnymi warunkami kontrolnymi, w tym farmakologicznym placebo, listą oczekujących, TAU czy psychologicznym placebo, które zawierało np. takie interwencje jak terapia niedyrektywna, grupy dyskusyjne, krótkoterminowa terapia psychodynamiczna czy terapia wspierająca. Wyniki po zastosowaniu interwencji wskazały na umiarkowany efekt skuteczności różnych CBT w porównaniu z wszystkimi warunkami kontrolnymi, z najwyższym efektem dla farmakologicznego placebo, następnie listy oczekujących, psychologicznego placebo oraz TAU. Również leczenie GAD przy wykorzystaniu farmakoterapii okazało się bardziej skuteczne w porównaniu z warunkami kontrolnymi, ze średnią wielkością efektu. Autorzy badania zaznaczają jednak, żeby nie wyciągać przedwczesnych wniosków jakoby leczenie przy użyciu psychoterapii przewyższało skutecznością farmakoterapię, zwracając uwagę na niedoskonałość metodologiczną badań efektywności psychoterapii.

W metaanalizie podłużnej Flückigera i in. (2022), uwzględniającej trzy punkty czasowe (po zakończeniu leczenia oraz *follow-up* w okresie 5–11 miesięcy, a także w 12 miesięcy lub więcej od zakończenia leczenia), porównywano z kolei *bona fide* CBT, a więc terapie o udokumentowanej skuteczności, z relaksacją stosowaną (AR) i CBT rozszerzoną o komponenty

integracyjne, obejmujące m.in. dialog motywujący, przetwarzanie interpersonalno-emocjonalne czy interwencje z trzeciej fali CBT. Autorzy odnoszą się do trwającej wśród terapeutów debaty dotyczącej tego, na ile korzystne jest łączenie „klasycznej" CBT z dodatkowymi interwencjami oraz zwracają uwagę na ich zdaniem niefortunne traktowanie AR jako jedynie warunku kontrolnego w badaniach. Tymczasem wstępne rezultaty przeprowadzonej przez nich metaanalizy wskazują, że AR jako ugruntowana interwencja behawioralna w przypadku GAD jest nie mniej skuteczna niż CBT bez komponentu relaksacji. Ponadto wskazują także na niewielką przewagę CBT rozszerzonego w porównaniu z CBT „klasycznym", mimo że uzyskane wyniki nie były istotne statystycznie we wszystkich punktach pomiaru. Zdaniem autorów wskazuje to na potencjał włączania dodatkowych interwencji do protokołów CBT, co może być ważną informacją dla praktyków.

Natomiast w ostatnim czasie Papola i in. (2023) przeprowadzili metaanalizę sieciową badań nad skutecznością psychoterapii GAD z intencją odpowiedzi na pytanie, które z nich powinny mieć status terapii pierwszego wyboru. Z dwoma warunkami kontrolnymi (TAU albo listą oczekujących) porównywano osiem rodzajów terapii: terapię behawioralną, CBT, restrukturyzację poznawczą, PE, PDT, terapię opartą na relaksacji, psychoterapię wspierającą oraz terapię trzeciej fali CBT (np. DBT, ACT, *acceptance-based behavioral therapy*, MBSR, MCT). Nie wykazano, aby analizowane terapie różniły się między sobą skutecznością i stąd autorzy konkludują, że każdy z nich może być stosowany w ramach TAU. Jednak najwyższe wskaźniki skuteczności uzyskano dla (kolejno) terapii trzeciej fali CBT, CBT oraz terapii opartej na relaksacji – w tym jedynie dla CBT w perspektywie długoterminowej (*follow-up* średnio 24,5 tygodnia po zakończeniu terapii). Autorzy konkludują, że co prawda wyniki przeprowadzonej przez nich metaanalizy wspierają wcześniejsze rezultaty wskazujące, że „tradycyjna" CBT – i to niezależnie od formatu: indywidualna, grupowa czy jako autoterapia ze wsparciem terapeuty *(guided self-help)*, a ponadto zarówno osobiście, jak i zdalnie – jest wiodącym rodzajem terapii w przypadku osób z GAD, ale terapie trzeciej fali okazują się solidną alternatywą. Natomiast w przypadku relaksacji, rekomendowanej przez NICE jako terapia pierwszego wyboru, zalecają pewną ostrożność w tym sensie, że ich zdaniem techniki relaksacyjne lepiej sprawdzają się w ramach protokołu CBT niż jako samodzielne interwencje (warto zauważyć, że jest to wniosek odmienny niż zaprezentowany w opisanej wcześniej metaanalizie Flückigera i in., 2022).

Najnowsze metaanalizy odnoszą się również do dynamicznie rozwijających się technologii, które są wykorzystywane w CBT w postaci terapii online albo terapii przy użyciu narzędzi komputerowych (iCBT). W badaniu przeprowadzonym przez Zhang i in. (2021) porównywano skuteczność tradycyjnej CBT w porównaniu z iCBT. Oba rodzaje interwencji były zestawiane również z placebo i z brakiem interwencji. Uzyskane wyniki wskazują, że w porównaniu z placebo oraz brakiem interwencji zarówno CBT, jak i iCBT miały porównywalny poziom skuteczności pod względem obniżenia poziomu lęku, ale porównanie obu form wskazało, że tradycyjne CBT jest bardziej skuteczne od iCBT.

Ostatnia metaanaliza przedstawia skuteczność treningu *mindfulness* w odniesieniu do poziomu lęku oraz martwienia się w porównaniu z PE oraz nieaktywnymi grupami kontrolnymi (Williams i in., 2023). Na początku należy zaznaczyć, że do metaanalizy włączono łącznie pięć badań RCT, w ramach których wykonano dwie odrębne analizy na podstawie warunków kontrolnych i wszystkie analizowane badania charakteryzowały się dużą niejednorodnością, w związku z tym do otrzymanych wyników należy podchodzić z ostrożnością. We wszystkich badaniach uczestniczyły osoby z diagnozą GAD, które odbyły ośmiotygodniowy trening

mindfulness. Wnioski z badania wskazują, że interwencja oparta na uważności była bardziej skuteczna w obniżeniu nasilenia objawów lękowych w porównaniu z nieaktywnymi i nieokreślonymi warunkami kontrolnymi, ale nie była bardziej skuteczna od PE, co może sugerować, że w przypadku GAD trening *mindfulness* jest lepszy niż brak jakiejkolwiek interwencji, natomiast jego wartość jako interwencji musi zostać zweryfikowana w kolejnych badaniach.

3.3.2.2. Psychoterapia dzieci i młodzieży. W wyszukiwanych artykułach nie znaleziono żadnych metaanaliz ani przeglądów dotyczących badania skuteczności CBT stosowanej wobec dzieci i młodzieży, w których analizowano by wyniki oddzielnie dla zaburzenia lęku uogólnionego.

3.3.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób z zaburzeniem lękowym uogólnionym

American Psychiatric Association i **American Psychological Association** nie mają w swoich wytycznych rekomendacji do pracy terapeutycznej z osobami z zaburzeniem lęku uogólnionego.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) rekomenduje w pierwszym kroku PE na temat zaburzenia i aktywne monitorowanie stanu pacjenta, które to interwencje mogą przyczynić się do redukcji objawów o mniejszym nasileniu (NICE, 2011b). W drugim kroku, w przypadku mniej nasilonych objawów, zaleca się samopomoc i grupy psychoedukacyjne oparte o CBT, a w trzecim kroku, w przypadku dalszego braku poprawy oraz w przypadkach nasilenia objawów znacznie upośledzającym życie, w kroku trzecim zaleca się CBT lub relaksację stosowaną. W czwartym kroku – jeśli objawy dalej się utrzymują – należy rozważyć połączenie CBT i farmakoterapii, przy czym farmakoterapia może obejmować leczenie więcej niż jednym lekiem przeciwdepresyjnym.

Australian Psychological Society (APS) w przeglądzie z 2018 r. wskazuje, że dla CBT stosowanego u osób z GAD zebrano najmocniejsze dowody potwierdzające skuteczność (poziom I rekomendacji). W ostatnich latach poczyniono postępy w badaniach nad skutecznością nowych metod leczenia, takich jak interwencje CBT przez internet czy terapie trzeciej fali CBT, w szczególności ACT. Na drugim poziomie oceny dowodów naukowych znalazły się CBT online, ACT, MBCT, MBSR, MCT, PE oraz PDT, w tym PDT w wersji online, a w przypadku dzieci i młodzieży w wieku 7–17 lat – CBT.

3.3.4. Dyskusja

Ogólne wnioski pochodzące z omówionych badań wskazują na skuteczność CBT w leczeniu GAD, zarówno w formie klasycznej, jak i trzeciej fali oraz opierającej się na nowych technologiach. Klasyczne CBT jest nadal złotym standardem w leczeniu osób z GAD, szczególnie biorąc pod uwagę utrzymywanie się efektów terapii po jej zakończeniu. Obecny przegląd badań wskazuje, że wykorzystanie alternatywnych form pracy terapeutycznej, np. w postaci wprowadzania dodatkowych elementów do protokołu (w tym włączanie relaksacji) czy korzystania z terapii CBT trzeciej fali, mogą być skuteczną alternatywą, co wydaje się ważną informacją dla

praktyków poszukujących innych wariantów pracy z pacjentami. Jest to zgodne z omówionymi zaleceniami, w których wskazuje się również na różne interwencje wywodzące się z CBT.

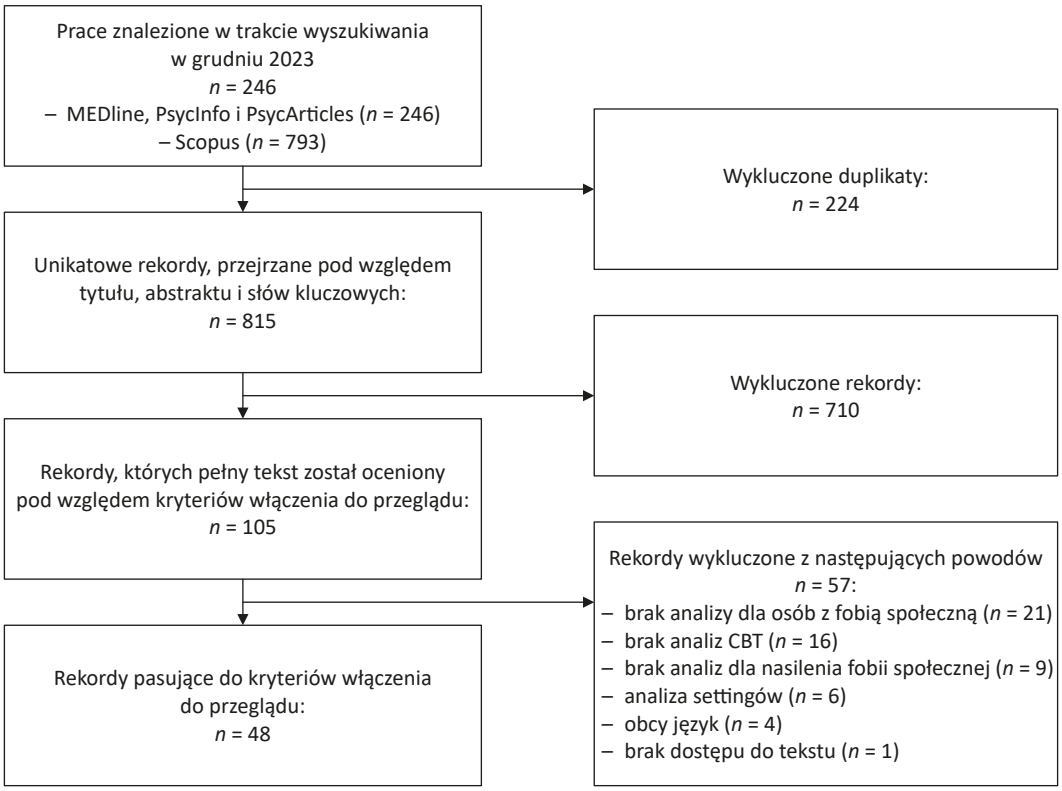
Należy niemniej zwrócić uwagę, że analizowane w przedstawionych metaanalizach dostępne prace charakteryzowały się jakością od niskiej do umiarkowanej, co wskazuje na potrzebę prowadzenia dalszych badań nad skutecznością leczenia GAD. W żadnej metaanalizie nie znaleziono również badań dotyczących skuteczności CBT w odniesieniu do dzieci i młodzieży, co wskazuje na pilną potrzebę eksploracji tego zagadnienia w ramach rzetelnych badań.

3.4. Fobia społeczna

Społeczne zaburzenie lękowe lub fobia społeczna (ICD-10: F40,1; ICD-11: 6B04; DSM-5: 300,23) charakteryzuje się występowaniem uporczywej i nasilonej reakcji lękowej w sytuacjach społecznych (np. publiczne przemawianie lub występy, jedzenie w towarzystwie, pisanie w sytuacji społecznej albo w ogóle przebywanie w towarzystwie innych ludzi), w których dana osoba może podlegać ocenie innych. Lęk ten jest nieproporcjonalnie intensywny do prawdziwego poziomu zagrożenia w danej sytuacji. W przypadku dzieci niepokój musi występować również podczas kontaktu z rówieśnikami, nie tylko osobami dorosłymi. W związku z nasilonym lękiem osoby doświadczające tego zaburzenia nadmiernie unikają sytuacji społecznych albo wykształcają różnego rodzaju zachowania zabezpieczające, które mają na celu je chronić przed przewidywanymi negatywnymi konsekwencjami (np. nieodzywanie się w sytuacjach społecznych, patrzenie w ziemię, proszenie innych osób o wykonanie czynności związanej z ekspozycją społeczną), a które podtrzymują lub nasilają jej problem (Wells i in., 1995). Szacuje się, że w populacji USA fobia społeczna dotyka ok. 12–13% osób dorosłych w ciągu życia (Kessler i in., 2012; Ruscio i in., 2008). Zaburzenie to ma wczesny początek i dotyka ok. 9,1% dzieci i młodzieży w ciągu życia (Merikangas i in., 2010). Kobiety częściej cierpią na to zaburzenie niż mężczyźni (Asher i in., 2017).

3.4.1. Metoda

Cztery bazy artykułów (MEDline, PsycInfo i PsycArticles oraz Scopus) przeszukano zgodnie z procedurą opisaną w sekcji z ogólnym opisem metody przeglądu z użyciem słów kluczowych: (*social anxiety*) OR (*social phobia*) OR SAD, uzyskując łączną liczbę 1039 artykułów (patrz **rys. 5**). Po wykluczeniu 224 duplikatów przejrzane zostały tytuły, abstrakty i słowa kluczowe w pozostałych 815 artykułach. W wyniku tej procedury wyłoniono 105 artykułów, których teksty przeanalizowano w całości pod względem spełniania kryteriów włączenia do przeglądu. W trakcie tego etapu wykluczono 57 tekstów. Pozostałe 48 artykułów włączono do przeglądu. Zgodność ocen dwojga autorów (JK, DF) oceniających artykuły wyniosła 90%. Szczegółowy opis procesu wyboru artykułów oraz pełna lista przyczyn wykluczenia tekstów zostały przedstawione na **rysunku 5**. Tabela z opisem wybranych metaanaliz i przeglądów systematycznych znajduje się w **załączniku 1.4** (s. 150). Lista 48 znalezionych prac przeglądowych i metaanaliz na temat psychoterapii fobii społecznej została przedstawiona w **załączniku 2.4** (s. 198).



Rysunek 5. Proces selekcji badań nad skutecznością psychoterapii osób z fobią społeczną

3.4.2. Skuteczność psychoterapii w fobii społecznej

W podrozdziale opisano pięć najnowszych prac omawiających skuteczność CBT i wybranych terapii trzeciej fali w leczeniu osób dorosłych oraz trzy prace dotyczące terapii dzieci i adolescentów. Pięć prac na temat osób dorosłych to metaanalizy randomizowanych badań z grupą kontrolną, a trzy prace wybrane do opisu psychoterapii dzieci to jedna metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną oraz dwie metaanalizy badań skuteczności psychoterapii, do których włączono prace z grupą kontrolną, ale bez wymogu randomizowanego przydziału do grup. Do opisania skuteczności terapii (*treatment outcomes*) zostały wykorzystane kwestionariuszowe pomiary nasilenia lęku społecznego oraz prawdopodobieństwo uzyskania remisji w porównaniu z grupami kontrolnymi.

3.4.2.1. Psychoterapia dorosłych. Do szczegółowej analizy wybrano prace opublikowane w latach 2019–2022. Są to najnowsze metaanalizy opisujące skuteczność CBT (w tym z zastosowaniem technologii – terapii internetowych i ekspozycji w warunkach wirtualnej rzeczywistości – VR) i terapii opartych na *mindfulness* w randomizowanych badaniach klinicznych z grupą kontrolną. Pierwsze badanie (Kindred i in., 2022) dotyczyło skuteczności CBT w porównaniu z różnego rodzaju warunkami kontrolnymi (aktywnymi jak placebo oraz nieaktywnymi jak lista oczekujących). Autorzy stwierdzili, że CBT jest skuteczną metodą redukcji nasilenia objawów fobii społecznej, osiągającą duże wielkości efektu w porównaniu z grupą kontrolną zaraz po zakończeniu terapii (*g* w przedziale od –0,65 do –0,88). Warto

dodać, że porównanie wewnątrzgrupowe efektów po zakończeniu terapii i w pomiarach *follow-up* wykazało, że efekty CBT fobii społecznej utrzymują się do roku po jej zakończeniu (*g* w przedziale od –0,32 do–0,16).

Podobne efekty jak w metaanalizie Kindreda i współpracowników (2022) zaobserwowano w metaanalizie Guo i współpracowników (2020), gdzie porównywano skuteczność internetowej CBT (protokół terapeutyczny, w którym dana osoba korzysta z opracowanych materiałów dostępnych online, z wsparciem terapeuty lub bez wsparcia terapeuty; analogicznie do poradników *self-help*) z oczekiwaniem na terapię. W tej pracy zauważono również, że stopień doświadczenia terapeuty wspomagającego internetową CBT lub jego brak nie ma istotnego przełożenia na skuteczność tej metody.

W pracy van Dis i współpracowników (2020) opisywano długoterminową skuteczność CBT w porównaniu z aktywnymi warunkami kontrolnymi. Wnioski autorów wskazują na to, że CBT jest skuteczna w redukcji nasilenia objawów fobii społecznej ze średnią wielkością efektu (*g* w przedziale od –0,79 do –0,04) nawet ponad rok po zakończeniu terapii.

Kolejna praca (Liu i in., 2022) analizowała skuteczność terapii opartych na *mindfulness*, porównując je z nieaktywną grupą kontrolną (lista oczekujących) lub CBT. W porównaniu z listą oczekujących terapie oparte na *mindfulness* redukowały nasilenie fobii społecznej z dużą wielkością efektu zaraz po zakończeniu terapii (*g* w przedziale od –1,26 do –0,53), ale okazały się istotnie mniej skuteczne niż klasyczna CBT z małą wielkością efektu (*g* w przedziale od 0,10 do 0,48).

Ostatnia metaanaliza (Carl i in., 2019) opisywała skuteczność ekspozycji w wirtualnej rzeczywistości w porównaniu z listą oczekujących lub psychologicznego placebo, wskazując na skuteczność tej metody w redukcji nasilenia objawów fobii społecznej z dużą wielkością efektu.

Należy podkreślić, że nie wszystkie oceniane w metaanalizach badania mają taką samą jakość (szczegóły oceny ryzyka tendencyjności i heterogeniczności można znaleźć w **załączniku 1.4**). Niemniej jednak wszystkie analizowane prace wskazują na skuteczność CBT i terapii opartych na *mindfulness* w leczeniu zaburzenia lęku społecznego nie tylko w momencie zakończenia terapii, lecz także po ponad roku od jej zakończenia.

3.4.2.2. Psychoterapia dzieci i młodzieży. Do szczegółowej analizy wybrano prace opublikowane w latach 2016–2019. Są to najnowsze metaanalizy, które opisują skuteczność CBT oraz terapii behawioralnej w terapii dzieci i młodzieży doświadczających zaburzenia lęku społecznego, a zarazem spełniają większość kryteriów, jakie przyjęliśmy w tym przeglądzie. W jednym przypadku (Wang i in., 2018) wybrano pracę (wbrew prerejestrowanemu protokołowi przeglądu), która opisuje badania z udziałem transdiagnostycznych grup pacjentów, z różnymi zaburzeniami lękowymi, nie tylko zaburzeniem lęku społecznego. Wybór ten można uzasadnić tym, że w pracy tej przedstawiono wyniki skuteczności oddziaływań terapeutycznych w podziale na oceny pacjentów, ich rodziców i klinicystów. Poza tym liczba wysokiej jakości metaanaliz badań z udziałem dzieci jest niższa niż w przypadku dorosłych i dotyczy to wielu zaburzeń psychicznych. Zdecydowaliśmy się uwzględnić trzy metaanalizy. We wszystkich przypadkach porównano skuteczność CBT pod względem wpływu na zmniejszenie objawów lęku społecznego z wynikami osiągniętymi w aktywnych i nieaktywnych grupach kontrolnych.

Pierwsze badanie (Yang i in., 2019) opisuje skuteczność CBT i terapii behawioralnych (*behavioral therapy*, BT) w porównaniu z aktywnymi i nieaktywnymi warunkami kontrolnymi w leczeniu dzieci i młodzieży z zaburzeniem lęku społecznego. Wyniki analizy wskazały na wysoką skuteczność (duża wielkość efektu) CBT i BT. Dodatkowa analiza wykazała, że średnio 40% pacjentów w grupach z terapią osiągnęło remisję w porównaniu z ok. 3% w grupach

kontrolnych. Analiza relatywnego ryzyka wskazała na prawie dziewięciokrotnie większą szansę na wyleczenie w grupach z CBT i BT niż w grupach kontrolnych, a NNT zostało określone na 3,3. Warto dodać, że w tej metaanalizie wzięto pod uwagę wyłącznie RCT, co zwiększa wiarygodność wyciąganych na jej podstawie wniosków. Dzięki uwzględnieniu również BT autorzy byli w stanie porównać poziom akceptowalności pierwszej i drugiej fali CBT. W ich badaniu okazało się, że większa liczba uczestników wypadła z CBT niż z BT, co – ich zdaniem – sugeruje, że dzieciom i młodzieży łatwiej jest uczestniczyć w BT niż CBT. Niemniej jednak obie terapie przyniosły oczekiwaną poprawę uczestnikom badań.

Wyniki pozostałych dwóch metaanaliz (Scaini i in., 2016; Wang i in., 2018) są zbieżne z opisanymi. Użycie CBT prowadziło do uzyskania większej poprawy i redukcji objawów SAD w porównaniu z grupami kontrolnymi. Dodatkowo w metaanalizie Wanga i współpracowników (2018) stwierdzono, że CBT wiązała się z mniejszą liczbą skutków ubocznych i przypadków rezygnacji z terapii niż leki czy placebo farmakologiczne. Sugeruje to, że CBT jest dobrze tolerowana przez dzieci i młodzież. W metaanalizie z 2016 r. Scaini ze współpracownikami analizowała badania porównujące CBT do listy oczekujących. Stwierdzono, że oddziaływania psychoterapeutyczne przynoszą pacjentom korzyści ze średnią–dużą wielkością efektu. Oprócz potwierdzenia skuteczności CBT w leczeniu fobii społecznej, autorzy zwrócili również uwagę na to, że większe wielkości efektów zostały osiągnięte w badaniach, gdzie uczestnicy oprócz CBT przechodzili również trening umiejętności społecznych (Scaini i in., 2016).

W badaniu Wanga i współpracowników (2018), w którym analizowano heterogeniczne grupy pacjentów (z różnymi zaburzeniami lękowymi), wielkości efektów dla porównania CBT z aktywną grupą kontrolną miały średnią wielkość efektu niezależnie od tego, czy oceny objawów dokonywało dziecko, rodzic czy klinicysta. Jednak należy zwrócić uwagę na to, że oceny klinicystów i rodziców miały tak szerokie przedziały ufności, że wyniki te interpretowane są jako nieistotne, tj. prawdziwy wynik w populacji również obejmuje sytuację, w której te oddziaływania nie przynoszą oczekiwanej poprawy w ocenie rodziców i klinicystów. Z kolei w analizach badań porównujących CBT z nieaktywnymi grupami kontrolnymi (np. listą oczekujących) wielkości efektów zostały ocenione jako duże i istotne niezależnie od tego, kto dokonywał oceny objawów.

Należy zaznaczyć, że wybrane badania dzieci i młodzieży były obarczone wyższą heterogenicznością (na ogół ocenianą jako wysoka) niż badania dorosłych. Szczegóły tych analiz zostały przedstawione w **załączniku 1.4**. Niemniej jednak analiza opisanych badań wskazuje na to, że CBT jest skuteczną metodą psychoterapii dzieci i młodzieży doświadczających fobii społecznej. Remisję osiąga średnio 40% pacjentów w porównaniu z 3% pacjentów w grupach kontrolnych.

3.4.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób z fobią społeczną

American Psychological Association oraz **American Psychiatric Association** nie mają w swoich wytycznych rekomendacji do pracy terapeutycznej z osobami z zaburzeniem lęku społecznego.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) w swoich wytycznych z 2013 r. jako leczenie z wyboru dla dorosłych wskazuje indywidualną CBT (model Clarka i Wellsa lub model Heimberga) (NICE, 2013a). Grupowa CBT jest określona jako prawdopodobnie

skuteczniejsza od innych interwencji, ale droższa i potencjalnie mniej efektywna od indywidualnej CBT. Osobom, które nie chcą korzystać z CBT, należy rekomendować oparte na CBT programy *self-help*. Osobom, które nie chcą korzystać z metod opartych na CBT, proponuje się farmakoterapię. Osobom, które nie chcą korzystać z metod opartych na CBT lub farmakoterapii, można rozważyć zaoferowanie krótkoterminowej terapii psychodynamicznej zorientowanej na leczenie lęku społecznego. Tego rodzaju terapia różni się od typowej terapii psychodynamicznej np. tym, że zawiera elementy ekspozycji na sytuacje społeczne (por. Leichsenring i in., 2007). W kolejnych liniach leczenia – gdy indywidualna CBT nie przyniosła zadowalających rezultatów – rekomenduje się połączenie farmakoterapii z CBT. Jako leczenie z wyboru dla dzieci i adolescentów zalecana jest indywidualna lub grupowa CBT. Z kolei interwencje oparte na *mindfulness*, terapie wspierające oraz (w przypadku dorosłych wybrana) farmakoterapia nie są rekomendowane dla osób doświadczających lęku społecznego.

Australian Psychological Society (APS) w przeglądzie z 2018 r. określiło CBT z elementami ekspozycji jako posiadające dowody naukowe na poziomie I (najwyższym) w terapii dorosłych doświadczających lęku społecznego. Poziom II otrzymały programy ekspozycji za pomocą komputera lub wirtualnej rzeczywistości. Dla dzieci i adolescentów (8–17 lat) CBT zostało określone jako poziom I, a komputerowe programy CBT jako poziom II. Żadna inna forma terapii nie znalazła się w tej klasyfikacji.

3.4.4. Dyskusja

Podsumowując, w latach 2010–2023 opublikowano ponad 40 prac przeglądowych dotyczących skuteczności CBT i terapii trzeciej fali w leczeniu osób doświadczających fobii społecznej. Omówione badania wskazują na krótko- i długoterminową skuteczność CBT oraz krótkoterminową skuteczność terapii opartych na *mindfulness* w leczeniu dorosłych (ale niższą niż metod opartych na CBT). Szczególnie istotna wydaje się duża liczba badań potwierdzających skuteczność metod terapeutycznych z zastosowaniem nowych technologii – komputerowej CBT (zarówno ze wsparciem terapeuty, jak i bez takiego wsparcia) oraz terapii ekspozycyjnej w wirtualnej rzeczywistości. W badaniach dotyczących dzieci i młodzieży zwraca uwagę mała liczba prac przeglądowych, które podsumowywały badania RCT dotyczące psychoterapii oraz badania z jednorodnymi grupami klinicznymi. Według zaleceń zagranicznych organizacji (NICE i APS) leczeniem z wyboru dla dorosłych są metody oparte na CBT (terapia indywidualna, *self-help*), a następnie dopiero farmakoterapia lub połączenie tych dwóch metod i ewentualnie krótkoterminowa terapia psychodynamiczna skoncentrowana na lęku społecznym. W terapii dzieci rekomendowanym leczeniem jest grupowa bądź indywidualna CBT.

3.5. Zaburzenie paniczne

Zaburzenie lękowe z napadami lęku (lęk paniczny) czy zaburzenie paniczne (ICD-10: F41.0; ICD-11: 6B01; DSM-5: 300,01) charakteryzuje się nawracającymi nieoczekiwanymi atakami intensywnego lęku, które nie są ograniczone do określonych bodźców lub sytuacji. Towarzyszy temu szybkie i równoczesne wystąpienie kilku charakterystycznych objawów fizjologicznych

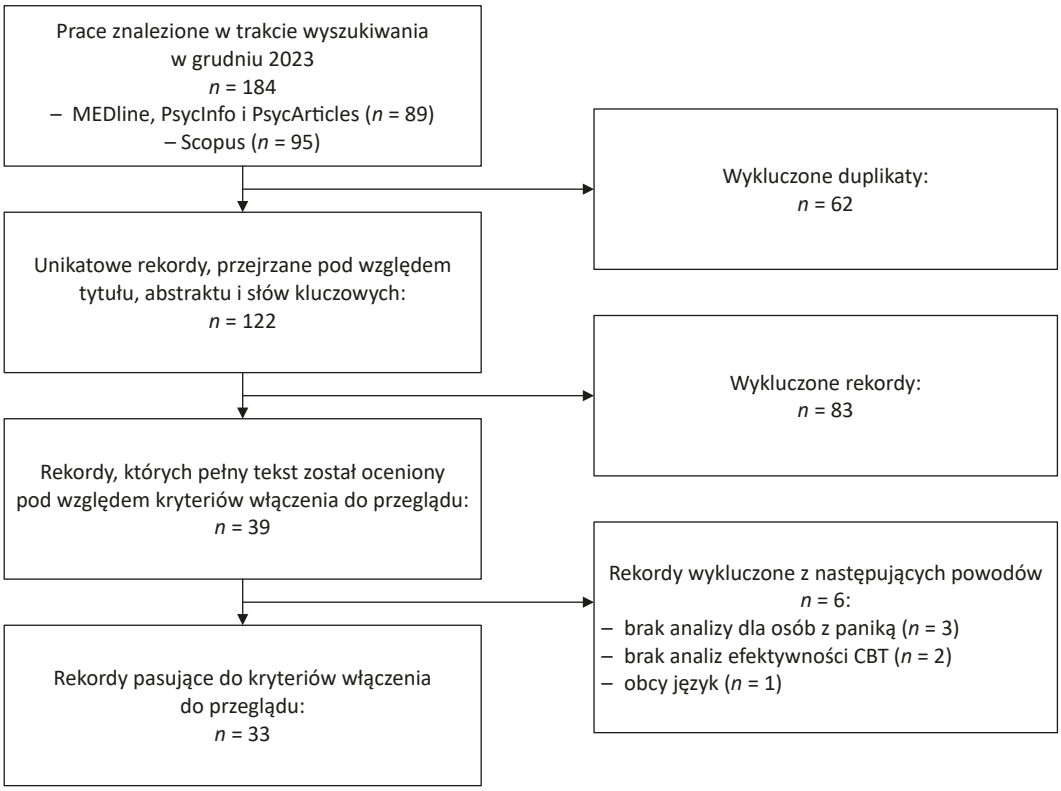
(np. kołatanie serca, pocenie się, drżenie, duszność, ból w klatce piersiowej, zawroty głowy lub uderzenia gorąca) wraz z obawą dotyczącą ponownego wystąpienia napadu lub zachowaniami mającymi na celu jego uniknięcie. Zaburzenie paniczne może występować z agorafobią lub bez agorafobii, czyli irracjonalnego lęku, że z określonych sytuacji/miejsc trudno byłoby się wydostać, a pomoc byłaby trudno dostępna bądź nawet niemożliwa (w miejscach publicznych typu teatr czy sklep, podczas podróży środkami komunikacji publicznej, ogólnie poza domem i w tłumie). Szacuje się, że od 2,4% do 4,7% populacji cierpi na zaburzenie paniczne, a ok. 7,6% doświadcza napadów paniki. Napady paniki najczęściej dotykają osoby w wieku 30–49 lat (Butcher i in., 2018; Olaya i in., 2018).

3.5.1. Metoda

Do przeszukiwania baz danych wykorzystano frazy ogólne opisane w metodzie całego przeglądu oraz frazy (*panic disorder*) OR (*panic attacks*) z przedrostkiem AND. Znaleziono 89 artykułów w bazach MEDline, PsycInfo i PsycArticles oraz 95 artykułów z bazy Scopus, co dało łączną liczbę 184 artykułów. Po wykluczeniu 62 duplikatów pierwszy screening został przeprowadzony na 122 artykułach. Przegląd po tytułach i abstraktach pozwolił na wykluczenie 83 artykułów. Przegląd pełnych tekstów artykułów doprowadził do odrzucenia sześciu z nich, co dało łączną liczbę 33 metaanaliz i systematycznych przeglądów skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej dla zaburzenia panicznego. Metaanalizy wykluczone ze względu na brak podania efektywności dla zaburzenia panicznego opisywały skuteczność w leczeniu zaburzeń lękowych ogólnie, natomiast te wykluczone ze względu na brak analiz efektywności CBT dotyczyły badań, gdzie efektywność była liczona dla różnych terapii razem oraz ze względu na porównanie skuteczności farmakoterapii z i bez CBT (brak wskaźników skuteczności samej CBT, bez leków). Zgodność ocen pomiędzy dwojgiem autorów (DF, AŚ) wyniosła 84,6%. Cały proces z kryteriami wykluczenia został zobrazowany na **rysunku 6**. Tabela z opisem wybranych metaanaliz i przeglądów systematycznych znajduje się w **załączniku 1.5** (s. 153). Lista 33 znalezionych prac przeglądowych i metaanaliz na temat psychoterapii zaburzenia panicznego została przedstawiona w **załączniku 2.5** (s. 202).

3.5.2. Skuteczność psychoterapii w zaburzeniu lękowym z napadami paniki

Spośród 33 przeglądów i metaanaliz wybrano pięć opisujących skuteczność terapii dla osób dorosłych. Żadna ze znalezionych prac nie opisywała skuteczności terapii dla dzieci i młodzieży. Wynikać to może z faktu, że dzieci bardzo rzadko doświadczają zaburzenia panicznego ze względu na małą świadomość śmierci (Diler, 2003) i niezdolność do katastrofizowania na temat objawów fizjologicznych (World Health Organization, 2021). Wybrane do tego opisu metaanalizy nie są pięcioma najnowszymi z wyszukiwania. Wybór był podyktowany faktem, że te najnowsze odnosiły się głównie do skuteczności terapii w wirtualnej rzeczywistości (*virtual reality*, VR), a postanowiono przybliżyć wyniki stosowania różnych rodzajów CBT.



Rysunek 6. Proces selekcji badań nad skutecznością psychoterapii zaburzenia panicznego

Wybraliśmy więc jak najnowsze, ale różnorodne metaanalizy; jedną dotyczącą skuteczności terapii CBT wspomaganej VR, metaanalizy opisujące klasyczną CBT i terapie trzeciej fali oraz jedną opisującą skuteczność ujednoliconego protokołu leczenia transdiagnostycznego zaburzeń emocjonalnych (*unified protocol*). Taki wybór zapewnia szeroki opis skuteczności CBT z różnymi jej modalnościami.

3.5.2.1. Psychoterapia dorosłych. Do szczegółowej analizy wybrano artykuły opublikowane w latach 2019–2023. Podsumowują one wyniki randomizowanych badań z grupą kontrolną, w których sprawdzano skuteczność różnych wariantów CBT w leczeniu zaburzenia panicznego. Porównywano w nich natężenie objawów zaburzenia w grupach, które były poddane CBT i w grupach kontrolnych.

Najnowszą uwzględnioną metaanalizą jest artykuł autorstwa Papoli i współpracowników (2023) analizujący badania przeprowadzone na 2724 osobach dorosłych. Porównywano w niej skuteczność kilku wariantów CBT: grupowej, indywidualnej oraz autoterapii z wynikami osiągniętymi w grupach kontrolnych. Osoby poddane CBT grupowej, indywidualnej i autoterapii (*self-help*) pod kierunkiem terapeutów osiągnęły większą poprawę niż osoby w grupach bez CBT. Jedynie autoterapia prowadzona bez wsparcia terapeuty nie okazała się bardziej skuteczna niż TAU. Natomiast wszystkie rodzaje CBT wiązały się z lepszymi wynikami niż pozostawanie na liście oczekujących. W innej metaanalizie sieciowej przeprowadzonej przez zespół Papoli (2022) wyniki okazały się podobne. Co więcej, po usunięciu z analizy badań o wysokim ryzyku tendencyjności, tylko CBT wiązała się z lepszymi wynikami leczenia niż TAU. Podobne wnioski wyciągają Schröder i współpracownicy (2023) na temat skuteczności CBT

łączonej z zastosowaniem ekspozycji w VR lub polegającej głównie na stosowaniu terapii ekspozycyjnej z VR. Obie terapie były skuteczniejsze niż TAU, ale warto podkreślić, że klasyczna terapia CBT była skuteczniejsza w leczeniu zaburzenia panicznego niż VR CBT. Również CBT w formie *unified protocol* okazała się skuteczna w złagodzeniu objawów zaburzenia zaraz po zakończeniu leczenia i podczas badania *follow-up* po 6 miesiącach (Sakiris i Berle, 2019). Na sprawdzaniu długofalowej skuteczności CBT skupiono się w metaanalizie autorstwa van Dis i współpracowników (2020). Analiza badań, w których sprawdzano nasilenie objawów w okresie 3–12 miesięcy po zakończeniu terapii, wykazała, że efekty CBT (w porównaniu z warunkami kontrolnymi) utrzymują się do roku od jej zakończenia.

Należy podkreślić, że nie wszystkie oceniane w metaanalizach badania mają taką samą jakość. Niemniej jednak większość analiz wskazuje na dużą skuteczność CBT prowadzonej pod kierunkiem terapeutów w leczeniu zaburzenia panicznego. Szczegółowe wyniki zostały przedstawione w **załączniku 1.5**.

3.5.2.2. Psychoterapia dzieci i młodzieży. W wyszukiwanych artykułach nie znaleziono żadnych metaanaliz ani przeglądów dotyczących skuteczności badań CBT dla zaburzenia panicznego.

3.5.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób z zaburzeniem panicznym

Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (APA) nie ma w swoich rekomendacjach wytycznych dla pracy z zaburzeniem panicznym. **Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA)** wydało swoje wytyczne w 2010 r. (Stein i in., 2010). Uznało w nich, że CBT ma I, najwyższy stopień rekomendacji i powinno być leczeniem z wyboru. Psychoterapia psychodynamiczna z poziomem II, jest rekomendowana dopiero, gdy CBT okaże się nieskuteczne.

Według **National Institute for Health and Care Excellence** (**NICE)**, CBT i grupy samopomocowe są rekomendowane jako terapia z wyboru. Żaden inny nurt terapeutyczny nie jest rekomendowany nawet w kolejnych krokach (NICE, 2011b).

Australijskie Stowarzyszenie Psychologów (APS) w swoim przeglądzie z 2018 r. określiło, że CBT posiada poziom I (najwyższy) oznaczający udokumentowaną skuteczność. Terapiami kolejnego wyboru (udokumentowany poziom II) są terapia ACT i terapia psychodynamiczna. Brak jest metod z poziomu III, a na poziomie IV (dostępne pojedyncze badania i studia przypadku) znalazło się MBCT. Dla dzieci i młodzieży jedynie CBT uzyskało poziom II. Żadna inna terapia nie dla tej grupy wiekowej nie została oceniona jako posiadająca udokumentowanie w badaniach.

3.5.4. Dyskusja

Od 2010 r. opublikowano 33 przeglądy systematyczne i metaanalizy weryfikujące skuteczność CBT w terapii zaburzenia panicznego oraz trzy rekomendacje organizacji rządowych (NICE) oraz towarzystw zawodowych (APA i APS). CBT – zarówno grupowa, jak i indywidualna – okazała się

skuteczniejsza niż oddziaływanie aktywnych (TAU, psychologiczne i farmakologiczne placebo) i nieaktywnych (lista osób oczekujących) grup kontrolnych. W badaniach weryfikujących długofalowe efekty terapii – sprawdzane nawet ponad rok od zakończenia terapii – również dokumentują skuteczność terapii CBT, jednakże warto zauważyć, że różnica między CBT a TAU nieznacznie maleje wraz z czasem od zakończenia terapii. Opisywane badania dają też szerszy obraz skuteczności różnych modalności CBT w terapii zaburzenia panicznego. Terapia behawioralna, poznawczo-behawioralna i terapia poznawcza są skutecznymi metodami pracy w porównaniu z TAU, farmakologicznym placebo i listami osób oczekujących, przy czym terapia behawioralna ma najwyższe wskaźniki skuteczności, a terapia poznawcza najniższe. Ciekawy wynik sieciowej metaanalizy (Pompoli i in., 2018) pokazuje, że trening relaksacyjny dodany do terapii CBT obniża jej skuteczność, co tłumaczy się tym, że zostaje on później wykorzystany jako zachowanie zabezpieczające. Terapie trzeciej fali nie uzyskały istotnych wyników wskazujących na ich skuteczność, aczkolwiek trzeba zaznaczyć, że dane pochodzą z czterech badań opartych łącznie na 96 osobach. Oznacza to, że liczba badań dotycząca trzeciej fali w leczeniu zaburzeń lękowych z napadami paniki jest ograniczona i ewentualne wnioski o braku ich skuteczności nie są konkluzywne.

Prezentowane przez nas wyniki są zbieżne z rekomendacjami trzech towarzystw i stowarzyszeń. APA (psychiatryczne), NICE i APS przyznały CBT najwyższy poziom udokumentowanej skuteczności i zalecają ją jako terapię z wyboru. Wytyczne APS z 2018 r. wskazują również, że terapia ACT i terapia psychodynamiczna mają poziom II udokumentowanej skuteczności. APS wydało również rekomendacje dla dzieci i młodzieży, określając CBT stopniem II (żadna inna terapia nie uzyskała wyższego poziomu).

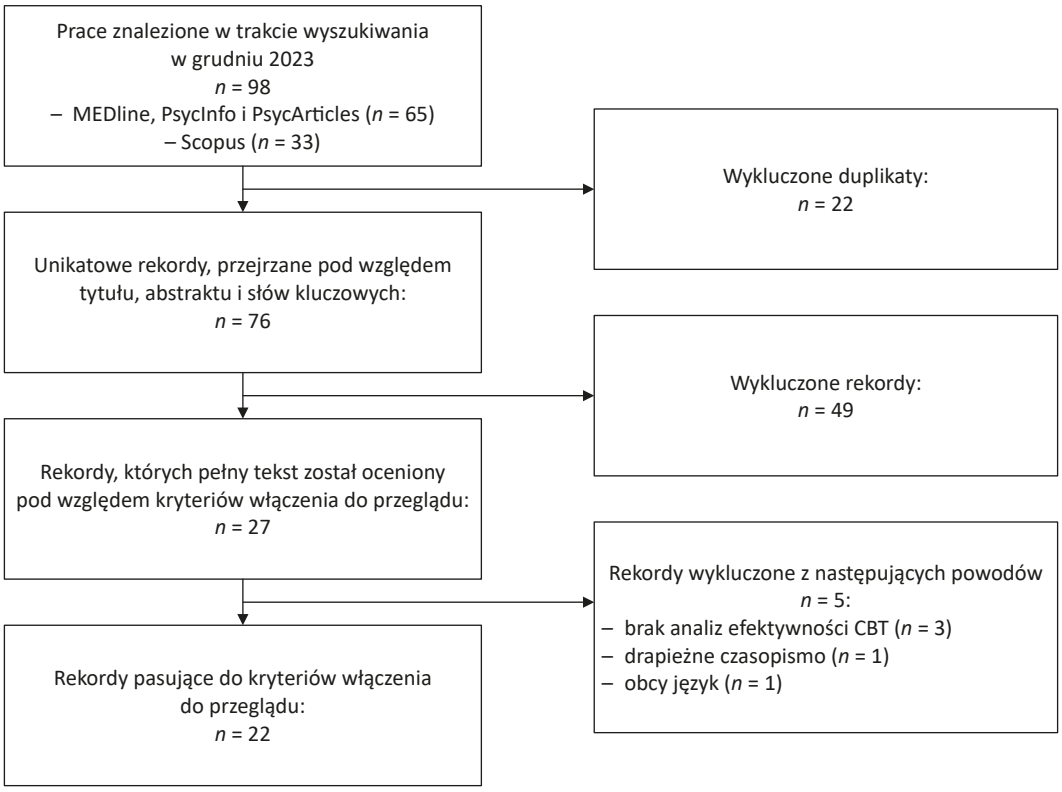
Podsumowując: przegląd badań i rekomendacji wskazuje, że CBT powinna być terapią pierwszego wyboru w pracy z zaburzeniem panicznym. Najskuteczniejsza terapia zawiera w sobie elementy ekspozycji i nie zawiera treningu relaksacyjnego, który może być wykorzystywany jako zachowanie zabezpieczające.

3.6. Fobie specyficzne

Zgodnie z DSM-5 fobie specyficzne (fobie swoiste ICD-10: F40,2, ICD-11: 6B03, DSM-5: 300,29) są rozumiane jako zaburzenia, którym towarzyszy wyraźny lęk lub niepokój dotyczący określonego przedmiotu lub sytuacji (np. latania, wysokości, zwierząt, zastrzyków, widoku krwi). Osoba cierpiąca na fobię specyficzną unika przedmiotu budzącego lęk lub sytuacji fobicznej, w przeciwnym wypadku występuje silny lęk lub niepokój. U dzieci lęk lub niepokój może być wyrażony płaczem, napadami złości i manifestować się zamieraniem w jednej pozycji lub przywieraniem do innej osoby. Aby móc postawić diagnozę fobii specyficznej, stan ten musi występować przynajmniej 6 miesięcy lub dłużej. Fobie swoiste są jednym z najczęściej występujących w ciągu życia zaburzeń zdrowia psychicznego, a wskaźnik rozpowszechnienia szacuje się na poziomie 7,4% i jest wyższy u kobiet (9,8%) niż u mężczyzn (4,9%) (Wardenaar i in., 2017).

3.6.1. Metoda

Do przeszukiwania baz danych wykorzystano frazy ogólne opisane w metodologii całego przeglądu oraz frazy (*specific phobias*) OR (*specific phobia*) z przedrostkiem AND. Znaleziono 65 artykułów w bazach MEDline, PsycInfo i PsycArticles oraz 33 artykuły w bazie Scopus, co dało łączną liczbę 98 artykułów. Po wykluczeniu 22 duplikatów pierwszy screening został przeprowadzony na 76 artykułach. Przegląd po tytułach i abstraktach pozwolił na wykluczenie 49 artykułów. Przegląd pełnych tekstów artykułów doprowadził do wykluczenia pięciu z nich, co dało łączną liczbę 22 metaanaliz i systematycznych przeglądów skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej dla fobii specyficznych. Metaanalizy wykluczone ze względu na brak analiz efektywności CBT dotyczyły efektywności hipnozy, sublimalnej stymulacji i zagregowanego wskaźnika psychoterapii bez podanej modalności, gdzie CBT nie występowało nawet jako grupa porównawcza. Zgodność ocen pomiędzy dwojgiem autorów (JW, AŚ) wyniosła 100%. Cały proces z kryteriami wykluczenia został zobrazowany na **rysunku 7**. Tabela z opisem wybranych metaanaliz i przeglądów systematycznych znajduje się w **załączniku 1.6** (s. 156). Lista 22 znalezionych prac przeglądowych i metaanaliz na temat psychoterapii fobii specyficznych została przedstawiona w **załączniku 2.6** (s. 205).



Rysunek 7. Proces selekcji badań nad skutecznością psychoterapii osób z fobiami specyficznymi

3.6.2. Skuteczność psychoterapii w fobiach specyficznych

Zgodnie z metodą przeglądu do analizy dla osób dorosłych wybrano pięć metaanaliz. Dla dzieci i młodzieży w bazie znalazły się tylko trzy przeglądy, z czego jedna to metaanaliza, a dwa to systematyczne przeglądy badań. Jeden z tych przeglądów porównuje skuteczność ekspozycji i uniwersalnego programu pracy z lękiem „Zaradny kot" (*Coping Cat*). Takie porównanie jest dodatkiem do tego, co zostało zgłoszone w prerejestracji, ale ze względu na znikomą liczbę przeglądów i popularność programu „Zaradny kot" uznano, że porównanie to będzie wartościowym dodatkiem. Wszystkie metaanalizy opierają się na weryfikacji skuteczności protokołu jednej sesji Östa lub kilkusesyjnych ekspozycji *in vivo*. Nawet jeśli w opisach widnieje informacja, że weryfikowano skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej (np. Van Dis i in., 2019, opisujący badanie Thom i in., 2000), to po zajrzeniu wprost do artykułu, na który powołuje się metaanaliza, okazuje się, że chodzi o protokół jednej sesji. W pracach autorstwa Schröder i in. (2023) oraz Van Dis i in. (2020) analizowano zbiorczo dane dla różnych zaburzeń lękowych, w tym dla fobii specyficznych.

3.6.2.1. Psychoterapia dorosłych. Od 2010 r. opublikowano 11 metaanaliz oraz sześć systematycznych przeglądów skuteczności CBT w leczeniu fobii specyficznych oraz jedną metaanalizę opisującą skuteczność technik samoleczenia na podstawie procedury ekspozycji na bodźce fobiczne u osób dorosłych. Prezentowane wnioski pochodzą z pięciu wybranych prac odnoszących się do skuteczności CBT w leczeniu fobii specyficznych analizowanych zbiorczo (Odgers i in., 2022), akrofobii (Arroll i in., 2017; Chou i in., 2021), długoterminowych efektów CBT w leczeniu fobii specyficznych (Van Dis i in., 2020), terapii CBT i ekspozycji *in vivo* z wykorzystaniem wirtualnej rzeczywistości (Arroll i in., 2017; Schröder i in., 2023).

W metaanalizie autorstwa Odgers i in. (2022) porównywano badania uwzględniające protokoły jednej sesji oraz protokoły wielosesyjne względem listy oczekujących w leczeniu fobii specyficznych. Analizowano wyniki po zakończeniu terapii oraz *follow-up*. Uzyskane rezultaty w obu pomiarach wskazują na jednakową skuteczność obu protokołów w redukcji nasilenia lęku i zmniejszenia unikania względem bodźców fobicznych w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej. Autorzy tej metaanalizy skłaniają się ku uznaniu protokołu jednosesyjnego jako bardziej preferowanego ze względu na porównywalną efektywność w krótszym czasie i możliwą redukcję kosztów terapii bez uszczerbku na skuteczności leczenia.

Dwie metaanalizy dotyczyły skuteczności CBT w leczeniu lęku wysokości (akrofobii) (Arroll i in., 2017; Chou i in., 2021). W sieciowej metaanalizie autorstwa Choi i in. (2021) porównywano ekspozycję *in vivo* z TAU i relaksacją oraz ekspozycję w wirtualnej rzeczywistości i CBT w wirtualnej rzeczywistości w porównaniu z osobami leczonymi terapią zwyczajową. Uzyskane wyniki wskazują, że CBT w warunkach wirtualnej rzeczywistości wykazała największą skuteczność spośród zastosowanych metod leczenia w odniesieniu do objawów unikania w porównaniu z grupą kontrolną. Metoda ta była jednak związana z istotnie wyższym wskaźnikiem rezygnacji z terapii w porównaniu z osobami poddanymi pozostałym oddziaływaniom terapeutycznym. Prowadzona desensytyzacja w ramach ekspozycji *in vivo* wykazała istotnie wyższą skuteczność w porównaniu z grupą kontrolną w zakresie obniżenia poziomu deklarowanego lęku. Wyniki opisane w pracy autorstwa Arroll i in. (2017) wskazują na to, że desensytyzacja zarówno prowadzona przez terapeutę, jak i samodzielnie, ekspozycja *in vivo* w warunkach konwencjonalnych i w wirtualnej rzeczywistości wykazują znaczącą skuteczność po zakończeniu leczenia, ale znacznie mniejszą skuteczność w perspektywie długoterminowych efektów

terapeutycznych. Wyniki wskazują na to, że ekspozycja prowadzona w warunkach wirtualnej rzeczywistości była równie skuteczna, jak systematyczna desensytyzacja oraz ekspozycja *in vivo* prowadzona konwencjonalnie i wykazywała istotnie statystyczną różnicę na korzyść interwencji w porównaniu z nieleczoną grupą kontrolną. Autorzy podkreślali wzrost rozpowszechnienia leczenia lęku wysokości w warunkach wirtualnej rzeczywistości, co powoduje większą dostępność do tej metody terapeutycznej.

Praca Van Dis i in. (2020) odnosiła się do analizy długoterminowych efektów terapeutycznych leczenia fobii specyficznych mierzonych bezpośrednio po zakończeniu oraz w okresie 1–6 miesięcy po ukończeniu interwencji terapeutycznych. Uzyskane wyniki wskazują na średnią wielkość efektu CBT w perspektywie krótkoterminowej oraz średnią do wysokiej wielkość efektu skuteczności w perspektywie długoterminowej. Brakowało wyników badań pokazujących skuteczność CBT w perspektywie 12 miesięcy.

W pracy autorstwa Schröder i in. (2023) analizowano skuteczność CBT prowadzonej w warunkach wirtualnej rzeczywistości w porównaniu z konwencjonalną CBT lub oczekiwaniem na terapię. Obliczenia wykonane dla fobii specyficznych dotyczyły tylko dziewięciu prac, gdzie nie można było połączyć wyników uzyskanych dla różnych rodzajów fobii. Porównanie wyników przed terapią i po terapii, bez bezpośredniego porównania do grup kontrolnych, wykazało skuteczność CBT z dużą wielkością efektu, jednak nie uzyskano wyniku istotnego statystycznie, a metaanaliza była obciążona dużą niejednorodnością porównywanych wyników. Na uzyskane rezultaty ma wpływ fakt, że autorzy porównywali VR-CBT z siedmioma grupami kontrolnymi poddawanymi relaksacji oraz oczekującymi na terapię oraz jedną grupą kontrolną, która wzięła udział w terapii ekspozycyjnej. Porównywanie wyników warunków z tak zróżnicowanymi grupami kontrolnymi ma wpływ na uzyskanie różnicy o dużej wielkości efektu, ale nieistotnej statystycznie (różnica między VR-CBT a grupą kontrolną z ekspozycją była bardzo mała g = 0,06 (CI95% –0,96, 1,07).

Na końcu warto wspomnieć o systematycznym przeglądzie autorstwa Freitas i in. (2021) (nieujętym w tabeli), w którym można odnaleźć opis skuteczności terapii CBT osobno dla poszczególnych fobii (lęku wysokości, arachnofobii, lęku przed zastrzykami i igłami, klaustrofobii, lęku przed jeżdżeniem autem i lataniem czy też dentofobii).

3.6.2.2. Psychoterapia dzieci i młodzieży. Od 2010 r. opublikowano jedną metaanalizę i dwa systematyczne przeglądy dotyczące skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu fobii specyficznych u dzieci i młodzieży. Opis warto więc zacząć od wniosków z metaanalizy Stoll i in. (2020) uwzględniającej łącznie 76 badań RCT nad skutecznością CBT i ekspozycji w leczeniu różnych zaburzeń lękowych. W tym miejscu skupimy się tylko na części dotyczącej fobii specyficznych. 25 badań (n = 1300) porównujących CBT z listą osób oczekujących wykazało średnią wielkość efektu na korzyść CBT. Autorzy przyznali CBT poziom III oznaczający prawdopodobnie skuteczną terapię. Jednosesyjny protokół ekspozycji Östa (trzygodzinny) został przeanalizowany na podstawie pięciu badań (n = 375) i uzyskał również średnią wielkość efektu. Jednakże duża spójność wewnętrzna badań sprawiła, że protokół Östa otrzymał najwyższy poziom I oznaczający dobrze udokumentowaną skuteczność. Warto podkreślić, że w tej metaanalizie uwzględniono również EMDR (2,5 h sesję), który uzyskał poziom V – czyli poziom wątpliwy. Żadne inne terapie nie znalazły się w porównaniu.

Systematyczny przegląd badań (Davis i in., 2019) uwzględnił 16 badań RCT (n = 653) porównujących jednosesyjny (trzygodzinny) protokół Östa z listą oczekujących i TAU. Autorzy przeglądu wykazali, że skuteczność tego protokołu jest bardzo dobrze udokumentowana

w pracy z fobiami specyficznymi u dzieci i młodzieży (od 4. roku życia). Przegląd ten jest ciekawym uzupełnieniem opisanej metaanalizy, ponieważ uwzględnia różne warunki kontrolne. Wynika z niego, że ekspozycja jest o wiele skuteczniejsza niż EMDR, PE i wsparcie czy klasyczna terapia CBT. Kilka niezależnych badań pokazuje, że skuteczność utrzymuje się przynajmniej przez rok. Jedno z badań wykazało, że ekspozycja była o wiele skuteczniejsza niż PE z sesjami wsparcia po 6 miesiącach i po roku. Dopiero po 4 latach nie było różnic między ekspozycją a PE, co może wynikać z faktu, że u większości dzieci fobie specyficzne ustępują wraz z wiekiem. Ostatni wniosek, jaki wynika z tego przeglądu, dotyczy modyfikacji jednosesyjnego protokołu Östa. Okazuje się bowiem, że angażowanie rodzica, wspomaganie farmakologiczne czy dodawanie treningu uwagi nie poprawia skuteczności terapii.

Celem drugiego systematycznego przeglądu (Oldham-Cooper i Loades, 2016) było porównanie skuteczności programu terapeutycznego „Zaradny kot" (*Coping Cat*) z CBT dedykowaną do konkretnego zaburzenia lękowego. Wykazano w nim brak badań nad skutecznością programu „Zaradny kot" w pracy z dziećmi doświadczającymi fobii specyficznych. Autorzy zalecają, aby nie stosować tego programu do czasu uzyskania wiarygodnych danych dotyczących jego skuteczności.

3.6.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób z fobiami specyficznymi

Ze wszystkich omawianych instytucji i organizacji tylko **Australijskie Stowarzyszenie Psychologów (APS)** określiło rekomendacje dla terapii fobii specyficznych. W swoim przeglądzie dowodów naukowych (APS, 2018) CBT dla osób dorosłych otrzymała w raporcie poziom I (najwyższy) udokumentowanej skuteczności. Na poziomie II znalazła się ekspozycja wspomagana technologią VR. W przypadku dzieci i młodzieży terapia CBT została oceniona jako II poziom (wraz z PE) i w tej grupie wiekowej jako jedyna została uznana za posiadającą dowody naukowe świadczące o jej skuteczności.

3.6.4. Dyskusja

Wyniki badań wskazują, że jednosesyjny protokół Östa trwający 2,5–3 godziny jest najskuteczniejszą metodą terapii fobii specyficznych. Co ważne, skuteczność ta jest niezależna od tego, co jest obiektem fobicznym. Skuteczność krótkoterminowa ekspozycji do roku od zakończenia terapii jest dobrze udokumentowana. Jednak warto podkreślić, że skuteczność długoterminowa rodzi już pewne wątpliwości. W przypadku dzieci zrównanie się wyników dzieci z grupy terapeutycznej z dziećmi z listy oczekujących po 4 latach od terapii można tłumaczyć tym, że dziecięce fobie ustępują z czasem. Jednakże ten sam wniosek nie pasuje już do wyników badań efektywności długoterminowej dla osób dorosłych. Wprawdzie efekt długoterminowy wciąż jest na poziomie umiarkowanym, ale zróżnicowanie wyników wymaga dalszej weryfikacji. Warto, aby przyszłe badania koncentrowały się na weryfikacji potencjalnych czynników prowadzących do nawrotów.

Szybko rozwijająca się w ostatnich latach technologia wirtualnej rzeczywistości (VR) znalazła swoje zastosowanie w terapii fobii specyficznych. Przegląd pokazał duże zainteresowanie badaczy i terapeutów wprowadzeniem tej technologii do ekspozycji na bodźce fobiczne. VR okazuje się skutecznym sposobem leczenia fobii, jednakże badania nad jego skutecznością pokazują, że jeśli dostępna jest metoda *in vivo*, to ona powinna być metodą z wyboru. Technologia VR może być jednak pomocna w przypadku ekspozycji na złożone sytuacje oraz gdy bezpośredni kontakt z terapeutą lub bodźcem fobicznym nie jest możliwy.

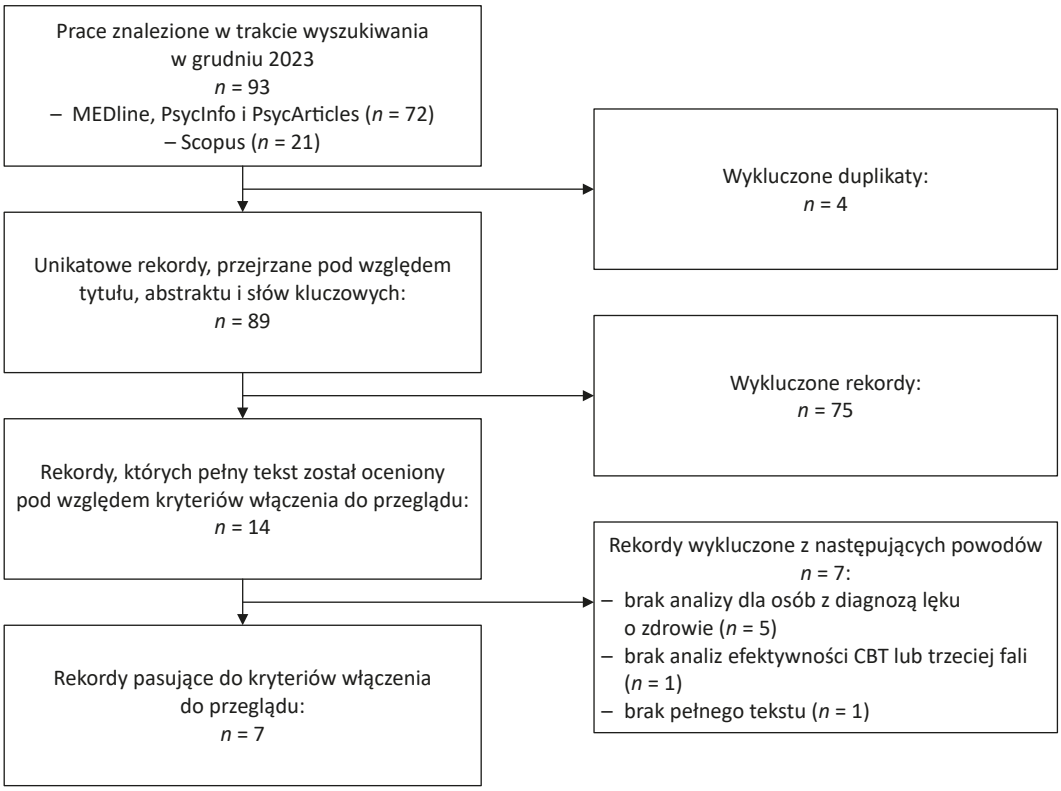
Podsumowując, opierając się na wytycznych APS, która przyznała ekspozycji poziom I, oznaczający wysoce udokumentowaną skuteczność dla osób dorosłych i II poziom dla dzieci i młodzieży oraz na przeglądzie literatury, jednosesyjny protokół Östa powinien być protokołem z wyboru do leczenia fobii specyficznych niezależnie od wieku pacjenta. Potrzebne są dalsze badania koncentrujące się na weryfikacji długoterminowych efektów tej terapii.

3.7. Zaburzenie z lękiem o stan zdrowia

Zaburzenie z lękiem o stan zdrowia (hipochondryczne, ICD-10: F45.21, ICD-11: 6B23, DSM-5: 300,7) polega na pochłonięciu myślą o byciu ciężko chorym lub możliwością wystąpienia ciężkiej choroby, przy braku występowania objawów somatycznych uzasadniających nadmierną reakcję lękową, jednoczesnym występowaniu stałego niepokoju oraz przesadnych zachowań związanych ze zdrowiem (np. monitorowanie swojego ciała, poddawanie się procedurom diagnostycznym, poszukiwanie uwagi i otuchy ze strony personelu medycznego). Stan ten musi utrzymywać się co najmniej 6 miesięcy, aby można było diagnozować zaburzenie hipochondryczne. Szacuje się, że rozpowszechnienie zaburzeń hipochondrycznych w populacji ogólnej występuje na poziomie 0,1%, a u osób leczonych ambulatoryjnie na poziomie 0,75% (Newby i in., 2017).

3.7.1. Metoda

Do przeszukiwania baz danych wykorzystano frazy ogólne opisane w metodologii całego przeglądu oraz (*health anxiety*) OR *hypochondria* OR *hypochondriasis* OR (*illness anxiety*). Przeszukano cztery bazy artykułów MEDline, PsycInfo i PsycArticles oraz Scopus. Łączna liczba wyszukań wyniosła 93, z czego wykluczono cztery duplikaty. Pierwszy screening na podstawie tytułów, abstraktów oraz słów kluczowych został przeprowadzony na 89 artykułach i pozwolił na wykluczenie 75 rekordów. Po przeprowadzeniu drugiego screeningu na podstawie pełnych tekstów artykułów wykluczono kolejnych siedem artykułów, co ostatecznie pozwoliło na włączenie siedmiu metaanaliz oraz systematycznych przeglądów do tego opracowania. Zgodność ocen dwojga autorów oceniających (KS, JW) artykuły wyniosła 79%. Szczegółowy opis procesu wyboru artykułów oraz lista powodów wykluczeń została zamieszona na **rysunku 8.** Tabela z opisem wybranych metaanaliz i przeglądów systematycznych znajduje się w **załączniku 1.7** (s. 158). Lista siedmiu znalezionych prac przeglądowych i metaanaliz na temat psychoterapii zaburzenia z lękiem o stan zdrowia została przedstawiona w **załączniku 2.7** (s. 207).



Rysunek 8. Badania dotyczące skuteczności psychoterapii zaburzeń z lękiem o zdrowie

3.7.2. Skuteczność psychoterapii w zaburzeniu z lękiem o zdrowie

Ze względu na brak metaanaliz badań przeprowadzanych w grupie dzieci w opracowaniu skupiono się wyłącznie na osobach dorosłych. Spośród wyszukanych rekordów wybrano cztery artykuły dotyczące skuteczności psychoterapii CBT wśród osób z diagnozą zaburzenia z lękiem o zdrowie. Nie wszystkie wybrane w drugim etapie przeglądu metaanalizy zostały uwzględnione w tabeli z podsumowaniem, co wiązało się z małą liczbą badań oraz ich ograniczeniami metodologicznymi. Do szczegółowej analizy wybrano w związku z tym artykuły opublikowane w latach 2014–2022. Wszystkie prezentowane metaanalizy dotyczą skuteczności CBT w porównaniu z różnymi warunkami kontrolnymi oraz w odniesieniu do ich skuteczności krótkoterminowej i długoterminowej (*follow-up*).

3.7.2.1. Psychoterapia dorosłych. Badania skuteczności CBT w latach 2010–2022 zostały przedstawione w czterech systematycznych przeglądach połączonych z metaanalizami, dwóch metaanalizach oraz jednym systematycznym przeglądzie. Prezentowane wnioski pochodzą z czterech metaanaliz, odnoszących się do porównania skuteczności (1) CBT z warunkami kontrolnymi (Cooper i in., 2017; Fineberg i in., 2022; Olatunji i in., 2014), (2) interwencji psychologicznych dla zaburzeń z lękiem o zdrowie (Mass i in., 2022).

W najnowszej prezentowanej w tym opracowaniu metaanalizie z 2022 r. (Fineberg i in., 2022) przeanalizowano 13 badań RTC, przeprowadzonych łącznie wśród 1450 badanych.

Porównywano w niej skuteczność terapii CBT do następujących warunków kontrolnych – listy oczekujących, placebo, terapii jak zazwyczaj oraz SSRI. Wyniki wskazują, że w wyniku przeprowadzonej interwencji CBT nasilenie lęku o zdrowie obniżyło się (*g* = –0,06). CBT jest skuteczniejsze od takich warunków kontrolnych jak lista oczekujących, placebo i TAU, natomiast nie była bardziej skuteczna w porównaniu z SSRI. Co ciekawe, wskazano również, że interwencja w młodszym wieku skutkuje lepszymi efektami CBT. Ze względu na znaczną niejednorodność analizowanych badań do opisywanych wniosków należy podchodzić jednak z ostrożnością.

W kolejnej metaanalizie (Maas i in., 2020) porównywano efektywność różnych interwencji psychologicznych w redukcji objawów somatycznych oraz nasilenia lęku u osób z diagnozą hipochondrii z niespecyficznymi grupami kontrolnymi, np. listą oczekujących, leczeniem jak zazwyczaj czy placebo oraz specyficznym warunkiem kontrolnym w postaci aktywnej interwencji lub farmakoterapii. W ramach uwzględnionych interwencji analizowano terapię ekspozycyjną, terapię poznawczą, terapię behawioralną nakierowaną na redukcję stresu, internetową CBT oraz krótkoterminową PDT, PE, interwencję nastawioną na rozwiązywanie problemów, interwencję online opartą o techniki zarządzania stresem, forum dyskusyjne o sposobach radzenia sobie z lękiem, terapię krótkoterminową czy paroksetynę (SSRI). Podobnie jak w opisywanej wcześniej metaanalizie wnioski z tego badania wskazują, że CBT w porównaniu z niespecyficznymi warunkami kontrolnymi okazała się bardziej skuteczna po zakończeniu leczenia w obniżaniu nasilenia lęku o zdrowie (*g* = 1,27), chociaż w badaniach *follow-up* efekt obniżył się do poziomu umiarkowanego (*g* = 0,62). Również w porównaniu z aktywnymi grupami kontrolnymi interwencje oparte na CBT były skuteczniejsze niż inne metody z dużą wielkością efektu po zakończeniu leczenia (*g* = 0,87).

W metaanalizie Olatunji i współpracowników (2014) wykazano, że CBT wykazywała większą skuteczność w leczeniu w porównaniu z terapią jak zazwyczaj, listą oczekujących lub otrzymujących leczenie placebo. Autorzy odnotowali jednak mniejszą skuteczność CBT względem grupy TAU niż w przypadku osób leczonych CBT w odniesieniu do osób z innych grup kontrolnych. Odnotowano, że im dłużej trwała terapia, tym wykazywała większą skuteczność. Efekt CBT w perspektywie krótkoterminowej jest opisywany jako duży, a w perspektywie długoterminowej jako niewielki. Oznacza to, że efekty CBT w leczeniu hipochondrii mogą ulec zmniejszeniu wraz z czasem, który mija od ukończenia psychoterapii.

W ostatniej pracy autorstwa Cooper i współpracowników (2017) analizowano wyniki pochodzące z 14 prac, wskazując na dużą wielkość efektu osiąganą w CBT w leczeniu lęku o zdrowie w porównaniu z grupami kontrolnymi, zarówno bezpośrednio po interwencji, jak i po 6–12 miesiącach od jej zakończenia. Podobnie jak w poprzedniej pracy, skuteczność CBT była większa w porównaniu z osobami z listy oczekujących niż w przypadku porównania z TAU, zarówno w perspektywie krótkoterminowej, jak i w okresie 6–12 miesięcy po zakończeniu leczenia. Dodatkowo znaczną skuteczność CBT odnotowano również w pracy z osobami niespełniającymi wszystkich kryteriów diagnostycznych hipochondrii, a jedynie prezentujących część objawów oraz z osobami starszymi, u których zdiagnozowano lęk o zdrowie. Autorzy podkreślają, że ograniczeniem tej pracy jest znaczna niejednorodność w zakresie charakterystyk uczestników, protokołów badawczych i wskaźników pomiarowych.

3.7.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób z zaburzeniem z lękiem o zdrowie

American Psychological Association, American Psychiatric Association, National Institute for Health and Care Excellence nie wydały zaleceń w zakresie leczenia lęku o zdrowie u osób dorosłych oraz u dzieci i młodzieży. W związku z narastającą liczbą osób cierpiących na zaburzenie hipochondryczne pojawiają się doniesienia o konieczności stworzenia rekomendacji wydanych przez NICE (Bailey, 2024).

Australian Psychological Society w swoim przeglądzie z 2018 r. określiła, że dla dorosłych CBT i PE posiada silne dowody naukowe dokumentujące ich skuteczność (poziom I). Warunkowo zalecana (II poziom referencji) może być online CBT, biblioterapia oparta na CBT, ACT i MBCT.

3.7.4. Dyskusja

Podsumowując, metaanaliz i systematycznych przeglądów dotyczących skuteczności CBT w leczeniu zaburzeń hipochondrycznych u osób dorosłych, jak również u dzieci i młodzieży jest wciąż niewiele. Dostępne prace wskazują na umiarkowaną jakość i wysokie ryzyko tendencyjności analizowanych badań, co oznacza potrzebę dalszej eksploracji tematu leczenia hipochondrii w różnych grupach wiekowych w rzetelnych badaniach RTC.

Wnioski pochodzące z dostępnych badań wskazują na dużą skuteczność CBT u osób dorosłych w perspektywie krótkoterminowej, jednak skuteczność ta maleje wraz z upływem czasu od zakończenia interwencji. CBT zaburzeń hipochondrycznych okazywała się również skuteczna u osób przejawiających cechy lęku o zdrowie, a niespełniających kryteriów tego zaburzenia oraz u osób w starszych grupach wiekowych. Podsumowanie dwóch metaanaliz wskazuje na większą skuteczność CBT w porównaniu z listą oczekujących niż CBT w porównaniu z TAU. Może to sugerować, że aktywne interwencje wpływają na obniżenie deklarowanego lęku o zdrowie, jednak terapia CBT wykazywała większą skuteczność w redukowaniu klinicznych objawów hipochondrii.

Przyszłe badania powinny skupić się na identyfikacji odpowiednich strategii umożliwiających podtrzymanie efektów terapeutycznych w perspektywie długoterminowej u osób dorosłych oraz weryfikacji skuteczności CBT u dzieci i młodzieży doświadczających lęku o zdrowie.

3.8. Zaburzenie po stresie traumatycznym

Zaburzenie po stresie traumatycznym (ICD-10: F43; ICD-11: 6B40; DSM-5: 309.81; *posttraumatic stress disorder*, PTSD), in. zespół stresu pourazowego/zaburzenie stresowe pourazowe – to zaburzenie stwierdzane najwcześniej miesiąc po doświadczeniu zdarzenia traumatycznego (traumy), a więc związanego z poczuciem skrajnego zagrożenia lub przerażania. Przykłady zdarzeń traumatycznych to konflikty zbrojne, akty terrorystyczne, poważne wypadki komunikacyjne, przemoc seksualna, napaść fizyczna, a także bycie świadkiem odniesienia obrażeń przez innych ludzi lub ich śmierci oraz dowiedzenie się o nagłej śmierci bliskiej osoby (traumatyzacja wtórna). Główne symptomy to ponowne przeżywanie traumy (w formie wyrazistych

intruzywnych wspomnień, przebłysków czy koszmarów sennych), unikanie bodźców ją przypominających – wewnętrznych (myśli, emocji) lub zewnętrznych (sytuacji, miejsc, ludzi) – oraz objawy nadmiernego pobudzenia wynikające z utrzymującego się poczucia ciągłego zagrożenia (w szczególności nadmierna czujność oraz wzmożona reakcja przestrachu na bodźce o gwałtownym charakterze). PTSD jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń w populacji ogólnej osób dorosłych; wskaźniki rozpowszechnienia w ciągu 12 miesięcy przed badaniem, w różnych krajach europejskich, wahają się od 0,4% w przypadku Hiszpanii do niemal 4% w Irlandii Północnej (Trautmann i Wittchen, 2018; Wittchen i in., 2011) i 7% w Chorwacji (Burri i Maercker, 2014). Ostatnie badania przeprowadzone w Polsce po pandemii COVID-19 wskazują na znacznie wyższe możliwe rozpowszechnienie PTSD, sięgające nawet 19% (Rzeszutek i in., 2023). Natomiast jeżeli chodzi o dzieci i młodzież, to Hitchcock i in. (2021) szacują występowanie PTSD w tej populacji w Wielkiej Brytanii na 1,2%, przy zastosowaniu kryteriów z DSM, natomiast po zastosowaniu kryteriów alternatywnych, dostosowanych do specyfiki populacji, z uwzględnieniem problemu niedoszacowania występowania zaburzenia u małych dzieci – na 14%. Z kolei w badaniach przeprowadzonych po pandemii COVID-19 rozpowszechnienie dziecięcego PTSD oceniono na 28% (Yang i in., 2022).

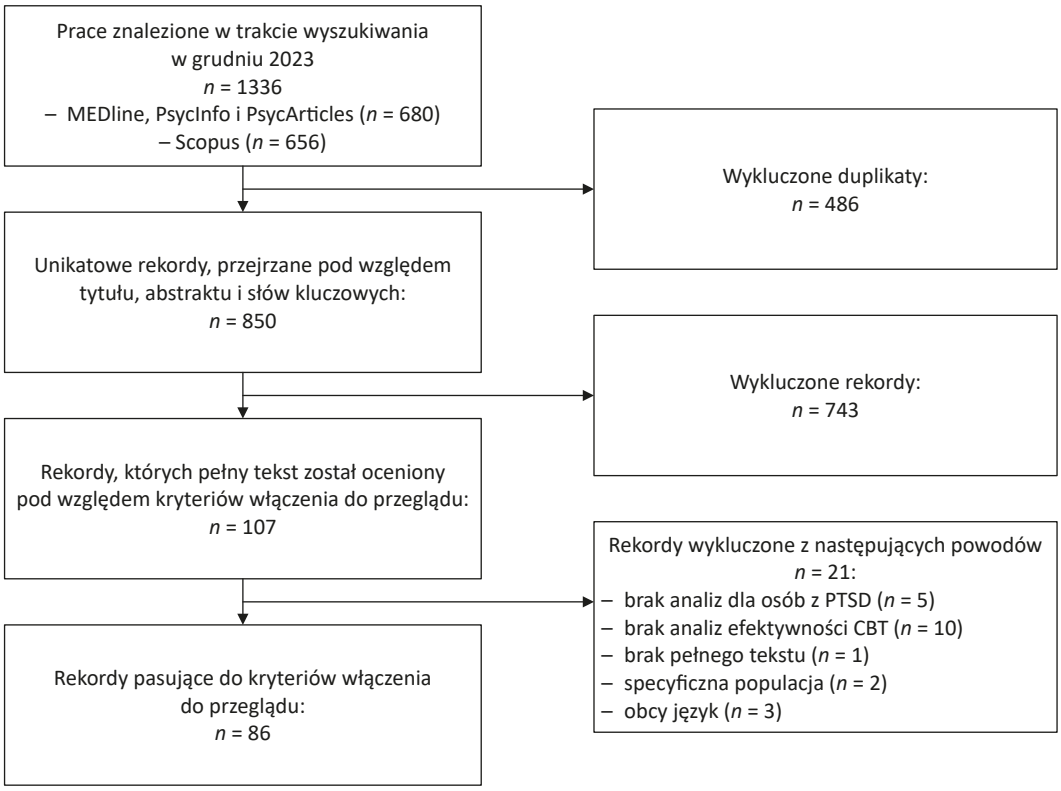
W najnowszej edycji ICD-11 wyróżnia się także złożone PTSD (*complex PTSD*, C-PTSD), które charakteryzuje się trudnościami z regulowaniem afektu, skrajnie negatywnymi przekonaniami dotyczącymi własnej osoby oraz problemami w utrzymywaniu satysfakcjonujących relacji z ludźmi i odczuwaniem bliskości. C-PTSD jest możliwą konsekwencją długotrwałych lub powtarzających się doświadczeń traumatycznych, takich jak przemoc fizyczna lub seksualna w dzieciństwie, przemoc domowa w wieku dorosłym, doświadczenie tortur, niewolnictwa czy ludobójstwa. Rozpowszechnienie C-PTSD w populacji ogólnej szacuje się na od 1 do 8% (Maercker i in., 2022).

3.8.1. Metoda

Do przeszukiwania baz danych wykorzystano frazy opisane w metodzie całego przeglądu oraz (*trauma related*) OR (*post-traumatic stress*) OR PTSD z przedrostkiem AND. Znaleziono 680 artykułów w bazach MEDline, PsycInfo i PsycArticles oraz 656 artykułów z bazy Scopus, co dało łączną liczbę 1336 artykułów. Po wykluczeniu 486 duplikatów pierwszy screening został przeprowadzony na 850 artykułach. Przegląd po tytułach i abstraktach pozwolił na wykluczenie 743 artykułów. Przegląd pełnych tekstów artykułów doprowadził do wykluczenia 21 z nich, co dało łączną liczbę 86 metaanaliz i systematycznych przeglądów skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej dla PTSD. Metaanalizy wykluczone ze względu na brak analiz dla osób z PTSD dotyczyły zagregowanego wyniku dla zaburzeń lękowych, bez wyróżnienia efektywności dla samego PTSD; na brak efektywności CBT dotyczyły efektywności NET, IPT, aktywacji behawioralnej lub zagregowanego wskaźnika psychoterapii bez podanej modalności, gdzie CBT nie występowało nawet jako grupa porównawcza.

Warto również wspomnieć, że zgodnie z metodą przeglądu do analiz wybrano wyłącznie terapię PTSD dla populacji ogólnych. Wykluczono więc na pierwszym i drugim etapie artykuły opisujące skuteczność terapii dla weteranów i ofiar wojny (n = 35); ofiar przemocy głównie seksualnej (n = 26); traum okołoporodowych (n = 17); służb pomocowych (n = 9); kataklizmów naturalnych (n = 7); wypadków komunikacyjnych (n = 3); populacji penitencjarnej (n = 2); osób

niepełnosprawnych umysłowo (*n* = 2); zdarzeń okołomedycznych (*n* = 2). Dodanie tych specyficznych populacji zwiększyłoby pulę badań do 188, jednak dawałoby ryzyko, że 10 najnowszych badań ograniczałoby się do bardzo specyficznych obszarów pracy, nie dając pełnego obrazu efektywności terapii PTSD. Zgodność ocen pomiędzy dwojgiem autorów (MD, AŚ) wyniosła 67,3%. Niezgodności dotyczyły przede wszystkim tego, na ile systematyczne przeglądy powinny być włączone do pełnej listy artykułów. Cały proces z kryteriami wykluczenia zobrazowano na **rysunku 9**. Tabela z opisem wybranych metaanaliz i przeglądów systematycznych znajduje się w **załączniku 1.8** (s. 159). Lista 86 znalezionych prac przeglądowych i metaanaliz na temat psychoterapii zaburzenia po stresie traumatycznym przedstawiono w **załączniku 2.8** (s. 208).



Rysunek 9. Proces selekcji badań nad skutecznością psychoterapii zaburzenia po stresie traumatycznym

3.8.2. Skuteczność psychoterapii w zaburzeniu po stresie traumatycznym

Spośród 86 przeglądów i metaanaliz wybrano pięć opisujących skuteczność terapii dla osób dorosłych i pięć opisujących skuteczność terapii dzieci i młodzieży. Dla dzieci i młodzieży wybrano pięć najnowszych metaanaliz, natomiast dla osób dorosłych wybrano przeglądy, w zakresie których znalazły się również takie, które nie są najnowszymi z wyszukiwania. Zdecydowano się na to, ponieważ dwie pierwsze metaanalizy z 2023 r. są oparte na ogromnych

próbach (*n* = 11 565 i *n* = 6482) i porównują ze sobą rożne modalności terapii. Ponieważ daje to pełny obraz aktualnego stanu badań, wybrano trzecią metaanalizę z 2020 r., która opisuje skuteczność terapii dla C-PTSD oraz przeglądy opisujące skuteczność terapii metapoznawczej (MCT) oraz terapii schematów (ST) w leczeniu PTSD. W 86 wyszukanych przeglądach nie ma niestety żadnej metaanalizy dotyczącej MCT i ST, stąd wybór padł na najnowsze systematyczne przeglądy. Taki wybór, daje jednak szeroki przegląd skuteczności różnych modalności CBT i obrazuje aktualny stan badań nad skutecznością terapii PTSD.

Warto podkreślić, że podstawowym modelem analizowanym w przeglądanej literaturze jest terapia poznawczo-behawioralna skoncentrowana na traumie (TF-CBT). To ogólny termin różnych podejść opartych na modelu poznawczo-behawioralnym, które uwzględniają jednocześnie znaczenie przetwarzania traumatycznego wspomnienia. Do tej grupy zalicza się: ekspozycję przedłużoną Foa, terapię przetwarzania poznawczego Resick, terapię poznawczo-behawioralną Ehlers i narracyjną terapię ekspozycyjną Neuner (por. Kaminer i in., 2023).

3.8.2.1. Psychoterapia dorosłych. Opis skuteczności terapii PTSD warto zacząć od dwóch najnowszych metaanaliz. Hoppen i in. (2023) przeprowadził analizę 157 badań RCT na łącznej liczbie *n* = 11 565 osób. Ta metaanaliza pozwala na przyjrzenie się skuteczności TF-CBT w porównaniu z EMDR, innych terapii opartych na przetwarzaniu traumy oraz terapii nieskoncentrowanych na traumie (*non*-TF). Wyniki pokazują, że wszystkie terapie skoncentrowane i nieskoncentrowane na traumie są skutecznym leczeniem PTSD w porównaniu z listą osób oczekujących oraz do TAU. Wynik był podobny, gdy wykluczono z analiz badania o niskiej jakości. Ciekawe są jednak porównania metod między sobą. TF-CBT nie różni się istotnie skutecznością od EMDR, ale różni się istotnie skutecznością od innych terapii *non*-TF. EMDR zaś nie różni się istotnie od *non*-TF, ale warto podkreślić, że liczba badań EMDR jest dużo mniejsza niż tych obejmujących TF-CBT. Bardzo podobne wyniki uzyskano w metaanalizie Östa i in. (2023). Jednak ciekawym dodatkiem jest analiza długoterminowych efektów terapii (*follow-up*). Uwzględniono tam 18 badań, które monitorowały osoby leczone z PTSD od 1 do 12 miesięcy po zakończeniu terapii. Długoterminowy efekt TF-CBT jest określany jako zadowalający.

Coventry i in. (2020) postanowili zweryfikować skuteczność różnych terapii w leczeniu C-PTSD. W swojej analizie znaleźli wskaźniki skuteczności dla TF-CBT, EMDR, CBT, terapii opartych na *mindfulness* i psychodynamicznej terapii interpersonalnej (IPT) w porównaniu z TAU lub listą oczekujących. Wszystkie terapie (poza CBT nieskoncentrowanym na traumie) okazały się skutecznymi metodami leczenia kompleksowej traumy. Najwyższe wskaźniki skuteczności uzyskała terapia IPT, jednakże autorzy podkreślają, że przedział ufności, w którym mieści się uzyskany wynik, jest bardzo wysoki. Drugi wynik uzyskała TF-CBT i trzeci EMDR. Warto podkreślić, że terapie *non*-TF nie wykazały istotnej zmiany w porównaniu z listą oczekujących w leczeniu osób z C-PTSD. Tylko dla TF-CBT można było wykonać analizy badań porównawczych z aktywnym leczeniem i również w tej analizie TF-CBT okazało się skuteczną metodą leczenia. Badania z wykorzystaniem klasycznego CBT, terapii opartych na *mindfulness* i IPT uzyskały wskaźnik heterogeniczności równy 0%, co wskazuje na małą liczbę wysokiej jakości badań. Wpływ na ten wskaźnik na pewno ma liczba badań, na których oparte były obliczenia (od 2 do 4 badań) z małą liczbą osób badanych.

W przeglądzie literatury znaleźliśmy też badania weryfikujące skuteczność MCT. Przegląd literatury (Brown i in., 2022) wykazał, że efekty MCT przed terapią i po terapii są na wysokim poziomie i wahają się od *d* = –0,74 do *d* = –3,61. Cztery badania zweryfikowały dodatkowo

efekty długoterminowe i wykazały utrzymywanie się efektu terapeutycznego. Trzeba jednak podkreślić, że jest to systematyczny przegląd literatury oparty na badaniach o niskiej jakości. Niektóre były oparte na 6–11 uczestnikach. Wyniki więc są obiecujące, ale wymagają potwierdzenia w wysokiej jakości badaniach RCT z aktywnymi grupami kontrolnymi.

Drugi przegląd literatury dotyczył terapii schematu stosowanej dla osób z PTSD (Peeters i in., 2022). Tutaj od razu trzeba zaznaczyć, że przegląd opiera się na dwóch badaniach na łącznej liczbie osób $n = 142$. Wielkość efektu dla tych dwóch badań terapii schematu wyniosła $d = 0{,}67$ i $d = 3{,}02$. W jednym z tych badań porównano nawet terapię schematu z TF-CBT. W tym porównaniu terapia schematu okazała się skuteczniejsza niż TF-CBT ($d = 0{,}48$). Warto jednak podkreślić, tak jak w poprzednim przeglądzie, że są to wyniki pojedynczych badań o niskiej jakości i wyciąganie wniosków z dużym poziomem pewności jest tutaj nieuprawnione.

3.8.2.2. Psychoterapia dzieci i młodzieży. W przypadku dzieci i młodzieży skupiono się na pracach najnowszych, opublikowanych w 2022 i 2023 r. Pierwsza metaanaliza badań, dokonana przez Thielemanna i współpracowników (2022), koncentruje się na ocenie skuteczności indywidualnej TF-CBT prowadzonej w modelu opracowanym dla dzieci i młodzieży oraz grupowej TF-CBT. Wśród kryteriów włączenia badań dotyczących terapii znalazły się ponadto: wiek dzieci i młodzieży w przedziale 3–21 lat, co najmniej jedno doświadczenie traumatyczne, ilościowa ocena nasilenia objawów potraumatycznych. Uwzględniono łącznie 28 RCT i 33 badania bez grup kontrolnych. W przypadku większości badań ($n = 59$) w proces terapii w różnym stopniu włączony był rodzic lub opiekun dziecka (w blisko 90% były to kobiety). W przypadku niektórych badań protokół terapii był rozszerzany poprzez dodanie od 4 do 8 sesji skoncentrowanych na pracy z żałobą, dodatkowych aktywności z innych protokołów lub też elementów specyficznych dla określonej kultury, takich jak metafory, nazewnictwo, piosenki, gry czy wierzenia religijne. Badania były wysoce różnorodne, ze względu na grupy pacjentów (np. dzieci uchodźcze, osierocone, z rodzin zastępczych) oraz rodzaje doświadczeń traumatycznych (np. trauma seksualna, związana z wojną, mieszana). W analizach wykluczano badania ocenione jako badania wysokiego ryzyka (5 RCT i 22 bez grup kontrolnych). Wykazano wysoką skuteczność TF-CBT przy porównywaniu uzyskanych wskaźników przed leczeniem i po leczeniu oraz przy ich porównywaniu z warunkami kontrolnymi (lista oczekujących, TAU, terapia aktywna; przy czym dwie ostatnie połączone w jedną kategorię w analizie ze względu na podobieństwo zawartości). Okazało się, że uzyskane efekty są szczególnie wyraźne w przypadku grupowej TF-CBT i dotyczą nie tylko objawów potraumatycznych, lecz także symptomów depresji i lęku oraz żałoby. Jak podkreślają autorzy, wyniki przeprowadzonej przez nich metaanalizy wspierają międzynarodowe rekomendacje wskazujące na TF-CBT jako terapię pierwszego wyboru w PTSD także w przypadku dzieci i młodzieży (i młodych dorosłych).

De Haan i współpracownicy (2023) przeprowadzili pierwszą metaanalizę danych indywidualnych uczestników badań: dzieci i młodzieży w wieku od 6 do 18 lat, z doświadczeniem traumy. Uwzględniono 25 badań RCT i badań bez grupy kontrolnej. Wśród zastosowanych terapii z nurtu CBT znajdowały się TF-CBT lub CBT skoncentrowana na doświadczonej przemocy (*abuse-focused CBT*), CBT, terapia poznawcza, terapia poznawczo-behawioralna poprzez pisanie, terapia przetwarzania poznawczego, terapia przedłużonej ekspozycji, NET oraz regulacja afektu związanego z traumą. Warunki kontrolne obejmowały TAU, terapię, która nie była TF-CBT, ale odbywała się według określonego protokołu (medytacja relaksacyjna, konsultacje wspierające, wspierająca terapia relacyjna, ograniczona w czasie terapia psychodynamiczna) oraz inne terapie skoncentrowane na traumie, ale nie CBT (EMDR, techniki

wolności emocjonalnej). Wyniki wspierają zastosowanie TF-CBT w leczeniu pierwszego wyboru, niezależnie od wieku, płci, cech zdarzenia traumatycznego czy też włączenia w leczenie opiekunów, a korzystne efekty były szczególnie wyraźne dla osób o wysokim wyjściowym poziomie dystresu.

Hoppen i współpracownicy (2023) skoncentrowali się na próbie znalezienia odpowiedzi na pytanie, czy skuteczność interwencji psychologicznych zależy od tego, czy nieletni pacjenci doświadczyli traumy incydentalnej, czy wielokrotnej. Wyodrębniono cztery rodzaje terapii: TF-CBT, EMDR, inne interwencje psychologiczne (np. terapia psychoanalityczna, leczenie wspomagane duchową hipnozą) oraz terapie multidyscyplinarne, takie jak intensywne multimodalne programy grupowe, redukcja ryzyka poprzez terapię rodzin, nauka technik zdrowienia. Warunki kontrolne zostały podzielone na pasywne (lista oczekujących, brak leczenia) i aktywne (TAU, konsultacje wspierające). Rezultaty metaanalizy nie potwierdziły hipotezy, jakoby wraz z wielokrotnością doświadczonych traum zmniejszała się skuteczność interwencji psychologicznych. Ogólnie, uzyskano dobrą odpowiedź na wszystkie uwzględnione kategorie interwencji psychologicznych, jednak analiza ich skuteczności w zależności od rodzaju doświadczeń traumatycznych była możliwa tylko wobec pasywnego warunku kontrolnego, nie znaleziono bowiem wystarczającej liczby badań z warunkiem aktywnym w przypadku traumy incydentalnej (oddzielnie potwierdzono skuteczność TF-CBT w przypadku traum wielokrotnych w badaniach z aktywnymi i nieaktywnymi warunkami kontrolnymi oraz w przypadku traum incydentalnych w badaniach z nieaktywnymi warunkami kontrolnymi). Autorzy, podsumowując wyniki metaanalizy, wskazują, że uzyskane rezultaty można uznać ogólnie za optymistyczne, zważywszy, że osoby po doświadczeniach traumy wielokrotnej mają zazwyczaj bardziej nasilone objawy PTSD. Może mieć to znaczenie dla terapii osób z C-PTSD, ale jak dotąd brakuje badań wspierających tę tezę; pewne rozeznanie dają wyniki badań nad skutecznością terapii osób dorosłych z doświadczeniem złożonej traumy. Ponadto mimo że podejścia niespecyficzne mogą być postrzegane jako bardziej odpowiednie dla dzieci i młodzieży po traumie złożonej, to jednak terapie skoncentrowane na traumie (w tym TF-CBT) wykazują dużo wyższe efekty i to one powinny stanowić leczenie pierwszego wyboru dla tej populacji.

Huang i współpracownicy (2022) w swojej metaanalizie RCT skoncentrowali się na problemie skuteczności wybranego rodzaju terapii z nurtu CBT – a mianowicie terapii ekspozycyjnej (ET), stosowanej w przypadku dzieci i młodzieży po doświadczeniu traumy, z diagnozą PTSD pełnego lub subklinicznego. Wśród ET uwzględniono przedłużoną ekspozycję, NET i KIDNET, a warunki kontrolne stanowiły aktywne grupy kontrolne, TAU i lista oczekujących. Metaanalizą objęto jedynie 6 RCT (n = 278), a inne badania potencjalnie kwalifikujące się wykluczono głównie z powodu dużego odsetka rezygnacji z terapii i niewystarczającej liczby badanych, która miała wynosić min. 10 uczestników. W badaniach tych uczestnicy mieli od 7 do 18 lat. Potwierdzono ogólną skuteczność ET, a PE okazała się bardziej efektywna w porównaniu z NET i KIDNET, jednak po uwzględnieniu wieku badanych efekty te potwierdzono jedynie w grupie nastolatków (≥ 14. roku życia); ograniczeniem metaanalizy jest jednak mała liczba uwzględnionych badań, a co za tym idzie – mała liczba uczestników.

Natomiast przykładem metaanalizy, w której koncentrowano uwagę na innej niż indywidualna forma CBT, jest metaanaliza Davis i współpracowników (2023), dotycząca interwencji grupowych w przypadku PTSD u dzieci i młodzieży (w wieku 6–19 lat). Większość badań uwzględnionych w metaanalizie (37 na 42) to badania skuteczności grupowej CBT; w pozostałych badaniach stosowano podejście kreatywne, PE, interwencję *mind body skills*. W większości badań grupę kontrolną stanowiła lista oczekujących, w pozostałych zaś aktywne warunki kontrolne, TAU,

inny rodzaj terapii grupowej, indywidualne interwencje skoncentrowane na traumie lub brak leczenia. Wśród analizowanych badań zidentyfikowano cztery podejścia posiadające protokoły, tj. TF-CBT, w tym terapię przetwarzania poznawczego (*cognitive processing therapy*, CPT), naukę technik zdrowienia, interwencję CBT w szkołach dla dzieci, które doświadczyły traumy (*Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools*, CBITS) oraz interwencję opartą o szkolną klasę, społeczność i kulturę (*Classroom-Community-Culture Based Intervention*). Ogólnie wykazano, że małoletni, którzy uczestniczyli w terapii grupowej niezależnie od jej rodzaju, wykazywali znaczącą poprawę w zakresie symptomów PTSD w porównaniu z warunkami kontrolnymi, przy czym wielkość efektów była od średniej do dużej dla porównania z warunkami pasywnymi, a od małej do średniej dla porównania z warunkami aktywnymi. TF-CBT, CBITS i nauka technik zdrowienia miały najlepsze rezultaty (metaanaliza została przeprowadzona dla nieaktywnych warunków kontrolnych). Autorzy konkludują, że poza indywidualną formą terapii, także terapia grupowa, zwłaszcza zaś TF-CBT, zasługuje na miano wartościowego źródła w terapii PTSD u dzieci i młodzieży.

3.8.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób z zaburzeniem po stresie traumatycznym

Wszystkie wiodące towarzystwa wydały swoje rekomendacje dotyczące sposobu leczenia PTSD.

Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (APA) (Courtois i in., 2017) zaleca terapię poznawczo-behawioralną skoncentrowaną na traumie (TF-CBT), uznając, że ma ona najwyższy stopień rekomendacji i powinna być leczeniem pierwszego wyboru. W wytycznych z 2017 r. wskazuje się jednak, że EMDR i NET (narracyjna terapia ekspozycyjna) mają coraz większą liczbę badań o wysokiej jakości, co może w przyszłości wpłynąć na zmianę kategorii na rekomendację pierwszego wyboru. Żadna inna terapia nie jest rekomendowana przez to Towarzystwo.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA) zaleca TF-CBT jako terapię pierwszego wyboru. Towarzystwo to stwierdza, że dotychczasowe badania wskazują na EMDR jako obiecujące podejście, lecz bez lepszej jakości badań jest to terapia drugiego wyboru. Jednak warto podkreślić, że rekomendacje APA psychiatrycznego są z 2004 r., a uaktualnione zostały ostatni raz w 2009 r. (Benedek i in., 2009).

National Institute for Health and Care Excellence (**NICE)** w swoich najnowszych wytycznych (NICE, 2018b) zaleca TF-CBT oraz EMDR. Nie ma wytycznych co do terapii drugiego wyboru.

Australijskie Stowarzyszenie Psychologów (APS) opiera swoje rekomendacje na raporcie przygotowanym przez Phelps i współpracowników (2022), gdzie przedstawiono rekomendacje dla terapii PTSD u osób dorosłych, określając TF-CBT i EMDR poziomem A (najwyższym) oznaczającym wysoce udokumentowaną skuteczność. Terapiami drugiego wyboru (poziom B) są grupowa terapia TF-CBT oraz wspomagana internetowa terapia TF-CBT, narracyjna terapia ekspozycyjna (NET), terapia skoncentrowana na teraźniejszości (*present centered therapy*, PCT) oraz trening zaszczepiania stresu (*stress inoculation training*, SIT). Dla dzieci i młodzieży silną rekomendację (A) uzyskała TF-CBT i TF-CBT obejmująca dziecko i opiekuna/opiekunów. Jeśli TF-CBT nie jest dostępne, terapią drugiego wyboru jest EMDR. Warto podkreślić, że zalecenia przyjęte przez APS obejmują również metody prewencji. Interwencje wobec dziecka i rodziny dotkniętych traumą (*child and family traumatic stress intervention,*

CFTSI) otrzymało tam warunkową ocenę (B) dla dzieci i młodzieży. U osób dorosłych wsparcie metodami CBT otrzymało poziom (A), a TF-CBT i EMDR poziom warunkowy B. Te zalecenia wskazują również, że *debriefing* zarówno grupowy, jak i indywidualny nie są zalecane do zapobiegania objawom PTSD.

Europejskie Towarzystwo Badań nad Stresem Traumatycznym (ESTSS) publikuje swoje (aktualne) rekomendacje na stronie internetowej (estss.org). Według ich wytycznych terapią pierwszego wyboru jest TF-CBT lub EMDR. Jest to spójne z rekomendacjami Międzynarodowego Towarzystwa Badań nad Stresem Traumatycznym (ISTSS, istss.org).

3.8.4. Dyskusja

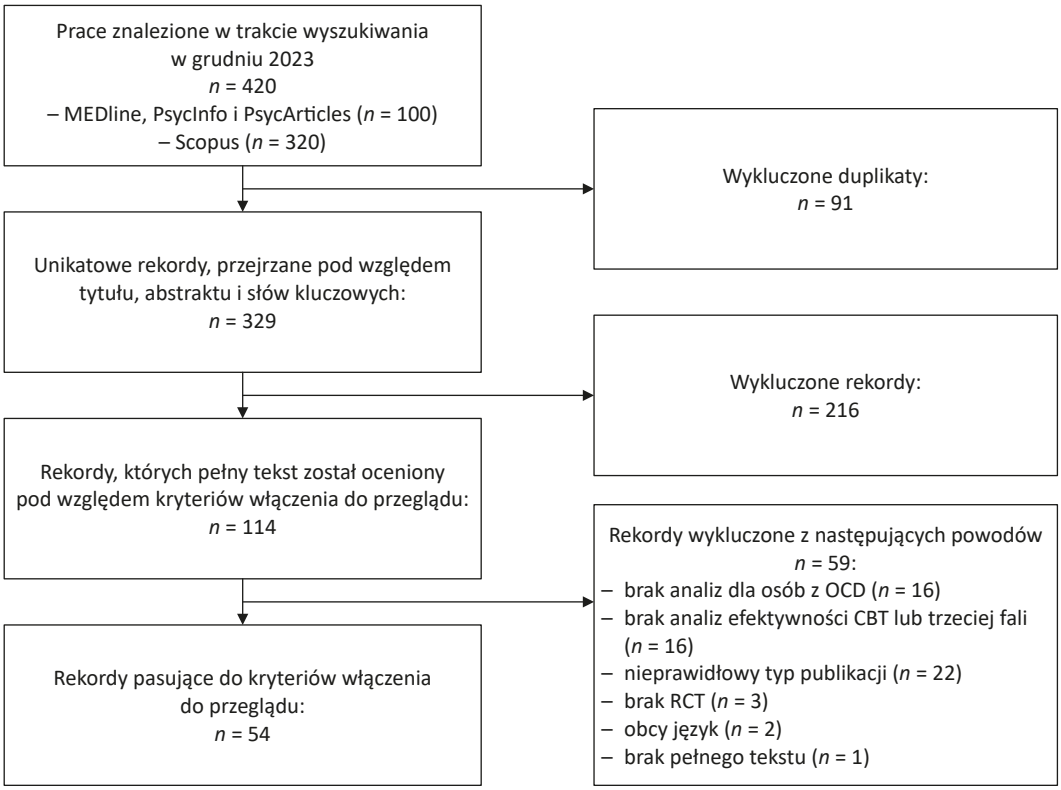
W porównaniu z wieloma innymi zaburzeniami skuteczność terapii PTSD została potwierdzona w ogromnej liczbie badań zarówno w populacji osób dorosłych, jak i dzieci i młodzieży. Wybrane do tego przeglądu metaanalizy, jak również rekomendacje uznanych międzynarodowo towarzystw wskazują jednoznacznie na udokumentowaną skuteczność TF-CBT w leczeniu osób z tym zaburzeniem po doświadczeniu traumy incydentalnej. Co ważne, wybrane metaanalizy potwierdzają skuteczność tej terapii dla osób w różnym wieku, a więc nie tylko dorosłych, lecz także dzieci i młodzieży. Dane pokazują również, że terapie nieskoncentrowane na traumie wykazują mniejszą skuteczność, niż te, w ramach których przetwarza się z klientem jego doświadczenie traumy (np. TF-CBT, EMDR, NET; por. Kowalski i in., 2023). TF-CBT zgodnie z przeglądem i zaleceniami towarzystw jest zatem psychoterapią należącą do leczenia pierwszego wyboru dla osób z objawami PTSD po traumie incydentalnej. W przypadku traumy wielokrotnej, złożonej i C-PTSD, zarówno TF-CBT, jak i IPT i EMDR okazały się skuteczne. Te dwie ostatnie wymagają jednak większej liczby dobrej jakości badań w celu potwierdzenia efektu. W przypadku dzieci i młodzieży doświadczających traumy złożonej TF-CBT okazała się skuteczną terapią, ale wskazane jest zgromadzenie większej liczby badań empirycznych, podobnie jak w przypadku skuteczności terapii z trzeciej fali CBT. Na koniec warto również zwrócić uwagę na fakt, że NICE, APS i APA psychiatryczne wskazują na potencjalną szkodliwość *debriefingu* jako metody, która miała zapobiegać rozwijaniu się symptomów PTSD.

3.9. Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (ICD-10: grupa F42; ICD-11: 6B20; DSM-5: 300,3; *obsessive-compulsive disorder*, OCD) charakteryzuje się występowaniem obsesji oraz kompulsji, które powodują znaczące upośledzenie funkcjonowania w różnych obszarach życia i znaczne cierpienie. Obsesje to nawracające myśli, impulsy lub wyobrażenia postrzegane jako natrętne i wywołujące lęk. Osoba cierpiąca na OCD odczuwa przymus powtarzania zachowań lub czynności umysłowych (kompulsji) w odpowiedzi na obsesje, aby zmniejszyć lęk i/albo zapobiec wydarzeniom, których się obawia. Występowanie OCD szacuje się na 1,3% wśród osób dorosłych, przy czym kobiety mogą być narażone na występowanie tego zaburzenia 1,6 raza częściej niż mężczyźni (Fawcett i in., 2020). Badania przeprowadzone na populacji amerykańskiej sugerują występowanie OCD u 1,6% dzieci (Gligorovic i in., 2023).

3.9.1. Metoda

Przeszukano cztery bazy artykułów (MEDline, PsycInfo i PsycArticles oraz Scopus) według procedury opisanej w metodzie całego przeglądu i z użyciem fraz: (*obsessive-compulsive disorder*) OR OCD. W ten sposób znaleziono 420 artykułów, spośród których wykluczono 91 duplikatów. Pozostało 329 artykułów, w których zostały przejrzane tytuły, abstrakty i słowa kluczowe. W wyniku tak przeprowadzonej oceny wykluczono 216 artykułów, a w przypadku pozostałych 113 przejrzane zostały całe teksty. Z tej puli zostały wykluczone artykuły, które nie spełniały kryteriów włączenia do tego przeglądu. Lista powodów wykluczenia została przedstawiona na **rysunku 10**. Pozostałe 54 artykuły zostały włączone do przeglądu. Zgodność dwóch autorek oceniających artykuły (DF, KS) wyniosła 81%. Szczegółowy opis procesu wyboru artykułów został przedstawiony na **rysunku 10**. Tabela z opisem wybranych metaanaliz i przeglądów systematycznych znajduje się w **załączniku 1.9** (s. 162). Lista 54 znalezionych prac przeglądowych i metaanaliz na temat psychoterapii OCD została przedstawiona w **załączniku 2.9** (s. 215).



Rysunek 10. Proces selekcji badań nad skutecznością psychoterapii zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego

3.9.2. Skuteczność psychoterapii w zaburzeniu obsesyjno-kompulsyjnym

Zgodnie z metodą przeglądu, spośród wyszukanych artykułów wybrano 10 – pięć dla osób dorosłych oraz pięć dla dzieci i adolescentów – dotyczące skuteczności psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Nie wszystkie wybrane metaanalizy dotyczących osób dorosłych są najnowszymi. Jest to związane z metodą przeglądu, w której ustalony został wybór prac dotyczący dorosłych i dzieci oddzielnie – w wykluczonych metaanalizach przeprowadzono łączne analizy badań dotyczących dzieci oraz dorosłych (np. Pseftogianni i in., 2023). W przypadku metaanaliz badań z udziałem dzieci i adolescentów brano pod uwagę również badania nierandomizowane i bez grupy kontrolnej (np. Bortoncello i in., 2022; Rosa-Alcazar i in., 2022). W związku z tym do przeglądu wybrano nieco starsze prace opublikowane w latach 2015–2022. Prezentowane badania dotyczą skuteczności BT, CBT oraz terapii trzeciej fali w porównaniu z różnymi warunkami kontrolnymi.

3.9.2.1. Psychoterapia dorosłych. Badania skuteczności psychoterapii poznawczo-behawioralnej w odniesieniu do osób z diagnozą OCD uwzględnione w tym przeglądzie i opublikowane w latach 2010–2022 zostały przedstawione w 29 systematycznych przeglądach połączonych z metaanalizami, 10 metaanalizach oraz trzech systematycznych przeglądach. Najnowsza uwzględniona w tym przeglądzie metaanaliza została opublikowana w 2022 r. (Hoppen i in., 2022) i odnosi się do skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej stosowanej przy użyciu technologii (skomputeryzowana CBT; cCBT), internetu (iCBT) lub biblioterapii (bCBT) i przy minimalnym wsparciu klinicysty (*self-help*). Psychoterapie porównywano z pasywnymi warunkami kontrolnymi (lista oczekujących lub placebo) oraz aktywnymi warunkami kontrolnymi (inna forma interwencji psychologicznej). Wnioski z badania wskazują, że w porównaniu z listą oczekujących lub placebo, CBT opierająca się na użyciu technologii z ograniczonym udziałem terapeuty jest efektywna w zmniejszaniu nasilenia objawów OCD. Takiego efektu nie zauważono natomiast w porównaniu z aktywnymi formami interwencji, co według autorów może wiązać się z ograniczoną liczbą dostępnych badań oraz dużą niejednorodnością porównywanych wyników.

W sieciowej metaanalizie przedstawiającej efektywność CBT dla OCD (Skapinakis i in., 2016) porównano interwencje psychologiczne oraz farmakologiczne. Wyniki badania wskazują, że CBT, terapia poznawcza oraz BT były bardziej skuteczne w porównaniu z leczeniem za pomocą SSRI oraz farmakologicznym placebo. Stwierdzono również, że kombinacja leczenia farmakologicznego z CBT lub BT ma wyższą efektywność aniżeli zastosowanie wyłącznie leków. Autorzy badania zwracają jednak uwagę na niedoskonałości metodologiczne analizowanych badań dotyczących skuteczności psychoterapii – w większości z nich pacjenci byli na stabilnych dawkach leczenia, co ogranicza możliwość generalizowania wyników oraz rekomendowania CBT/BT jako monoterapii, natomiast w przypadku pacjentów z dużym nasileniem objawów zalecane jest rozważenie kombinacji leczenia psychoterapeutycznego i farmakologicznego.

W kolejnej metaanalizie, autorstwa Schwarze i in. (2016), również analizowano skuteczność CBT, ale w formacie grupowym. Do analizy włączono 12 RCT, w których wyniki interwencji poznawczo-behawioralnej porównywano z aktywnymi i nieaktywnymi warunkami kontrolnymi. W pracy wykazano, że grupowa terapia jest skuteczna z dużą wielkością efektu w łagodzeniu objawów OCD w porównaniu z listą oczekujących. Nie stwierdzono natomiast znaczących różnic

pomiędzy formą grupową a aktywnymi grupami kontrolnymi, takimi jak psychoterapia indywidualna, farmakoterapia czy oddziaływania kontrolujące niespecyficzne czynniki leczące psychoterapii. Wyniki te sugerują, że psychoterapia grupowa może być skuteczną alternatywą dla CBT w formie indywidualnej, leczenia farmakologicznego czy innych form interwencji, np. relaksacji. Jednakże, jak twierdzą autorzy, do tych wniosków należy podchodzić z ostrożnością, ponieważ opierają się na stosunkowo niewielkiej liczbie badań o dość niskiej jakości.

W metaanalizie (Song i in., 2022) na podstawie 39 badań RCT przeanalizowano skuteczność terapii polegającej na ekspozycji z powstrzymaniem reakcji (*exposure and response prevention*, ERP) w porównaniu z inną formą terapii (np. RET, MCT, terapia poznawcza, d*anger ideation reduction therapy*, CBT czy ACT), placebo oraz farmakoterapią. Wyniki porównań wskazują, że ERP jest bardziej skuteczne w porównaniu ze wszystkimi warunkami kontrolnymi łącznie, natomiast bardziej szczegółowe analizy wskazują, że efekt ten utrzymuje się w porównaniu z placebo oraz terapią farmakologiczną, ale nie z innymi formami interwencji psychoterapeutycznej. Wprawdzie ERP jest uznawane za złoty standard w leczeniu OCD, ale autorzy spekulują, że wyniki ich badań mogą wskazywać, że być może istnieją inne, bardziej efektywne terapie OCD, chociaż takowe nie zostały jeszcze zidentyfikowane. Zaznaczają jednak, że ze względu na znaczną niejednorodność analizowanych badań, do opisywanych wniosków należy podchodzić z ostrożnością.

Do innych wniosków dotyczących skutecznych metod pracy z OCD doszli Soondrum i in. (2022). W badaniu dotyczącym skuteczności terapii trzeciej fali porównywano interwencje ACT z listą oczekujących, leczeniem farmakologicznym oraz inną formą terapii (ERP i relaksacją). Do analizy włączono osiem RCT obejmujących łącznie 366 badanych. Uzyskane wyniki wskazują na wyższą skuteczność ACT nie tylko w porównaniu ze wszystkimi warunkami kontrolnymi, lecz także w porównaniu z inną formą terapii i leczenia farmakologicznego. Autorzy badania zaznaczają jednak, że rodzaj warunków kontrolnych mógł mieć wpływ na otrzymane wyniki. W niektórych analizowanych badaniach ACT była stosowana równolegle z innymi terapiami, co może sugerować, że ACT może być terapią wspierającą dla innych ugruntowanych form leczenia OCD. Ze względu na małą liczbę badań i ich niejednorodność istnieje potrzeba przeprowadzenia kolejnych RCT, aby można wysunąć bardziej wiążące wnioski.

3.9.2.2. Psychoterapia dzieci i młodzieży. Wśród pięciu artykułów wybranych do omówienia znalazły się dwie metaanalizy sieciowe. W metaanalizie Tao i współpracowników (2022) CBT stosowana pojedynczo (monoterapia) została porównana z kilkoma lekami, placebo oraz kombinacjami niektórych leków i CBT. Wszystkie badane sposoby leczenia były bardziej skuteczne niż placebo, ale połączenie CBT z SSRI było bardziej skuteczne niż samo leczenie farmakologiczne. Co więcej, nie zaobserwowano różnicy w skuteczności pomiędzy CBT jako monoterapią i CBT połączoną z leczeniem farmakologicznym. Poza tym CBT jako monoterapia okazała się istotnie bardziej skuteczna niż większość leków (klomipramina, fluwoksamina, sertralina, paroksetyna). Wśród leków escitalopram okazał się najbardziej skutecznym lekiem dla dzieci i młodzieży. Ze względu na to, że autorzy uwzględnili tylko jedno RCT z CBT jako monoterapią, nie można wyciągnąć jednoznacznego wniosku o wyższości tego sposobu leczenia dzieci i młodzieży z OCD. Niemniej jednak autorzy sugerują, że kombinacja CBT i farmakoterapii jest obecnie najlepszym możliwym wyborem. Starsza metaanaliza sieciowa (Skapinakis i in., 2016) podaje wyniki osobno dla CBT i dla BT rozumianej jako ERP. Autorzy wykluczyli badania, gdzie stosowano terapię inną niż BT lub CBT lub gdzie interwencje behawioralne nie uwzględniały ERP. Średnie różnice zostały podane wyłącznie w przypadku

porównania z placebo farmakologicznym i SSRI. Zarówno CBT, jak i BT były bardziej skuteczne niż placebo farmakologiczne, ale porównania z placebo psychologicznym i SSRI nie okazały się istotne statystycznie, chociaż kierunek efektów był korzystny dla CBT.

Pozostałe trzy metaanalizy porównują CBT z aktywnymi i nieaktywnymi grupami kontrolnymi oraz z farmakoterapią. Najstarsza z nich (McGuire i in., 2015) potwierdza wysoką skuteczność CBT w leczeniu OCD u dzieci i młodzieży. CBT wykazała duże efekty w zakresie skuteczności leczenia, a SSRI – umiarkowane efekty. Badanie Östa i współpracowników (2016) jest kolejnym potwierdzeniem skuteczności CBT w leczeniu OCD u dzieci i młodzieży. CBT wykazała bardzo duże efekty w porównaniu z listą oczekujących i placebo. Zarówno CBT, jak i kombinacja CBT i SSRI prowadziły do korzystnych rezultatów ze średnią do dużej wielkości efektu. W porównaniu z aktywnymi grupami kontrolnymi (CBT połączona z SSRI, inny rodzaj CBT, monoterapia SSRI) CBT nie wykazała wyższej skuteczności. Natomiast jeśli chodzi o procent reakcji na leczenie i remisji, CBT oraz CBT połączona z SSRI były istotnie bardziej skuteczne niż monoterapia SSRI. CBT połączona z SSRI nie okazała się bardziej skuteczna niż monoterapia CBT.

Najnowsza metaanaliza (Uhre i in., 2020) potwierdza efekty opisane we wcześniejszych pracach. W porównaniu z grupami bez leczenia CBT wiązała się ze spadkiem intensywności objawów podobnie do efektów SSRI. Należy podkreślić, że w większości artykułów autorzy zaznaczają, że CBT stosowana w badaniach uwzględniała wdrożenie ERP.

3.9.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym

Australijskie Stowarzyszenie Psychologów (ASP), **brytyjskie NICE** oraz **Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatryczne** określiły rekomendacje dla terapii zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego.

CBT zawierająca w swoim protokole ERP otrzymała w przeglądzie **APS** najwyższy poziom oceny dowodów naukowych (APS, 2018), tak samo jak samopomocowe formy terapii oparte na CBT – w szczególności ERP przy użyciu komputera oraz CBT online. Do poziomu II zakwalifikowano ACT, interwencje rodzinne, MCT oraz MBCT. W przypadku dzieci i adolescentów w wieku od 3. do 18. roku życia na poziomie I zarekomendowano terapię CBT, na poziomie II terapię CBT w formie online, ale dla pacjentów w wieku 12–17 lat.

Zalecenia **NICE** wydano w 2005 r. i nie zostały od tamtego czasu zaktualizowane. Rekomendowane leczenie jest zależne od poziomu funkcjonowania pacjenta. W przypadku osób dorosłych o łagodnym upośledzeniu funkcjonowania rekomenduje się terapię o niskiej intensywności (mniej niż 10 godzin pracy terapeuty). Zaleca się następujące metody: (1) krótką indywidualną CBT (w tym ERP) z wykorzystaniem ustrukturyzowanych materiałów samopomocy, (2) krótką indywidualną CBT (w tym ERP) przy użyciu telefonu, (3) grupową CBT (w tym ERP). Dorosłym osobom z łagodnymi zaburzeniami funkcjonowania, które nie są w stanie zaangażować się w terapię lub w przypadku których leczenie o niskiej intensywności okazało się niewystarczające, należy zaoferować wybór pomiędzy leczeniem SSRI a bardziej intensywną formą CBT (w tym ERP). Dorosłym z umiarkowanym upośledzeniem funkcjonowania należy zaoferować wybór pomiędzy leczeniem SSRI a bardziej intensywną formą CBT (w tym ERP), natomiast osobom dorosłym z ciężkimi zaburzeniami leczenie skojarzone SSRI i CBT (w tym ERP). Należy zauważyć, że od 2005 r. te zalecenia nie były aktualizowane.

W odniesieniu do dzieci i adolescentów NICE rekomenduje, by w przypadku osób z OCD z łagodnymi zaburzeniami funkcjonowania rozważyć metody samopomocowe w połączeniu ze wsparciem dla rodziny lub opiekunów. Przy umiarkowanych lub ciężkich zaburzeniach oraz w przypadku osób, u których metody samopomocowe okazały się niewystarczające, należy zaproponować CBT (w tym ERP) z udziałem rodziny lub opiekunów dostosowaną do wieku rozwojowego dziecka. W zależności od preferencji dziecka lub adolescenta oraz ich rodziny lub opiekunów należy oferować formy grupowe lub indywidualne. W przypadku odmowy leczenia psychologicznego można rozważyć zastosowanie SSRI. W razie braku odpowiedzi na opisane wcześniej metody leczenia należy rozważyć współistnienie innych czynników i odpowiednio dostosować do nich leczenie OCD oparte na dowodach.

Również **American Psychiatric Association** określa rekomendacje dla OCD w zależności od nasilenia zaburzenia, objawów pacjenta, współwystępowania z innymi zaburzeniami zdrowia psychicznego i somatycznego oraz ich leczenia, dostępności terapii czy preferencji pacjenta. CBT, zawierające w sobie ERP oraz SSRI otrzymały I, najwyższy poziom rekomendacji (Koran i Simpson, 2013).

American Psychological Association nie wydało rekomendacji dla leczenia osób z OCD.

3.9.4. Dyskusja

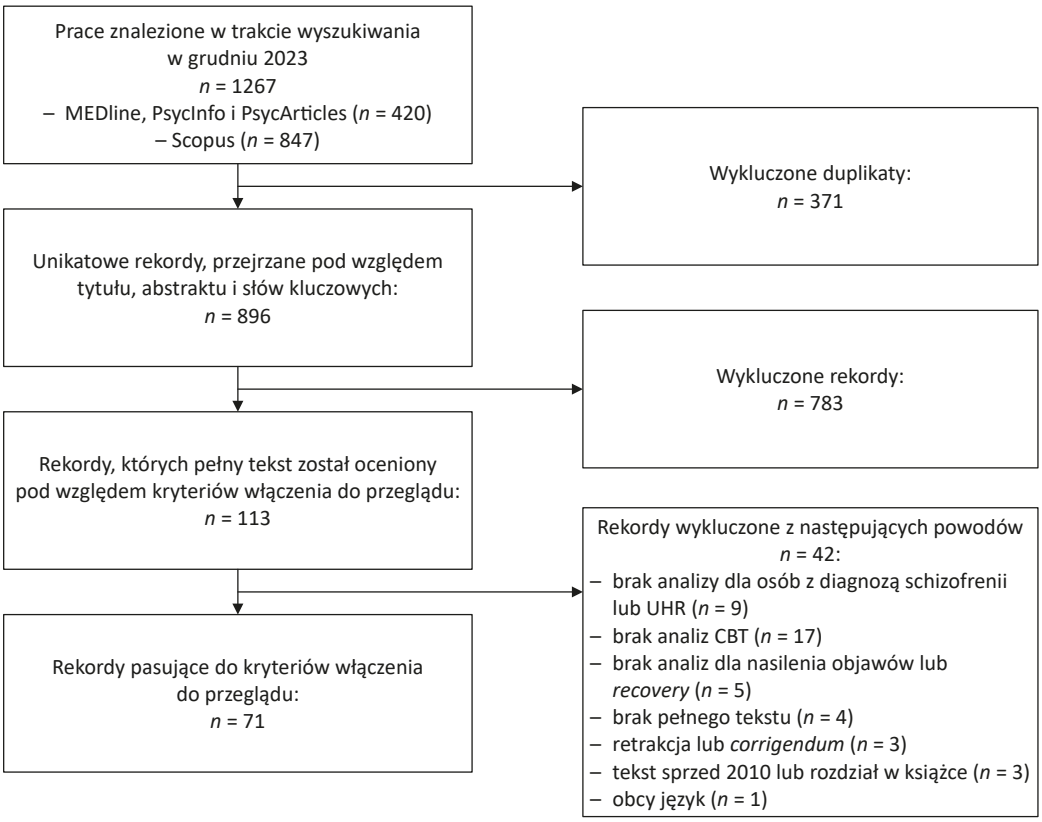
Od 2010 r. opublikowano 54 przeglądy systematyczne i metaanalizy weryfikujące skuteczność CBT i terapii trzeciej fali w terapii OCD oraz trzy rekomendacje organizacji rządowej (NICE), Australijskiego Stowarzyszenia Psychologów (APS) oraz Amerykańskiego Stowarzyszenia Psychiatrycznego (APA). W wybranych metaanalizach następujące formy CBT okazały się skuteczne w leczeniu OCD u dorosłych (w porównaniu z grupami osób niepoddanych leczeniu): cCBT z minimalnym wsparciem terapeuty (Hoppen i in., 2022), terapia poznawcza, BT (Skapinakis i in., 2016), grupowa CBT (Schwartze i in., 2016), ERP (Song i in., 2022) oraz ACT – prawdopodobnie jako terapia wspierająca (Soondrum i in., 2022). ERP pozostaje ważnym komponentem CBT lub interwencją behawioralną samą w sobie, chociaż niektórzy autorzy sugerują, że jej skutki mogą nie być trwałe w dłuższym przedziale czasowym (Song i in., 2022). Istnieje potrzeba przeprowadzenia dalszych RCT, aby móc wyciągnąć wnioski dotyczące trwałości efektów ERP oraz ACT. W odniesieniu do badań dzieci i adolescentów CBT okazała się skuteczna zarówno jako monoterapia, jak i w połączeniu z lekami. Co więcej, najnowsza opisana tu metaanaliza (Tao i in., 2022) wykazała, że monoterapia CBT lub połączenie CBT z leczeniem farmakologicznym były w niektórych przypadkach bardziej skuteczne niż farmakologiczna monoterapia. CBT i BT są bardzo dobrze tolerowane przez dzieci i młodzież (Skapinakis i in., 2016). Duża liczba dobrej jakości badań pokazujących wysoką skuteczność CBT w leczeniu OCD została wzięta pod uwagę przez niektóre organizacje publikujące zalecenia dotyczące leczenia zaburzeń psychicznych. NICE, ASP oraz APA psychiatryczne zalecają CBT z ERP dla dorosłych (na wszystkich poziomach upośledzenia funkcjonowania) i dzieci (w przypadku umiarkowanych lub poważnych zaburzeń) jako leczenie z wyboru.

3.10. Schizofrenia i ryzyko psychozy

Schizofrenia (ICD-10: F20, ICD-11: 6A20, DSM-5: 295.90) w znacznym stopniu wpływa na funkcjonowanie osoby chorej we wszystkich obszarach życia. Charakteryzuje się występowaniem objawów pozytywnych, takich jak omamy i urojenia, oraz negatywnych, jak spłycenie afektu czy wycofanie społeczne. Funkcjonowanie poznawcze osób chorujących zazwyczaj jest gorsze niż osób w populacji (Fioravanti i in., 2012). W ciągu ostatnich dekad obserwuje się wzrost liczby osób z tym rozpoznaniem – z 14,2 mln w 1990 r. do 23,6 mln w 2019 r. (Solmi i in., 2023). Szczyt zachorowań obserwuje się przed 25. rokiem życia, przed 14. rokiem życia zaś diagnozy są stawiane ok. 3% chorych. Jednak w ostatnich dekadach również coraz częściej zwraca się uwagę na oddziaływania mające na celu prewencję rozwoju schizofrenii u osób, u których rozpoznać można tzw. ryzykowny stan psychiczny. Wysokie ryzyko rozwoju zaburzeń psychotycznych charakteryzuje się występowaniem objawów negatywnych i poznawczych, atenuowanych (subklinicznych) objawów psychotycznych i/albo krótkotrwałych epizodów psychotycznych, które samoczynnie ulegają remisji – bez zastosowania leczenia farmakologicznego (Fusar-Poli, 2017). U osób poniżej 18. roku życia, u których rozpoznano wysokie ryzyko rozwoju schizofrenii, odsetek konwersji do pełnoobjawowej psychozy wynosi 17,5% (Raballo i in., 2022). Rozpowszechnienie schizofrenii szacuje się na 0,5% (Simeone i in., 2015).

3.10.1. Metoda

Cztery bazy artykułów (MEDline, PsycInfo i PsycArticles oraz Scopus) przeszukano zgodnie z procedurą opisaną w sekcji z ogólnym opisem metody przeglądu z użyciem słów kluczowych: *psychotic disorders* (*schizophrenia and risk of psychosis*): *psychosis* OR *schizophrenia* OR (*risk of psychosis*) OR *psychotic* OR (*ultra high risk*), co dało łączną liczbę 1267 artykułów (patrz **rys. 11**). Po wykluczeniu 371 duplikatów przejrzano tytuły, abstrakty i słowa kluczowe w pozostałych 896 artykułach. W wyniku tej procedury wyłoniono 113 artykułów, których teksty przejrzano w całości pod względem spełniania kryteriów włączenia do przeglądu. W trakcie tego etapu wykluczono 42 teksty. Pozostałe 71 artykułów włączono do przeglądu. Zgodność ocen dwojga autorów (JK, DP) oceniających artykuły wyniosła 75%. Dość niska zgodność wynika z odmiennego zdania autorów co do włączenia lub wykluczenia badań dotyczących *mindfulness*. Szczegółowy opis procesu wyboru artykułów oraz pełną listę przyczyn wykluczenia tekstów przedstawiono na **rysunku 11**. Tabelę z opisem wybranych metaanaliz i przeglądów systematycznych zawarto w **załączniku 1.10** (s. 166). Listę 71 znalezionych prac przeglądowych i metaanaliz na temat schizofrenii i ryzyka psychozy zamieszczono w **załączniku 2.10** (s. 220). Za główne efekty leczenia (*treatment outcomes*), zgodnie z opisywanymi w tym raporcie przeglądami, przyjęto nasilenie objawów schizofrenii (urojenia, halucynacje, objawy negatywne oraz ogólne nasilenie objawów), a także dla osób w ryzyku psychoz, ryzyko tranzycji do stanu pełnoobjawowej psychozy, zarówno mierzone za pomocą kwestionariuszy, jak i oceniane przez klinicystów.



Rysunek 11. Proces selekcji badań nad skutecznością psychoterapii osób chorujących na schizofrenię i w klinicznym ryzyku psychozy

3.10.2. Skuteczność psychoterapii w schizofrenii i ryzyku psychozy

W podrozdziale opisano pięć najnowszych prac omawiających skuteczność CBT i wybranych terapii trzeciej fali w leczeniu osób dorosłych oraz pięć prac dotyczących osób w ryzyku psychoz opublikowanych w latach 2018–2023. Zdecydowano się na przedstawienie wyłącznie prac dla osób w ryzyku psychoz ze względu na brak prac przeglądowych dotyczących zaburzeń psychotycznych u dzieci i młodzieży. Wszystkie opisane prace to metaanalizy RCT.

3.10.2.1. Psychoterapia dorosłych. W najnowszym systematycznym przeglądzie z sieciową metaanalizą przygotowanym przez Morales-Pillado i in. (2023) skupiono się na ocenie skuteczności różnych modalności terapeutycznych przeprowadzanych zdalnie w porównaniu z innymi aktywnymi warunkami kontrolnymi w grupie osób z doświadczeniem psychozy. Badacze włączyli do analiz różne warunki kontrolne i oddziaływania (np. PE, trening funkcji poznawczych). Badania, które dotyczyły wyłącznie osób z diagnozą schizofrenii, wykazały, że wyniki są bardzo heterogeniczne, zmiany zaś w zakresie ogólnego nasilenia objawów są nieistotne statystycznie – w zależności od konfiguracji, w jakiej włączana była terapia poznawczo-behawioralna, standaryzowana średnia zmiana (*standardized mean change)* zawierała się w przedziale od –0,32 (CBT + rehabilitacja zawodowa) do 0,03 (CBT + trening funkcji poznawczych + rehabilitacja zawodowa) w porównaniu z innymi aktywnymi warunkami

kontrolnymi. Wyniki te jednak należy interpretować z bardzo dużą ostrożnością – autorzy pomimo deklaracji oceny ryzyka stronniczości badań, nie zamieścili tych wyników ani w treści artykułu, ani w załącznikach, przez co niemożliwa jest ogólna ocena jakości badań włączonych do przeglądu. Autorzy przeglądu konkludują, że interwencje zdalne są akceptowalnym rozwiązaniem w leczeniu osób doświadczających zaburzeń psychotycznych i mogą stanowić leczenie wspierające leczenie z wyboru.

Drugim artykułem włączonym do przeglądu jest metaanaliza RCT z wykorzystaniem treningu metapoznawczego (MCT) przygotowana przez Penney i in. (2022). Efekty stosowania MCT były porównywane ze standardowym leczeniem, jak również z aktywnymi grupami kontrolnymi (np. grupowa dyskusja o prasie czy trening funkcji poznawczych). Wyniki przeprowadzonych przez badaczy analiz wskazywały na skuteczność MCT w zakresie halucynacji i objawów negatywnych z małą wielkością efektu, natomiast w przypadku urojeń i ogólnych objawów psychotycznych wielkość efektu była uznana za średnią. Badania zostały ocenione jako zróżnicowane pod względem występującego w nich ryzyka tendencyjności wynikających m.in. z nieadekwatnej procedury randomizacji. Autorzy konkludują, że MCT jest łatwą do wdrożenia i dostępną interwencją, która ma udowodnioną skuteczność, przede wszystkim w redukcji nasilenia urojeń u osób chorujących na schizofrenię, a przedstawione dowody są wystarczające do uwzględnienia MCT w zaleceniach terapeutycznych.

Kolejny z artykułów włączonych do raportu skupiał się na ocenie skuteczności interwencji opartych na uważności (Yip i in., 2022). Autorzy wykonali metaanalizę badań z randomizacją, w których oddzielnie opisano oddziaływania oparte na uważności (niekiedy z dodatkiem CBT) oraz ACT. Wyniki wskazały na nieistotny statystycznie efekt psychoterapii opartej na *mindfulness* i ACT w zakresie ogólnego nasilenia objawów psychotycznych, przy czym heterogeniczność wyników była bardzo duża. Jedynie PE oparta na *mindfulness*, której skuteczność była sprawdzana jedynie w dwóch badaniach, miała korzystny wpływ na ogólne nasilenie objawów z dużą wielkością efektu. Dodatkowo należy zaznaczyć, że badacze ocenili dość wysoko ryzyko tendencyjności – niemal połowa badań dostała ocenę wysokiego ryzyka, natomiast pozostałe – umiarkowane ryzyko tendencyjności; żadne z badań nie zostało ocenione jako „niskie ryzyko". Autorzy tej pracy konkludują, że interwencje z elementami *mindfulness* mogą być skuteczną metodą redukcji nasilenia objawów wytwórczych, jednak przygotowana przez nich analiza w podziale na rodzaje interwencji wskazuje na to, że istotnie korzystne efekty dotyczyły głównie interwencji opartych na jodze i PE, a programy terapeutyczne oparte na *mindfulness*, w tym oparte na CBT i ACT nie miały istotnie pozytywnych efektów.

Skuteczność terapii z elementami uważności była analizowana także przez Chaia i współpracowników (2022). Przygotowali oni systematyczny przegląd z metaanalizą RCT dotyczących redukcji objawów psychotycznych. Autorzy oddzielnie przedstawili wyniki dla terapii opartych na uważności oraz ACT. Grupami kontrolnymi w przypadku terapii opartych na uważności były *waiting list*, standardowe leczenie lub terapia poznawczo-behawioralna. Wyniki wskazują, że ten typ oddziaływań charakteryzuje się z jednej strony skutecznością z dużą wielkością efektu, z drugiej strony wyniki te są bardzo heterogeniczne. W przypadku ACT heterogeniczność wyników była dużo niższa, jednak efekt terapeutyczny o małej wielkości efektu okazał się nieistotny statystycznie. Na uwagę zasługuje przedstawione w tej metaanalizie porównanie efektów uzyskanych w RCT przeprowadzonych w różnych krajach w podziale na globalny Wschód i Zachód. Okazało się w tej analizie podgrup, że istotne efekty interwencji opartych na *mindfulness* obserwowano na ogół w krajach globalnego Wschodu (*SMD* = –1,07 do –0,40), a krajach zachodnich estymowana wielkość efektu była nieistotna statystycznie

(*SMD* = –0,34 do 0,07). Zastanawiające jest, że zdecydowana większość badań włączonych do przeglądu została oceniona jako obarczone niskim ryzykiem, jednak te same badania w innych opracowaniach zostały ocenione o wiele surowiej.

Ostatnim z artykułów dotyczących skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu dorosłych osób z diagnozą schizofrenii jest systematyczny przegląd RCT z metaanalizą przygotowany przez Liu i in. (2020). Autorzy ocenili efekt włączenia terapii opartych na uważności w porównaniu z TAU i *waiting list* zarówno po zakończeniu leczenia (*post-treatment*), jak i w okresie 3–6 miesięcy po zakończeniu interwencji. Analiza danych zebranych po zakończeniu leczenia wykazała, że tego typu oddziaływania mają korzystny efekt, którego wielkość zawiera się w przedziale od małego (objawy wytwórcze) do średniego (ogólne nasilenie objawów psychotycznych i negatywnych). W badaniach *follow-up* jedynie efekty dla objawów negatywnych pozostały istotne statystycznie. Heterogeniczność wyników była bardzo zróżnicowana w zależności od wskaźnika. Należy zaznaczyć, że trzy czwarte badań włączonych do przeglądu oceniono jako obarczone ryzykiem tendencyjności.

Podsumowując opisane trzy badania analizujące skuteczność interwencji opartych na *mindfulness* (w tym ACT) w redukcji nasilenia objawów psychotycznych, należy stwierdzić, że ta skuteczność jest w najlepszym wypadku umiarkowana i skuteczna w krótkim okresie po zakończeniu oddziaływania. Wysoka heterogeniczność, tendencyjność w opisywanych badaniach oraz ich mała liczba uniemożliwia wyciągnięcie konkluzywnych wniosków.

3.10.2.2. Psychoterapia osób w ryzyku psychozy. Pierwszą z prac obejmujących zagadnienia prewencji zaburzeń psychotycznych jest systematyczny przegląd z metaanalizą RCT przygotowany przez Zheng i współpracowników (2022). W artykule autorzy porównali skuteczność CBT w odniesieniu do TAU lub niespecyficznych interwencji kontrolnych, jak np. terapia wspierająca albo monitorowanie stanu psychicznego. Analizy wykonane przez badaczy wskazywały, że w okresie 6 miesięcy od zakończenia leczenia ryzyko tranzycji do pełnoobjawowej psychozy nie różni się istotnie statystycznie pomiędzy interwencjami. Z kolei w okresach od 6 do 12 miesięcy, od 12 do 24 miesięcy oraz 24 miesięcy i dłużej ryzyko rozwinięcia psychozy było istotnie statystycznie mniejsze dla osób korzystających z CBT. W tych punktach pomiarowych CBT prowadziła do zmniejszenia względnego ryzyka rozwinięcia psychozy o ok. 50%. Wartym zaznaczenia jest fakt, że wyniki były heterogeniczne jedynie w przypadku okresu do 6 miesięcy od zakończenia leczenia. Jednak wyniki te należy interpretować z ostrożnością z uwagi na znaczące ryzyko tendencyjności występujące w analizowanych badaniach.

Drugą pracą włączoną do raportu była metaanaliza RCT skupiających się na zapobieganiu tranzycji pełnoobjawowej psychozy (Mei i in., 2021). Autorzy porównywali w nim CBT (7 badań) oraz politerapię CBT w połączeniu z farmakoterapią (rysperydon; 2 badania, nieopisane w tabeli z podsumowaniem) z szeregiem różnych warunków kontrolnych, w tym terapią wspierającą, standardowym leczeniem czy placebo. Autorzy zauważyli, że w przypadku CBT + risperidon ryzyko względne nierozwinięcia psychozy było istotnie statystycznie mniejsze w okresie 6 miesięcy po zakończeniu leczenia w porównaniu z warunkami kontrolnymi, pozostałe zaś porównania (od razu po zakończeniu leczenia, 12 i 18 miesięcy) były nieistotne statystycznie. W przypadku CBT wyniki wskazywały na jej skuteczność w porównaniu z grupą kontrolną po zakończeniu leczenia oraz w okresie 12 i ponad 18 miesięcy od zakończenia leczenia (nie zaś 6 miesięcy od zakończenia leczenia). CBT prowadziła do zmniejszenia względnego ryzyka rozwinięcia psychozy o ok. 40%. Spośród badanych interwencji psychologicznych i farmakologicznych jedyną specyficzną interwencją, która była istotnie statystycznie skuteczna, było CBT.

Uzyskane przez badaczy wyniki charakteryzowały się niskim poziomem heterogeniczności, jednak ryzyko stronniczości było ocenione jako wysokie w przypadku niemal połowy badań.

Trzeci artykuł to metaanaliza RCT skuteczności psychoterapii i farmakoterapii w zakresie zapobiegania rozwojowi pełnoobjawowej psychozy (Devoe i in., 2020). Autorzy porównali efekty CBT w zestawieniu z m.in. terapią wspierającą czy TAU. Analizy wykazały brak skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej w okresie do 6 miesięcy i od 24 do 48 od zakończenia leczenia, natomiast w okresach 12 i 18 miesięcy okazały się skuteczniejsze niż grupa kontrolna. W tych dwóch ostatnich punktach pomiarowych CBT prowadziła do zmniejszenia względnego ryzyka rozwinięcia psychozy o ok. 40%. Jednak sieciowa metaanaliza wykazała, że w przypadku 6 i 12 miesięcy CBT nie był skuteczniejszy od innych interwencji. Przytoczone wyniki nie były istotnie heterogeniczne, a autorzy ocenili ryzyko tendencyjności jako niskie.

Kolejnym badaniem była metaanaliza RCT dotyczących skuteczności psychoterapii i farmakoterapii w zakresie redukcji subklinicznych objawów psychotycznych (Devoe i in., 2018). Autorzy poddali ocenie efekty CBT w porównaniu z terapią wspierającą, TAU i monitorowaniem stanu pacjenta w okresach 6-, 12- i 18–24-miesięcznych. Wyniki analiz wskazywały na brak istotnej skuteczności CBT w porównaniu z warunkami kontrolnymi. Badania włączone do analiz cechowały się homogenicznością, ryzyko tendencyjności zaś zostało ocenione jako znaczące. Podobne efekty zostały opisane w metaanalizie Davies i współpracowników (2018). Badacze poddali ocenie skuteczność CBT w odniesieniu do farmakoterapii oraz terapii wspierającej w redukcji nasilenia subklinicznych objawów psychotycznych. Metaanaliza parami interwencji na podstawie wyników badań wskazała na skuteczność CBT w porównaniu z TAU w okresie 12 miesięcy od zakończenia leczenia (mała wielkość efektu), ale nie 6 miesięcy. Wyniki metaanalizy sieciowej (nieopisane w tabeli) wskazały na największą skuteczność leczenia lekami przeciwpsychotycznymi (zyprasydon) w porównaniu z CBT, TAU oraz kombinowanym leczeniem farmakologicznym i psychoterapeutycznym (CBT + rysperydon) dla pomiarów 6 miesięcy od zakończenia leczenia. W pomiarach *follow-up* 12 miesięcy od zakończenia leczenia żadna z interwencji nie była istotnie skuteczniejsza od innych. Wyniki te należy interpretować z ostrożnością z uwagi na ryzyko tendencyjności badań. Autorzy metaanalizy skonkludowali, że brakuje dowodów jednoznacznie wskazujących na skuteczność którejkolwiek z badanych interwencji w redukcji nasilenia subklinicznych objawów psychotycznych.

3.10.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób ze schizofrenią i w ryzyku psychoz

American Psychological Association nie ma w swoich wytycznych rekomendacji do pracy terapeutycznej z osobami z doświadczeniem schizofrenii oraz osób w ryzyku psychozy.

American Psychiatric Association w swoich zaleceniach z 2020 r. (APA, 2020b) rekomenduje jako metodę leczenia z wyboru dla dorosłych doświadczających schizofrenii leczenie farmakologiczne lekami przeciwpsychotycznymi (poziom 1A). Z kolei rekomendowane oddziaływania psychoterapeutyczne głównie opierają się na CBT. Pierwszym jest koordynowany i wyspecjalizowany program opieki (*coordinated specialty care program*, poziom 1B), na który zazwyczaj składa się praca interdyscyplinarnego zespołu oferującego farmakoterapię, CBT, wsparcie lub terapię rodzinną oraz oddziaływania środowiskowe i rehabilitacyjne. Kolejnymi są protokół CBT

dla osób doświadczających psychozy i psychoedukacja (oba również na poziomie 1B). APA również sugeruje oddziaływania rodzinne (poziom 2B), rehabilitację poznawczą (poziom 2C) i interwencje nastawione na rozwój umiejętności zarządzania sobą (*self-management skills*) oraz skoncentrowanego na osobie powrotu do zdrowia (*person-oriented recovery*, poziom 2C), trening umiejętności społecznych dla osób, które mają cel związany z poprawą swoich umiejętności społecznych (poziom 2C) czy psychoterapię wspierającą (poziom 2C). APA nie wydało rekomendacji dla dzieci, młodzieży i osób w ryzyku psychozy.

National Institute for Health and Care Excellence w swoich zaleceniach z 2014 (NICE, 2014b) jako metodę leczenia z wyboru dla dorosłych doświadczających pierwszego epizodu psychozy oraz kolejnych ostrych epizodów psychozy lub pogorszenia w schizofrenii wskazuje połączenie leczenia farmakologicznego lekami przeciwpsychotycznymi w połączeniu z interwencją psychologiczną – psychoterapią rodzinną albo indywidualną CBT. Należy rozważyć włączenie arteterapii jako metody radzenia sobie z objawami negatywnymi. Przy preferencji klienta/pacjenta i rodziny możliwe jest włączenie leczenia psychoterapeutycznego bez farmakoterapii, jednak przy określonych zasadach monitorowania stanu pacjenta (patrz pełny tekst rekomendacji NICE). Z kolei nie należy oferować jako głównego oddziaływania psychoterapeutycznego terapii wspierającej (chyba że inne oddziaływania nie są dostępne lub taka jest preferencja klienta/pacjenta), terapii mającej na celu poprawę stosowania się do zalecenia brania leków (*adherence therapy*) oraz treningu umiejętności społecznych. Dla dorosłych będących w ryzyku psychozy zaleca się stosowanie indywidualnej CBT z dodatkiem lub bez psychoterapii rodzinnej lub rekomendowanej przez NICE psychoterapii dla osób z zaburzeniami lękowymi, depresją, wyłaniających się zaburzeń osobowości lub nadużywania substancji. Z kolei nie zaleca się stosowania leków przeciwpsychotycznych. Zalecenia dla adolescentów i dzieci z 2013 r. (NICE, 2013b) są analogiczne do zaleceń dla dorosłych, przy czym zalecenia dla dzieci i młodzieży w ryzyku psychozy zalecają rozważenie włączenia CBT z terapią rodzinną lub bez terapii rodzinnej.

Australian Psychological Society w przeglądzie z 2018 r. określiło CBT, psychoterapię rodzinną oraz PE jako posiadające dowody naukowe na poziomie I (najwyższym) w terapii dorosłych doświadczających zaburzeń psychotycznych. Terapia metapoznawcza (w rzeczywistości trening metapoznawczy opisany wcześniej w badaniu Penney i in., 2022) oraz ACT zostały określone jako posiadające dowody na poziomie II, a terapia psychodynamiczna na poziomie III. W psychoterapii dzieci i młodzieży (12–18 lat) trening funkcji poznawczych oraz psychoterapia rodzinna zostały określone jako poziom II. APS nie wydało oceny dowodów naukowych psychoterapii osób w ryzyku psychozy.

3.10.4. Dyskusja

Podsumowując, w latach 2010–2023 opublikowano ponad 70 prac przeglądowych dotyczących skuteczności CBT i terapii trzeciej fali w leczeniu osób chorujących na schizofrenię oraz będących w ryzyku klinicznym rozwinięcia zaburzeń psychotycznych. Omówione badania wskazują na skuteczność CBT i wywodzących się z nich metod jak trening metapoznawczy (MCT) czy metody oparte na *mindfulness*. W badaniach dotyczących osób w klinicznym ryzyku psychozy zwraca uwagę fakt systematycznego wykazywania, że CBT zmniejsza ryzyko względne tranzycji do pełnoobjawowej psychozy przy jednoczesnym braku istotnej

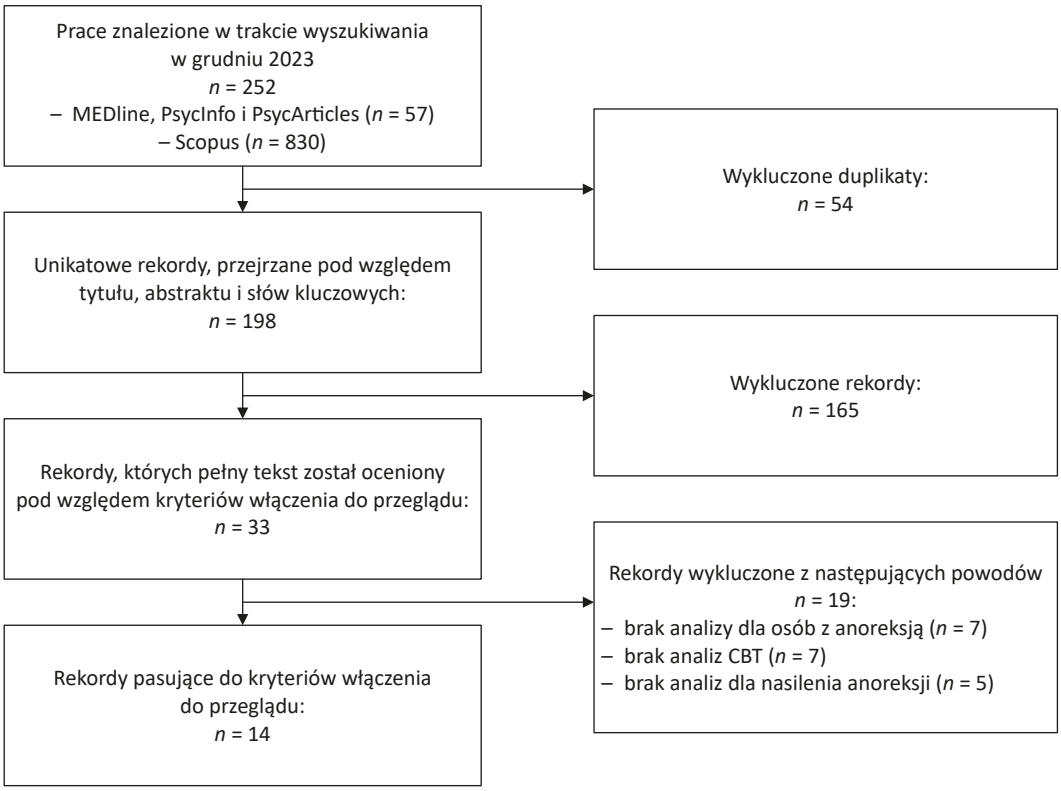
skuteczności, jeśli chodzi o redukcję nasilenia subklinicznych objawów psychotycznych. Według zaleceń zagranicznych organizacji (NICE, APA psychiatryczne i APS) leczeniem z wyboru dla dorosłych jest farmakoterapia. Jest również wskazane, aby leczenie farmakologiczne zostało połączone z oddziaływaniami psychoterapeutycznym i – zwłaszcza CBT lub terapią rodzinną. Dla osób będących w stanach ryzyka psychozy metodą z wyboru jest CBT, samodzielnie lub w połączeniu z terapią rodzinną.

3.11. Anoreksja

Anoreksja (*anorexia nervosa*, jadłowstręt psychiczny) (ICD-10: F50,0; ICD-11: 6B80; DSM-5: 307.1) to poważne zaburzenie odżywiania, którego dominującym objawem jest utrata wagi. Niska masa ciała jest inicjowana i podtrzymywana intencjonalnie przez samą osobę, nie wynika z braku dostępu do pożywienia ani innych chorób. Niska waga jest osiągana poprzez często drastyczne ograniczenia spożycia kalorii w stosunku do zapotrzebowania, unikania pokarmów, które są uznawane za „tuczące". Anoreksja wiąże się z innymi szkodliwymi zachowaniami, takimi jak prowokowanie wymiotów, stosowanie środków przeczyszczających i diuretyków lub bardzo intensywnymi ćwiczeniami fizycznymi. Ważnym objawem anoreksji jest silny lęk przed przybraniem na wadze oraz zaburzony sposób postrzegania swojego ciała. Anoreksja występuje częściej u kobiet (do 4% w ciągu życia) niż mężczyzn (0,3% w ciągu życia), a najwięcej zachorowań pojawia się w okresie adolescencji (van Eeden i in., 2021). Jadłowstręt psychiczny w poważnym stopniu wpływa na dobrostan psychiczny i fizyczny osoby nią dotkniętej i jej otoczenia (Hay i in., 2014). To poważne zaburzenie, związane z szybko postępującym wyniszczeniem organizmu, prowadzące często do nieodwracalnych zmian. Odznacza się jednym z najwyższych współczynników umieralności spośród wszystkich zaburzeń psychicznych (Galsworthy-Francis i Allan, 2014; APA, 2006).

3.11.1. Metoda

Zgodnie z opisem zawartym w ogólnym opisie metody przeglądu przeszukano cztery bazy artykułów (MEDline, PsycInfo i PsycArticles oraz Scopus), używając słowa kluczowego *anorexia*, otrzymując łącznie 252 artykuły. Po wykluczeniu 54 duplikatów przejrzano tytuły, abstrakty i słowa kluczowe w pozostałych 198 artykułach. W wyniku tej procedury wykluczono 165 rekordów, a wybrane 33 artykuły przejrzano w całości pod względem spełniania kryteriów włączenia. Do przeglądu wybrano ostatecznie 14 artykułów. Zgodność ocen dwojga autorów (JK, AB) oceniających artykuły wyniosła 85%. Szczegółowy opis procesu wyboru artykułów oraz pełną listę przyczyn wykluczenia tekstów przedstawiono na **rysunku 12**. Tabela z opisem wybranych metaanaliz i przeglądów systematycznych znajduje się w **załączniku 1.11** (s. 169). Lista 14 znalezionych prac przeglądowych i metaanaliz na temat psychoterapii anoreksji została zamieszczona w **załączniku 2.11** (s. 226). Za główne efekty leczenia (*treatment outcomes*), za opisywanymi w przeglądzie artykułami przyjęto przyrost wagi (w kg lub wyrażony jako wzrost BMI) oraz nasilenie zaburzeń jedzenia mierzonych za pomocą kwestionariuszy.



Rysunek 12. Proces selekcji badań nad skutecznością psychoterapii anoreksji

3.11.2. Skuteczność psychoterapii w anoreksji

Opisano pięć prac dotyczących skuteczności psychoterapii anoreksji u osób dorosłych. Trzy z nich (Zeek i in., 2018; van den Berg i in., 2019; Solmi i in., 2021) są pracami na temat efektywności różnych form psychoterapii stosowanych w leczeniu anoreksji, dwie pozostałe dotyczą skuteczności CBT w leczeniu różnych zaburzeń odżywiania (Linardon i in., 2017; Norris i in., 2019). Opisano również jedną pracę przeglądową na temat terapii anoreksji u dzieci i młodzieży (Alckmin-Carvalho i in., 2018). W porównaniu z bulimią i napadowym objadaniem liczba badań na temat skuteczności CBT w pomocy osobom doświadczającym anoreksji jest znacznie mniejsza. Wśród prac na temat osób dorosłych znalazły się cztery metaanalizy randomizowanych badań z grupą kontrolną (w tym dwie metaanalizy sieciowe) oraz jedna metaanaliza porównująca nasilenie objawów przed zakończeniem i po zakończeniu terapii bez odniesienia do grup kontrolnych, w której badania randomizowane stanowiły mniejszość (Norris i in., 2019).

3.11.2.1. Psychoterapia dorosłych. Praca Linardona i współpracowników (2017) została poświęcona CBT różnych zaburzeń odżywiania, z czego mniejsza część badań dotyczyła anoreksji, a badania te brały tylko pod uwagę skuteczność rozumianą jako zmianę poziomu objawów zaburzeń odżywiania mierzonych kwestionariuszowo. Terapię porównywano do aktywnych warunków kontrolnych, a jej skuteczność sprawdzano w czasie krótszym i dłuższym niż rok od zakończenia terapii. Nie wykazano różnic między badanymi grupami ani

w krótszej – *g* = –0,2 (CI95% –0,23, 0,18) – ani dłuższej perspektywie czasowej – *g* = 0,3 (CI95% –0,20, 0,26). Metaanaliza ta wskazuje na porównywalną efektywność CBT i innych uwzględnianych w badaniach interwencji terapeutycznych stosowanych w anoreksji.

W metaanalizie przeprowadzonej przez van den Berg i współpracowników (2019) badano skuteczność różnych rodzajów terapii anoreksji. Obok pięciu badań CBT były to m.in. MANTRA (*Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults*), CAT (*cognitive analytical therapy*), FGP (*family group psychoeducation*), FPT (*focal psychodynamic therapy*), FT (*family therapy*) i IPT (*interpersonal therapy*). Wszystkie włączone do przeglądu analizy były badaniami randomizowanymi, a grupy kontrolne były grupami aktywnymi, sklasyfikowanymi jako TAU lub SSCM (*Specialist Supportive Clinical Management*). Ze względu na niewielką liczbę badań i różnorodność zastosowanych interwencji autorzy byli w stanie oszacować tylko efektywność CBT oraz wszystkich badanych terapii analizowanych łącznie. Nie porównywano skuteczności poszczególnych rodzajów terapii do siebie. Biorąc pod uwagę dwa najważniejsze efekty terapii, jakimi są wzrost wagi pacjenta oraz zmniejszenie intensywności objawów zaburzenia, nie stwierdzono istotnych różnic między CBT a grupami kontrolnymi – *g* = 0,07 (CI95%–0,29, 0,44); *g* = −0,01 (CI95% –0,41, 0,39). Podobny wzorzec wyników stwierdzono, gdy porównywano z aktywnymi grupami kontrolnymi wszystkie terapie łącznie. Nie znaleziono więc dowodów na skuteczność badanych terapii w leczeniu anoreksji ponad efektywność oferowaną przez aktywne warunki kontrolne. Należy wspomnieć jednak o istotnych ograniczeniach opisywanych badań, jakimi były mała liczebność prób oraz duża różnorodność uwzględnionych metod terapeutycznych.

Kolejne dwie prace w przeglądzie (Zeek i in., 2018; Solmi i in., 2021) to metaanalizy sieciowe, które sprawdzały skuteczność CBT, porównując ją do warunków kontrolnych oraz do innych rodzajów terapii. Metaanaliza Zeeck i współpracowników (2018) zawiera zarówno badania RCT, jak i badania oparte na innym schemacie badawczym, jednak w tym przeglądzie uwzględniono tylko małą liczbę badań z randomizacją i grupami kontrolnymi. Na uwagę zasługuje to, że autorzy testują osobno standardową CBT oraz CBT-E (terapię dla osób z zaburzeniami odżywiania), które w innych badaniach były analizowane razem. Zarówno w przypadku CBT, jak i CBT-E nie wykryto istotnej zmiany wagi w efekcie przebytej terapii (*SMD* = –0,20; CI95% –0,99, 0,60 i *SMD* = 0,31; CI95% –1,64, 2,27) w porównaniu z SSCM. Ważnym ograniczeniem omawianej analizy jest bardzo mała liczba porównywanych badań poszczególnych rodzajów terapii oraz duża różnorodność i niska jakość wielu spośród włączonych badań.

Kolejna metaanaliza (Solmi i in., 2021) to najnowsza publikacja w tym przeglądzie. Uwzględniono w niej 13 prac, z których każda była RCT, a badanymi efektami terapii były przyrost wagi oraz objawy zaburzenia odżywiania. Uwzględniono badania tylko na pacjentach leczonych w trybie ambulatoryjnym. Analizowano i porównywano takie terapie jak: MANTRA, terapie rodzinne, psychodynamiczne, CRT (*cognitive remediation therapy*). Obok terapii CBT (CBT dla osób z anoreksją i CBT-E) testowano również osobno LEAP CBT, formę CBT, która skupia się w szczególności na kompulsywnych ćwiczeniach. Ani w przypadku CBT – *g* = 0,22 (CI95% −0,25, 0,68) – ani LEAP CBT E – *g* = –0,88 (CI95% −2,49, 0,72) – nie wykryto istotnej zmiany wagi pacjentów po przebytej terapii w porównaniu z aktywnymi grupami kontrolnymi (TAU). Podobnie w przypadku obniżenia poziomu objawów zaburzeń odżywiania nie wykazano istotnych statystycznie różnic między protokołami CBT a warunkami kontrolnymi – CBT: *g* = 0,15 (CI95% –0,11, 0,42), LEAP CBT: *g* = 0,31 (CI95% –0,29, 0,90). Jeśli chodzi o porównanie różnych rodzajów terapii, to żadna z testowanych metod nie okazała się skuteczniejsza od innych terapii ani aktywnych warunków kontrolnych w zakresie wzrostu wagi ani objawów zaburzeń odżywiania po roku od zakończenia leczenia.

W ostatniej z omawianych publikacji (Norris i in., 2019) opisano spadek nasilenia objawów zaburzeń odżywiania u osób biorących udział w CBT (*g* = –0,92; CI95% –1,32, 0,51). Jednak jest to porównanie nasilenia objawów przed terapią i po terapii, bez porównania do grup kontrolnych, czyli posiadające zasadnicze ograniczenia (przede wszystkim brak kontroli efektu czasu). Wyniki tego badania należy interpretować w kontekście opisanych – CBT przynosi korzystne efekty osobom biorącym udział w terapii, ale są to efekty porównywalne do innych, uwzględnianych w badaniach metod terapeutycznych.

3.11.2.2. Psychoterapia dzieci i młodzieży. Ponieważ w wyniku poszukiwań opisanych w podrozdziale **3.11.1** nie znaleziono ani jednej metaanalizy terapii anoreksji dzieci i młodzieży spełniającej przyjęte kryteria, w związku z tym wybrano jeden przegląd systematyczny (Alckmin-Carvalho i in., 2018). W tym przeglądzie opisano 14 badań, większości różnych rodzajów terapii rodzinnej, w tym *behavioral family therapy* (BFT) oraz trzy badania CBT. Dwa z nich były RCT, w których porównywano CBT z BFT i TAU. Nie wykryto istotnych różnic między badanymi grupami w zakresie BMI ani objawów zaburzenia odżywiania. W trzecim badaniu, bez grupy kontrolnej opartym na porównaniach *pre-post* wykryto istotny spadek objawów anoreksji i wzrost BMI.

3.11.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób z anoreksją

American Psychological Association nie ma w swoich wytycznych rekomendacji do pracy terapeutycznej z osobami z anoreksją.

American Psychiatric Association w zaleceniach z 2023 r. (APA, 2023) rekomenduje dla dorosłych z anoreksją psychoterapię skoncentrowaną na zaburzeniach jedzenia, zawierającą m.in. elementy normalizacji jedzenia i zachowań dotyczących kontroli wagi, odzyskiwania wagi oraz odnoszącą się do psychologicznych aspektów anoreksji, jak np. strach przed przytyciem czy zaburzenia obrazu ciała (poziom 1B). Wśród tego rodzaju metod leczenia wymienia się m.in. CBT dla osób z anoreksją, CBT dla osób z zaburzeniami jedzenia, ogniskową terapię psychodynamiczną (*focal psychodynamic therapy*) oraz psychoterapię rodzinną. Dla adolescentów, którzy mają zaangażowanego opiekuna, rekomendowana jest psychoterapia rodzinna skoncentrowana na zaburzeniach jedzenia (poziom 1B).

National Institute for Health and Care Excellence w swoich zaleceniach z 2017 r. rekomenduje rozważenie CBT dla dorosłych osób z zaburzeniami jedzenia, terapii w modelu z Maudsley (MANTRA) lub specjalistycznego wspierającego postępowania klinicznego (*specialist supportive clinical management*). W tym ostatnim przypadku nie jest to metoda oparta na konkretnym podejściu terapeutycznym, ale metoda, która została opracowana jako aktywny warunek kontrolny w badaniach psychoterapii. Jeśli któreś z tych podejść nie przyniosło zamierzonego skutku, istnieją przeciwwskazania lub jest nieakceptowana – należy zastosować któreś z dwóch pozostałych lub rozważyć ogniskową terapię psychodynamiczną. Dla dzieci i młodzieży należy rozważyć skoncentrowaną na anoreksji psychoterapię rodzinną. Jeśli to podejście nie przyniosło zamierzonego skutku, istnieją przeciwwskazania lub jest nieakceptowana – należy rozważyć CBT dla osób z zaburzeniami jedzenia albo terapię skoncentrowaną na adolescencie dla osób z anoreksją (*adolescent-focused psychotherapy for anorexia nervosa*). Niezalecane jest wyłączne stosowanie farmakoterapii.

Australian Psychological Society w swoim przeglądzie z 2018 r. określiło CBT dla osób z zaburzeniami jedzenia, internetową CBT, terapię rodzinną oraz terapię psychodynamiczną jako posiadające najwyższe dostępne dowody naukowe (poziom II). Warunkowo zalecana może być również DBT (poziom IV). Dla dzieci i młodzieży (12–18 lat) określa jako leczenie o najwyższym poziomie dowodów naukowych terapię rodzinną (poziom I) oraz dopuszcza CBT (poziom II).

3.11.4. Dyskusja

Podsumowując, znaleziono 14 prac przeglądowych opublikowanych w latach 2010–2023 dotyczących skuteczności CBT i terapii trzeciej fali w leczeniu osób z anoreksją. W porównaniu z liczbą przeglądów dotyczących innych zaburzeń, ich liczba jest względnie niska. Szczególną uwagę należy zwrócić na to, że nie znaleziono niemal żadnych prac dotyczących terapii wyłącznie dzieci i młodzieży. Anoreksja na ogół ma swój początek w okresie adolescencji, należałoby więc oczekiwać lepszego udokumentowania skuteczności leczenia psychoterapeutycznego dla osób w tym okresie rozwojowym. Dla porządku należy też wziąć pod uwagę, że kryterium włączenia dla badań w obecnym przeglądzie było analizowanie wyłącznie grup uczestników jednorodnych pod względem otrzymanej diagnozy, natomiast częstą sytuacją spotykaną w badaniach dotyczących zaburzenia jedzenia jest włączanie heterogenicznych grup pacjentów posiadających różne diagnozy zaburzeń jedzenia.

W świetle przedstawianych wyników przeglądów i metaanaliz żadna z badanych psychoterapii (CBT, terapie rodzinne, *focal* PDT) nie okazała się skuteczniejsza od aktywnych warunków kontrolnych, takich jak SSCM. Psychoterapie również nie różnią się skutecznością między sobą. Oznacza to, że istnieje duża potrzeba opracowywania skuteczniejszych oddziaływań psychoterapeutycznych dla osób zmagających się z anoreksją. Wyniki te znajdują odzwierciedlenie w zaleceniach towarzystw, gdzie z mniejszą niż zazwyczaj pewnością rekomendowane są różne podejścia terapeutyczne skoncentrowane na zaburzeniach jedzenia (np. CBT-E czy protokół terapii rodzinnej z Maudsley), w tym te, które odgrywały rolę aktywnych warunków kontrolnych w badaniach klinicznych (SSCM).

3.12. Bulimia i napadowe objadanie się

Żarłoczność psychiczna (bulimia, *bulimia nervosa*) (ICD-10: F50,2, ICD-11: 6B81, DSM-5: 307.51) oraz napadowe objadanie się (ICD-10: kodowane jako F50,8, ICD-11: 6B82, DSM-V: 307.51) to zaburzenia jedzenia, w których dominującym objawem są napady objadania się. W trakcie takiego napadu osoba spożywa znacząco więcej jedzenia niż typowo może być zjadane w podobnym okresie przez inne osoby oraz odczuwa poczucie utraty kontroli nad tym, ile i jak szybko zjada. Dodatkowo osoby doświadczające bulimii przejawiają nieadekwatne zachowania, które mają na celu zmniejszenie negatywnych skutków napadów objadania się oraz związanego z nimi dyskomfortu. Do tych zachowań należy np. prowokowanie wymiotów, głodówki, intensywne ćwiczenia fizyczne, stosowanie diuretyków czy substancji zmniejszających łaknienie. Przyjmuje się, że problematyczne objawy bulimii rozwijają się w okresie nastoletnim lub wczesnej dorosłości. Mniej wiadomo o tym, kiedy rozwija się napadowe objadanie się

(APA, 2018), ale napady objadania się obserwuje się również wśród dzieci i adolescentów (Keshi-Rahkonen, 2021). Szacuje się, że bulimia dotyka ok. 3% kobiet i 1% mężczyzn w ciągu życia (van Eeden i in., 2021), a napadowe objadanie się – ok. 1% kobiet oraz 0,5% mężczyzn w ciągu życia (Keski-Rahkonen, 2021).

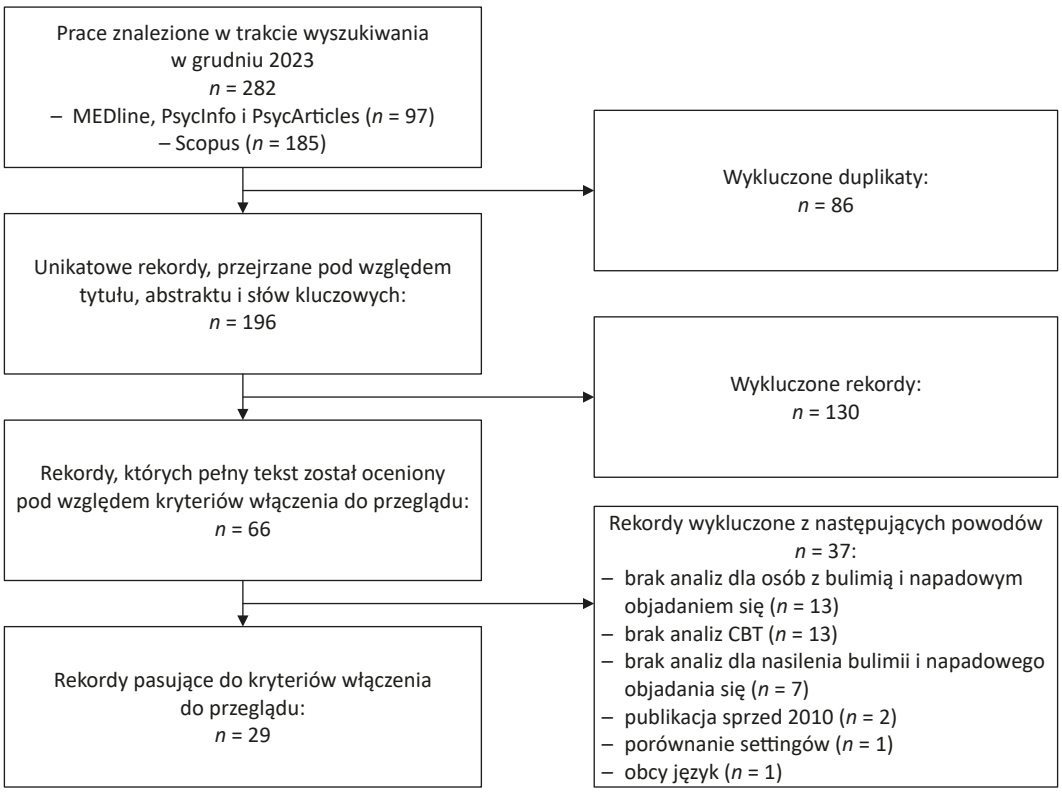
3.12.1. Metoda

Cztery bazy artykułów (MEDline, PsycInfo i PsycArticles oraz Scopus) zostały przeszukane zgodnie z procedurą opisaną w sekcji z ogólnym opisem metody przeglądu oraz z użyciem słów kluczowych: bulimia OR (*binge eating*), dając łączną liczbę 282 artykuły. Po wykluczeniu 86 duplikatów przejrzane zostały tytuły, abstrakty i słowa kluczowe w pozostałych 196 artykułach. W wyniku tej procedury wyłoniono 66 artykułów, których teksty przejrzano w całości pod względem spełniania kryteriów włączenia do przeglądu. W trakcie tego etapu wykluczono 37 tekstów. Pozostałe 29 artykułów włączono do przeglądu. Zgodność ocen dwojga autorów (JK, AB) oceniających artykuły wyniosła 88%. Szczegółowy opis procesu wyboru artykułów oraz pełną listę przyczyn wykluczenia tekstów przedstawiono na **rysunku 13**. Tabela z opisem wybranych metaanaliz i przeglądów systematycznych znajduje się w **załączniku 1.12** (s. 171). Lista 29 znalezionych prac przeglądowych i metaanaliz na temat psychoterapii bulimii i napadowego objadania się została zamieszczona w **załączniku 2.12** (s. 227). Za główne efekty leczenia (*treatment outcomes*) – za opisywanymi w tym raporcie przeglądami – przyjęto liczbę epizodów objadania się, abstynencję od epizodów objadania się oraz nasilenie zaburzeń jedzenia mierzonych za pomocą kwestionariuszy.

3.12.2. Skuteczność psychoterapii w bulimii i napadowym objadaniu się

W podrozdziale opisano pięć najnowszych prac omawiających skuteczność CBT i wybranych terapii trzeciej fali w leczeniu osób dorosłych oraz jedna praca dotycząca terapii adolescentów. Pięć prac na temat osób dorosłych to metaanalizy randomizowanych badań z grupą kontrolną, a jedna praca wybrana do opisu psychoterapii młodzieży to metaanaliza niewielkiej liczby randomizowanych badań z grupą kontrolną.

3.12.2.1. Psychoterapia dorosłych. Wybrane badanie do opisu skuteczności psychoterapii osób doświadczających bulimii to praca Slade'a i współpracowników (2018). Poza metaanalizą badań bezpośrednio porównujących różne metody leczenia zaprezentowano w niej również metaanalizę sieciową. Wyniki tej pracy wskazują na to, że grupowa CBT oraz BT, indywidualna i *self-help* CBT dla osób z zaburzeniami odżywiania są najskuteczniejszymi metodami uzyskiwania remisji przy zakończeniu terapii (OR od 3,49 do 28,70 w porównaniu z listą oczekujących). Należy jednak zwrócić uwagę, że badań dotyczących grupowych BT i CBT było mało, więc przedziały wiarygodności dla tych metod są bardzo szerokie. Również metody psychoterapeutyczne spoza kręgu podejść poznawczych i behawioralnych zostały



Rysunek 13. Proces selekcji badań nad skutecznością psychoterapii bulimii i napadowego objadania się

ocenione jako posiadające małą liczbę dowodów naukowych. Biorąc pod uwagę liczbę badań i efektywność psychoterapii, autorzy stwierdzili, że największą skuteczność leczenia obserwuje się w przypadku indywidualnej CBT dla osób z zaburzeniami jedzenia w przypadku leczenia dorosłych z objawami bulimii.

Badanie dotyczące skuteczności psychoterapii w napadowym objadaniu się (Hilbert i in., 2019) wykazało zarówno skuteczność CBT, jak i opartego na CBT *self-help*. Oba te podejścia, w porównaniu z nieaktywnymi grupami kontrolnymi, przynoszą średnie–duże efekty w redukcji liczby epizodów objadania się i zmniejszenia nasilenia objawów zaburzenia jedzenia. Szansa na utrzymywanie abstynencji od epizodów objadania się po zakończeniu terapii lub programu *self-help* została oszacowana jako ok. 10 razy większa w porównaniu z nieaktywnymi grupami kontrolnymi – dla psychoterapii: OR = 10,0 (CI95% 5,3, 18,6) a dla *self-help*: OR = 9,0 (CI95% 5,3, 15,3). Jednocześnie badane efekty miały umiarkowaną albo wysoką heterogeniczność. Mała liczba badań porównujących CBT z innymi psychoterapiami (terapią interpersonalną, PDT czy humanistyczną) nie wykazała systematycznej przewagi jednego z podejść. Jedyny istotny wynik w tych porównaniach dotyczył liczby epizodów objadania się na zakończenie terapii, gdzie osoby uczestniczące w CBT miały mniejszą ich liczbę niż osoby uczestniczące w innej terapii (mała heterogeniczność wyników). Jednak efekty dla abstynencji oraz nasilenia objawów zaburzeń odżywiania nie różniły się między grupami po zakończeniu terapii oraz w badaniach *follow-up* (mała heterogeniczność wyników). Autorzy tej pracy, biorąc pod uwagę liczbę dostępnych badań oraz ich wyniki, uznali, że psychoterapia, szczególnie CBT oraz oparte na CBT *self-help* są skutecznymi metodami radzenia sobie z napadowym objadaniem

się. Dodatkowo stwierdzili, że – biorąc pod uwagę wysoki odsetek rezygnacji z interwencji w grupach z *self-help* – preferowaną metodą leczenia powinna być psychoterapia.

Metaanaliza dotycząca utrzymywania abstynencji od epizodów napadowego objadania się (Linardon, 2018) wykazała, że CBT (zarówno psychoterapia, jak i *self-help*) zapewnia pozytywne efekty ok. 40–55% uczestników w badaniu po zakończeniu terapii. W badaniach *follow-up* od 2 do 48 miesięcy ten odsetek wynosił ok. 35–50% (ze względu na klarowność prezentacji wyniki *follow-up* pominięto w tabeli). Podobne odsetki osób utrzymujących abstynencję zaobserwowano w badaniach innych podejść terapeutycznych, które jednak cieszą się zdecydowanie mniejszą liczbą badań przedstawiających tego rodzaju efekty – dla różnych wariantów CBT opisano 41 badań, a pojedyncze badania dla innych podejść. Na szczególną uwagę zasługuje tutaj terapia interpersonalna. W trzech badaniach tego podejścia ok. 50–75% uczestników po zakończeniu terapii utrzymywało abstynencję, a 33–73% w badaniach *follow-up* od 24 do 48 miesięcy. Warto również wspomnieć, że w jednym badaniu oddziaływania opartego na *mindfulness* odsetek abstynencji po zakończeniu psychoterapii i powtórnym pomiarze po 4 miesiącach wyniósł ok. 20%. Opisane wyniki można odnieść do odsetka abstynencji osób w grupie oczekujących na terapię, który wynosił ok. 7–13%. Podsumowanie autora wskazuje na to, że około połowa uczestników psychoterapii dotyczącej napadowego objadania się utrzymuje abstynencję po zakończeniu leczenia i w badaniach *follow-up*, co jest argumentem za opracowywaniem bardziej efektywnych podejść psychoterapeutycznych.

W badaniu dotyczącym internetowych psychoterapii napadowego objadania się (Moghimi i in., 2021) porównywano zarówno internetowe *self-help*, jak i psychoterapię prowadzoną przez internet do listy oczekujących. W tym porównaniu interwencje poznawczo-behawioralne były istotnie skuteczniejsze od warunku kontrolnego, ze średnią wielkością efektu w zakresie liczby epizodów objadania się, jak również nasilenia zaburzeń jedzenia. Jednak liczba badań w tej analizie była mała, a przedziały ufności szerokie (z efektami zawierającymi się w przedziale od minimalnych do dużych). Również heterogeniczność badanych efektów była wysoka. Autorzy pracy stwierdzili, że tego rodzaju oddziaływania mogą być efektywnym podejściem terapeutycznym, jednak należy zadbać o większą liczbę badań.

Kolejnym badaniem opisującym skuteczność psychoterapii w leczeniu napadowego objadania się jest praca Grohmann i Lawsa (2021), która dotyczyła psychoterapii opartych na *mindfulness*. Efekty tego podejścia psychoterapeutycznego zostały zestawione zarówno z nieaktywnymi (lista oczekujących), jak i aktywnymi (*self-help*, behawioralne programy redukcji wagi, PE) warunkami kontrolnymi. W pomiarach po zakończeniu leczenia terapie oparte na *mindfulness* były istotnie skuteczniejsze ze średnią wielkością efektu i dużą heterogenicznością, natomiast w pomiarach *follow-up* od 3 do 6 miesięcy od zakończenia leczenia nie znaleziono istotnych różnic między osobami korzystającymi z psychoterapii a osobami z grup kontrolnych (wynik o niskiej heterogeniczności).

3.12.2.2. Psychoterapia dzieci i młodzieży. Ze względu na to, że badania skuteczności psychoterapii w zaburzeniach jedzenia u dzieci i młodzieży są prowadzone na heterogenicznych, transdiagnostycznych grupach, w obecnym przeglądzie uwzględniono tylko jedną pracę przeglądową, w której analizowano efekty CBT w grupie adolescentów z diagnozą bulimii. Nie znaleziono żadnych prac, które analizowałyby jednorodne pod względem symptomów grupy dzieci i młodzieży doświadczających napadowego objadania się. W metaanalizie Linardona i współpracowników (2017) pojedyncze badania dotyczące adolescentów wskazały na nieistotne efekty CBT w porównaniu z warunkami kontrolnymi. Niemniej jednak była to jedna

z pobocznych analiz w tej pracy. Przykładowo – ocena artykułu i suplementu nie pozwala stwierdzić, do jakich warunków kontrolnych porównywano tę psychoterapię. Jednym z opisywanych ograniczeń tej metaanalizy jest niewystarczająca liczba badań, która pozwalałaby na wyciąganie wniosków o skuteczności psychoterapii z dużą dozą pewności. To ograniczenie dotyczy również przeglądu badań skuteczności psychoterapii wśród adolescentów doświadczających napadowego objadania się.

3.12.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób z bulimią i napadowym objadaniem się

American Psychological Association nie ma w swoich wytycznych rekomendacji do pracy terapeutycznej z osobami z bulimią i napadowym objadaniem się.

American Psychiatric Association w najnowszych zaleceniach (APA, 2023) dla dorosłych doświadczających bulimii rekomenduje CBT dla osób z zaburzeniami jedzenia (poziom 1C), a dla adolescentów z tego rodzaju objawami sugeruje psychoterapię rodzinną skoncentrowaną na zaburzeniach jedzenia (poziom 2C). Dla pacjentów z napadowym objadaniem się rekomendowana jest indywidualna bądź grupowa CBT dla osób z zaburzeniami jedzenia bądź terapia interpersonalna (poziom 1C), a sugerowana – dla osób, u których nie nastąpiła poprawa na skutek psychoterapii lub które preferują leki – farmakoterapia (poziom 2C).

National Institute for Health and Care Excellence w swoich zaleceniach z 2017 r. dla dorosłych i dzieci z napadowym objadaniem się przyjęło schodkową strategię oferowania interwencji. Najpierw należy rekomendować *self-help* CBT dotyczące tego problemu. Jeśli to podejście nie przyniosło zamierzonego skutku w ciągu 4 tygodni, istnieją przeciwwskazania lub jest nieakceptowane, należy zaoferować grupową CBT dla osób z zaburzeniami jedzenia. Jeśli grupowa CBT jest nieakceptowana lub niedostępna, należy rozważyć zastosowanie indywidualnej CBT dla osób z zaburzeniami jedzenia. W przypadku dorosłych z bulimią również przyjęto schodkową strategię oferowania leczenia. Najpierw należy rozważyć zaoferowanie *self-help* CBT dotyczące tego problemu. Jeśli to podejście nie przyniosło zamierzonego skutku w ciągu 4 tygodni, istnieją przeciwwskazania lub jest nieakceptowane, należy rozważyć indywidualną CBT dla osób z zaburzeniami jedzenia. Dzieciom i młodzieży należy zaoferować psychoterapię rodzinną skoncentrowaną na zaburzeniach jedzenia. Jeśli to podejście nie przyniosło zamierzonego skutku, istnieją przeciwwskazania lub jest nieakceptowane, należy rozważyć indywidualną CBT dla osób z zaburzeniami jedzenia. Niezalecane jest wyłączne stosowanie farmakoterapii.

Australian Psychological Society w przeglądzie z 2018 r. określiło CBT jako metodę posiadającą najwyższe dostępne dowody naukowe (poziom I) dla osób dorosłych doświadczających bulimii i napadowego objadania się. Dodatkowo dopuszczane są internetowa CBT, DBT oraz biblioterapia oparta na CBT (poziom II). Oprócz tego osobom z bulimią może pomagać terapia interpersonalna, MBSR oraz PE. Dla dzieci i młodzieży (12–18 lat) doświadczających bulimii rekomendowaną metodą jest terapia rodzinna (poziom I), a dopuszczana jest CBT i terapia psychodynamiczna (w wieku 14–18 lat) (poziom II). Dla dzieci i młodzieży doświadczających napadowego objadania się rekomendowana jest CBT (poziom II). Dla dorosłych na poziomie III i IV wymienione są takie podejścia jak terapia interpersonalna, skoncentrowana na emocjach, ACT czy PE.

3.12.4. Dyskusja

Podsumowując, znaleziono prawie 30 prac przeglądowych opublikowanych w latach 2010–2023 dotyczących skuteczności CBT i terapii trzeciej fali w leczeniu osób z bulimią i napadowym objadaniem się. Omówione badania wskazują na krótko- i długoterminową skuteczność CBT (w tym *self-help* opartego na CBT) w leczeniu dorosłych. Obiecujące wydają się wyniki dotyczące prowadzenia CBT dla osób z zaburzeniami odżywiania zdalnie. Psychoterapie oparte na *mindfulness* mają mniejszą skuteczność niż podejścia oparte na CBT i nie zostały uwzględnione jako preferowana metoda w żadnych z omawianych rekomendacji (jedynie poziom II dla dorosłych z napadowym objadaniem się w przeglądzie APS). W badaniach dotyczących dzieci i młodzieży zwraca uwagę mała liczba prac przeglądowych, które podsumowywały badania RCT dotyczące psychoterapii oraz badania z jednorodnymi grupami klinicznymi. Według zaleceń zagranicznych organizacji (NICE, APA psychiatryczne i APS) leczeniem z wyboru dla dorosłych są metody oparte na CBT (terapia indywidualna dla osób z zaburzeniami odżywiania oraz oparte na tym podejściu *self-help*). APS również wymienia jako potencjalne metody leczenia terapie oparte na *mindfulness*, DBT, ACT czy psychoterapię interpersonalną albo skoncentrowaną na emocjach. W terapii dzieci i młodzieży rekomendowanymi podejściami do leczenia są psychoterapia rodzinna (dla osób z bulimią) oraz CBT (dla osób z napadowym objadaniem się). Według wytycznych NICE raczej niezalecane jest oferowanie wyłączenie leczenia farmakologicznego osobom z bulimią i napadowym objadaniem się.

3.13. Zaburzenia osobowości

Zaburzenia osobowości (ICD-10: F60, ICD-11: 6D10/11, DSM-5: 301) według DSM-5 (APA, 2019) to stały wzorzec funkcjonowania i doświadczania, który wyraża się sposobem postrzegania siebie, wyrażania emocji (np. zakresu, intensywności, chwiejności, adekwatności), funkcjonowania w relacjach interpersonalnych i kontroli impulsów, które odbiegają od tego, co jest oczekiwane w danym kręgu kulturowym. Klasyfikacja ta dzieli zaburzenia osobowości na trzy wiązki (A, B i C), w ramach których wyróżniono 10 zaburzeń osobowości (paranoiczne, schizoidalne, schizotypowe, histrioniczne, narcystyczne, *borderline*, antyspołeczne, unikowe, obsesyjno-kompulsyjne i zależne).

Najnowsza klasyfikacja ICD-11 (Gałecki, 2022) odchodzi od takiego podziału i uznaje, że zaburzenia osobowości charakteryzują się trwałymi problemami w funkcjonowaniu aspektów jaźni (np. tożsamości, poczucia własnej wartości, trafności obrazu siebie) i/albo trudnościami w funkcjonowaniu interpersonalnym (np. zdolności do tworzenia bliskich relacji, rozumienia punktu widzenia innych czy rozwiązywania konfliktów). Zaburzenia te przejawiają się w schematach poznawczych, doświadczeniach emocjonalnych, ekspresji emocjonalnej i zachowaniu, a także manifestują się w wielu sytuacjach osobistych i społecznych (Gałecki, 2022). Diagnoza według ICD-11 składa się z oszacowania ogólnego nasilenia zaburzenia osobowości, diagnozy pięciu wskaźników dysfunkcjonalnych cech (negatywnej afektywności, izolacji, dyssocjalności, rozhamowania i anankastyczności) oraz możliwości zastosowania dodatkowego kwalifikatora wzorca *borderline* (Cieciuch i in., 2022).

Zmiana podejścia diagnostycznego z kategorialnego (opartego na typach osobowości) na dymensjonalne (oparte na określeniu nasilenia cech) zmienia diametralnie sposób diagnozy

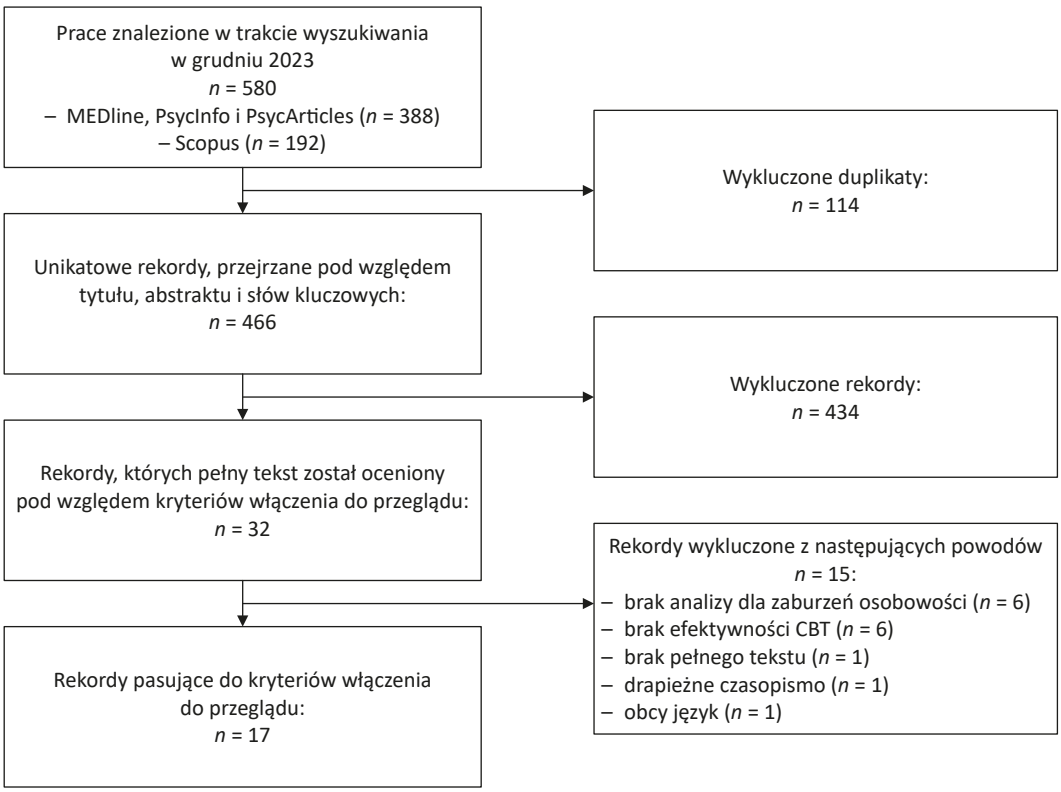
zaburzeń osobowości i będzie również miał wpływ na przyszłe badania dotyczące efektywności terapii w zakresie zmian w obrębie pięciu cech. Ponieważ przegląd ten opiera się na badaniach od 2010 do 2023 r., z oczywistych względów nie ma jeszcze badań uwzględniających skuteczność terapii określanej w kategoriach dymensjonalnych. Opisano więc wyniki, których podział zgodny jest z kategoriami DSM-5. Rozpowszechnienie zaburzeń osobowości dotyczy ok. 12% osób dorosłych i aż 40% pacjentów psychiatrycznych leczonych ambulatoryjnie (Cieciuch i in., 2022).

3.13.1. Metoda

Do przeszukiwania baz danych wykorzystano frazy ogólne opisane w metodzie całego przeglądu oraz fraz (*personality disorders*) OR (*cluster A*) OR (*cluster B*) OR (*cluster C*) OR *schizotypal* OR *schizoid* OR *paranoid* OR *narcissistic* OR *histrionic* OR *antisocial* OR *dissocial* OR APD OR *psychopathy* OR *borderline* OR BPD OR *avoidant* OR *dependent* OR (*obsessive--compulsive personality*) OR OCPD z przedrostkiem AND. Znaleziono 388 artykułów w bazach MEDline, PsycInfo i PsycArticles oraz 192 artykułów w bazie Scopus, co dało łączną liczbę 580 artykułów. Po wykluczeniu 114 duplikatów pierwszy screening został przeprowadzony na 466 artykułach. Przegląd po tytułach i abstraktach pozwolił na wykluczenie 434 artykułów. Przegląd pełnych tekstów artykułów doprowadził do wykluczenia 15 z nich, co dało łączną liczbę 17 metaanaliz i systematycznych przeglądów skuteczności CBT dla osób z zaburzeniami osobowości. Metaanalizy wykluczone ze względu na brak efektywności dla zaburzeń osobowości obrazowały skuteczność w leczeniu różnych zaburzeń z ewentualnym współwystępowaniem zaburzeń osobowości. Metaanalizy wykluczone ze względu na brak analiz efektywności CBT dotyczyły badań, gdzie efektywność była liczona dla wszystkich modalności razem, dla terapii psychodynamicznych, gdzie nie było opisanych wskaźników efektywności CBT oraz opisujących efektywność pojedynczych interwencji DBT. Zgodność ocen pomiędzy dwojgiem autorów (DP, AŚ) wyniosła 83,4%. Cały proces z kryteriami wykluczenia został zobrazowany na **rysunku 14**. Tabela z opisem wybranych metaanaliz i przeglądów systematycznych znajduje się w **załączniku 1.13** (s. 174). Lista 17 znalezionych prac przeglądowych i metaanaliz na temat psychoterapii zaburzeń osobowości została przedstawiona w **załączniku 2.13** (s. 229).

3.13.2. Skuteczność psychoterapii w zaburzeniach osobowości

Spośród 17 prac włączonych do przeglądu wybrano do opisu 10, nie był to jednak typowy podział przyjęty dla innych zaburzeń w tym przeglądzie. Po pierwsze, występują tylko dwie metaanalizy dotyczące dzieci i młodzieży. Pozostałe osiem prac, które znalazły się w załączniku 1.13 oraz w opisie dotyczy osób dorosłych. Zdecydowano się na osiem prac w celu opisania wszystkich typów zaburzeń osobowości, które zostały uwzględnione w badaniach. Wybraliśmy więc pięć najnowszych prac dotyczących osobowości *borderline* i po jednym (a zarazem jedynym) dla osobowości antyspołecznej, paranoicznej i unikającej. Dla żadnego innego typu zaburzenia osobowości nie znaleziono metaanalizy ani przeglądu systematycznego.



Rysunek 14. Proces selekcji badań nad skutecznością psychoterapii zaburzeń osobowości

3.13.2.1. Psychoterapia dorosłych. Spośród 15 metaanaliz i przeglądów opisujących efektywność terapii w pracy z zaburzeniami osobowości wybrano osiem najnowszych opublikowanych w latach 2012–2023, z czego siedem metaanaliz jest z lat 2021–2023, a tylko jedna z 2012 r.

Większość metaanaliz i badań efektywności psychoterapii dotyczy **osobowości *borderline***. Pierwsza metaanaliza Katakis i współpracowników (2023) opisuje efektywność terapii ambulatoryjnej dla osób z tym zaburzeniem osobowości. Autorzy wykazują w niej, że różne terapie analizowane łącznie są skuteczną metodą redukowania objawów ze średnią wielkością efektu. Wykorzystali do tego zagregowane wyniki z terapii psychodynamicznej, DBT i CBT porównywane z grupą kontrolną w postaci TAU i listy oczekujących. Analizy efektywności każdej z terapii z osobna wykazały natomiast, że terapia CBT uzyskała efekt dużej wielkości, DBT – efekt średniej wielkości, a PDT również efekt średniej wielkości, ale nieistotny statystycznie. Autorzy niestety nie wskazują, jakie terapie zaburzeń osobowości skategoryzowano jako terapie CBT. Druga metaanaliza weryfikowała skuteczność terapii schematów (ST), jednak uwzględniono w niej nie tylko RCT, lecz także badania bez grup kontrolnych (Zhang i in., 2023). Zdecydowano się włączyć tę metaanalizę, ponieważ jest to jedyny znaleziony przegląd, który koncentruje się na efektywności terapii schematów, a nie włącza jej do ogólnej kategorii CBT. Wynik tej metaanalizy pokazuje, że ST działa w umiarkowanym stopniu na obniżanie symptomów zaburzenia osobowości *borderline*. Warto jednak zaznaczyć, że jakość większości z ośmiu badań włączonych do metaanalizy została określona jako niska. Wyciąganie wniosków z tej analizy może być więc obarczone wysokim ryzykiem tendencyjności. Warto zatem zwrócić uwagę na sieciową metaanalizę RCT

Setkowski i współpracowników (2023), w której porównano efektywność różnych psychoterapii, w tym terapię schematu. Autorzy wykorzystali tylko trzy badania ST o najwyższej jakości i wykazali, że terapia ta ma wysoki poziom efektu w porównaniu z TAU i umiarkowanym, ale nieistotnym, w porównaniu z terapią interpersonalną (IPT) i z psychoterapią skoncentrowaną na przeniesieniu (*transference-focused therapy*, TFP). Co ciekawe, w przypadku TF-CBT i DBT, które obniżały nasilenie objawów ze średnią wielkością efektu w porównaniu z TAU, obie te terapie uzyskały małej wielkości, ale nieistotny efekt na korzyść IPT i TFP. Trzeba jednak podkreślić, że IPT i TFP nie uzyskały istotnego efektu w porównaniu z TAU. Obie terapie psychodynamiczne wymagają większej liczby randomizowanych badań, aby móc wnioskować o ich skuteczności z większą pewnością. W tej metaanalizie terapia schematów uzyskała również najlepsze wyniki w zakresie redukcji tendencji samobójczych w tej grupie pacjentów. Metaanaliza Rameckers i współpracowników (2021) sprawdzała efektywność DBT i ST w porównaniu z TAU. W tej metaanalizie wykazano istotną statystycznie i dużą wielkość efektu w redukcji nasilenia objawów dla obu terapii. Po wykluczeniu badań o niskiej jakości wielkość efektu dla obu terapii była duża i wciąż istotna. Ostatnią metaanalizą dla tej grupy zaburzeń jest praca Stoffers-Winterling i współpracowników (2022). W niej CBT, DBT i trening umiejętności DBT miały średnią wielkość efektu, ale warto pamiętać, że w metaanalizie tej znalazło się od jednego do trzech badań na małej liczbie osób badanych.

W odniesieniu do **osobowości antyspołecznej** znaleziono tylko jeden systematyczny przegląd (Hofmann i in., 2012). Przegląd pięciu badań wykazał, że CBT jest skuteczna w redukcji nasilenia poszczególnych wymiarów tego zaburzenia osobowości, ale już nie w leczeniu osobowości antyspołecznej. Skuteczność obejmowała redukcję wypadania z terapii i ograniczenie stosowania kokainy, ale nie obejmowała werbalnej lub fizycznej agresji.

Wspomniana wcześniej metaanaliza Zhang i współpracowników (2023) zweryfikowała również skuteczność terapii schematów w odniesieniu do **osobowości paranoicznej** oraz do osobowości unikającej. W przypadku tej pierwszej skuteczność jest na poziomie małego, nieistotnego efektu (wynik oparty na dwóch badaniach), a w przypadku **osobowości unikającej** efekt był umiarkowany, ale również nieistotny.

3.13.2.2. Psychoterapia dzieci i młodzieży. Pierwszą pracą opisującą skuteczność CBT w grupie dzieci i młodzieży był systematyczny przegląd z metaanalizą RCT, CCT i oceną przed terapią i po terapii wykonany przez Kothgassner i współpracowników (2021). W pracy tej autorzy poddali analizie łącznie 21 badań, w których wzięło udział 1673 nastolatków dokonujących samookaleczeń i przejawiających myśli samobójcze. Analizowano skuteczność DBT dla adolescentów (DBT-A) w porównaniu z różnymi warunkami kontrolnymi: standardowym leczeniem, terapią wspierającą lub listą oczekujących. Stwierdzono małą wielkość efektu na korzyść DBT-A w porównaniu z grupami kontrolnymi w zakresie samookaleczeń oraz myśli suicydalnych. Z kolei porównania przed terapią i po terapii uwzględniające jedynie DBT-A wykazały dużą wielkość efektu w zakresie: redukcji samookaleczeń, myśli suicydalnych, objawów BPD. Autorzy jednak zwrócili uwagę na znaczne ryzyko tendencyjności.

Drugim artykułem uwzględnionym w raporcie był systematyczny przegląd z metaanalizą RCT dotyczący młodzieży z diagnozą zaburzeń osobowości z pogranicza i cechami BPD wykonany przez Jørgensen i współpracowników (2021). Autorzy ocenili skuteczność m.in. psychodynamicznej MBT (*mentalization-based treatment*) (k = 2) oraz DBT-A (k = 1) w porównaniu z TAU. Wyniki analiz wskazywały, że MBT (forma indywidualna k = 1; forma grupowa k = 1) nie był istotnie statystycznie skuteczniejszy od grupy kontrolnej. Wyniki cechowały się umiarkowaną

heterogenicznością. Z kolei opis badania dotyczącego DBT-A wskazywał istotną statystycznie poprawę po zakończeniu leczenia w odniesieniu do grupy kontrolnej, natomiast efekt ten nie był istotny po okresie 1 roku i 3 lat. Jednakże wyniki te należy interpretować z ostrożnością z uwagi na znaczne ryzyko tendencyjności.

3.13.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób z zaburzeniami osobowości

Trzy organizacje wydały zalecenia dotyczące terapii zaburzeń osobowości. Warto jednak podkreślić, że wszystkie zalecenia dotyczą jedynie zaburzenia osobowości *borderline*. Tylko NICE wydało rekomendacje do zaburzenia osobowości antyspołecznej. To oznacza, że nie istnieją zalecenia terapeutyczne dotyczące psychoterapii osób z pozostałymi typami zaburzeń osobowości.

Według wytycznych **NICE** terapią zalecaną dla kobiet z zaburzeniami osobowości typu *borderline* jest DBT (NICE, 2009a). Wytyczne te ustalają również, że psychoterapia może być wspomagana leczeniem farmakologicznym, jednakże odradza się stosowania leków przeciwpsychotycznych. Nierekomendowane są również psychoterapie krótkoterminowe (krótsze niż 3 miesiące). Ten dokument był aktualizowany w 2018 r. i nie znaleziono dowodów, które wpłynęłyby na rodzaj zaleceń. NICE jako jedyne wydało również rekomendację dla terapii osób z osobowością antyspołeczną (NICE, 2009b). Zaleca się tam grupową CBT i farmakoterapię dopasowaną do zaburzeń współwystępujących z zaburzeniem osobowości (np. depresji, uzależnień itp.). Te zalecenia zostały zaktualizowane w 2013 r.

Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (APA) nie wydało zaleceń dotyczących zaburzeń osobowości.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA) wydało zalecenia w 2001 r. aktualizowane ostatni raz w 2005 r. (Oldham, 2005). Zaleca się w nich terapię psychodynamiczną i DBT, jednak czas, jaki upłynął od wydania rekomendacji, nie pozwala się na nich wiarygodnie opierać.

Australijskie Stowarzyszenie Psychologów (APS) w swoim przeglądzie również oceniło siłę dowodów naukowych tylko w terapii osób z zaburzeniami osobowości *borderline* (APS, 2018). Na poziomie I dla osób dorosłych w zaleceniach znalazły się DBT, terapia psychodynamiczna lub terapia schematów. Na poziomie II: ACT, CBT, IPT oraz PE. MBCT znalazło się na poziomie IV rekomendacji. W odniesieniu do dzieci i młodzieży żadna terapia nie osiągnęła poziomu I ani II. Dopiero na poziomie III znalazła się terapia poznawczo-analityczna (*cognitive analytic therapy*, CAT), a dopiero na poziomie IV: DBT i terapia psychodynamiczna.

3.13.4. Dyskusja

W raporcie uwzględniono systematyczne przeglądy z metaanalizami dotyczące jedynie wybranych zaburzeń osobowości: BPD, osobowości antyspołecznej, paranoicznej i unikającej. Dokonany wybór podyktowany był ograniczeniami wynikającymi z braku tekstów źródłowych,

w których opisano by inne zaburzenia osobowości. Łącznie opisano 10 metaanaliz, osiem dotyczących osób dorosłych oraz dwie dotyczące młodzieży. Najszerzej analizowanym zaburzeniem osobowości było BPD, w którym stwierdzono korzystne efekty psychoterapii ze średnią do dużej wielkością efektu w przypadku CBT i ST, przy czym analizy sieciowe nie wykazały, aby którakolwiek z analizowanych metod terapeutycznych była istotnie statystycznie lepsza o pozostałych. W przypadku osobowości antyspołecznej przegląd badań wskazywał na ograniczoną skuteczność CBT obejmującą m.in. przedwczesne zakończenie leczenia. W przypadku osobowości paranoicznej i unikającej skuteczność ST nie osiągnęła istotności statystycznej. W przypadku młodzieży znaleziono metaanalizy oceniające skuteczność DBT-A oraz MBT. Pierwszy wymieniony model leczenia okazał się skuteczny w porównaniu z TAU (mała wielkość efektu), natomiast w przypadku drugiego różnica nie była istotna statystycznie, przy czym analizie poddano jedynie dwa badania. Przytoczone wyniki należy interpretować z ostrożnością – ryzyko tendencyjności w dużej części badań włączonych do przeglądów zostało ocenione przez autorów jako umiarkowane lub wysokie, część wyników charakteryzowała się również umiarkowaną lub znaczną heterogenicznością.

Rekomendacje towarzystw obejmują przede wszystkim leczenie BPD, w którym jedną z metod terapii stosowanych w pierwszej kolejności jest DBT (APA, APS, NICE). Na dalszych poziomach, za Australijskim Stowarzyszeniem Psychologów, są ACT, CBT czy ST. NICE jako jedyna wydała zalecenia dla leczenia osób z osobowością antyspołeczną, wedle których sugeruje się wykorzystanie CBT.

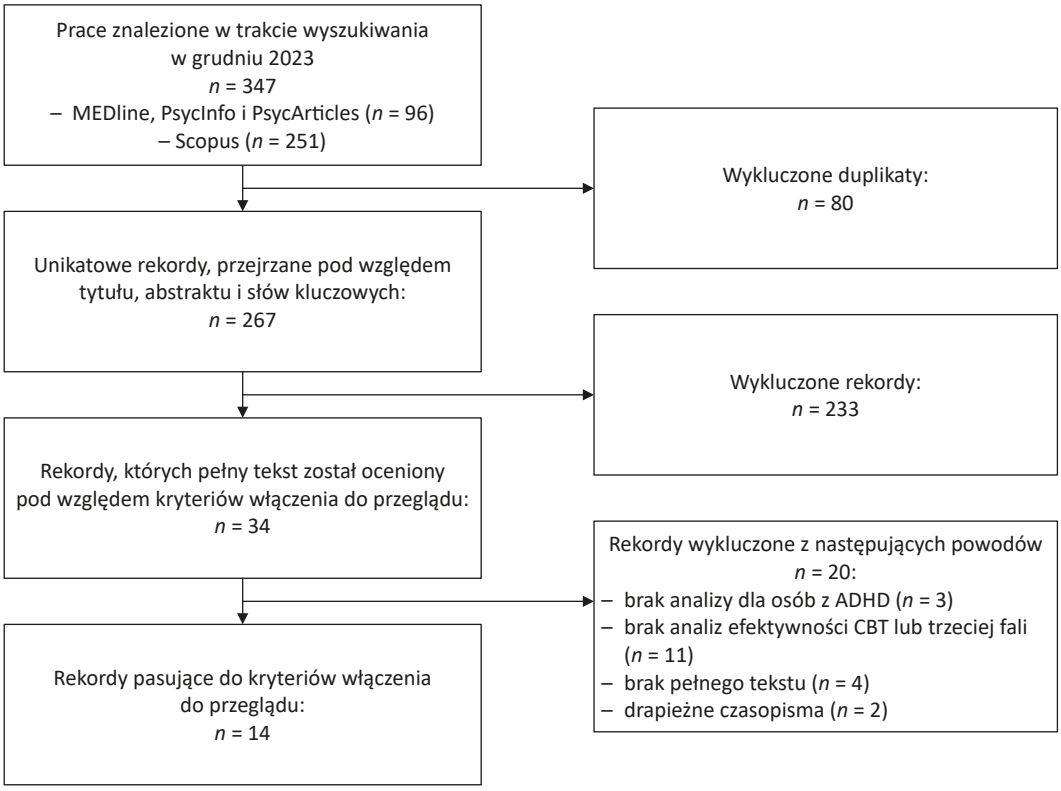
3.14. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi lub zaburzenie z deficytem uwagi i nadaktywnością (*attention deficit hyperactivity disorder*, ADHD; ICD-10: F90,0, ICD-11: 6A05, DSM-V: 314.00) jest zaburzeniem neurorozwojowym, w którym występują nadaktywność psychoruchowa, impulsywność i nieuwaga. Aby można było postawić diagnozę ADHD, objawy muszą występować przez co najmniej 6 miesięcy, w stopniu który nie jest spójny z wiekiem rozwojowym. Negatywne skutki ADHD mogą dotyczyć praktycznie każdej sfery życia i w zależności od wieku obejmować trudności w nauce, pracy, funkcjonowaniu psychospołecznym i powodować częstsze ryzyko występowania innych zaburzeń psychicznych (takich jak depresja, zaburzenia lękowe, uzależnienia) oraz nieprawidłowo kształtującą się osobowość. Występowanie tych konsekwencji może być częściowo niwelowane poprzez zastosowanie odpowiedniego leczenia (Shaw i in., 2012).

Dane dotyczące rozpowszechnienia tego zaburzenia wskazują, że najczęściej jest ono diagnozowane u dzieci. Współczynniki występowania bardzo różnią się pomiędzy opracowaniami i zawierają się w przedziale od ok. 5% globalnie do nawet 10,5% w zależności od analizowanej populacji (Cortese i in., 2023; Li i in., 2023). W przypadku osób dorosłych wskaźniki są równie wysokie i sięgają nawet 8,8% (Song i in., 2021).

3.14.1. Metoda

Do przeszukiwania baz danych wykorzystano frazy ogólne opisane w metodzie całego przeglądu i z wykorzystaniem fraz szczegółowych: *attention deficit hyperactivity disorder* OR ADHD. Przeszukano cztery bazy artykułów MEDline, PsycInfo i PsycArticles oraz Scopus. Łączna liczba wyszukań wyniosła 251, z czego wykluczono 80 duplikatów. Pierwszy screening na podstawie tytułów, abstraktów oraz słów kluczowych został przeprowadzony na 267 artykułach i pozwolił na wykluczenie 233 rekordów. Po przeprowadzeniu drugiego screeningu na podstawie pełnych tekstów artykułów wykluczono kolejnych 20 artykułów, co ostatecznie pozwoliło na włączenie 14 metaanaliz oraz systematycznych przeglądów do tego opracowania. Zgodność ocen dwojga autorów (DP, JW) oceniających artykuły wyniosła 88%. Szczegółowy opis procesu wyboru artykułów oraz lista powodów wykluczeń została zamieszczona na **rysunku 15**. Tabela z opisem wybranych metaanaliz i przeglądów systematycznych znajduje się w **załączniku 1.14** (s. 177). Lista 14 znalezionych prac przeglądowych i metaanaliz na temat psychoterapii ADHD została przedstawiona w **załączniku 2.14** (s. 231). W wybranych pracach analizowano wskaźniki odnoszące się do kluczowych objawów ADHD: nadaktywności, impulsywności oraz nieuwagi dokonywanych przez niezależnego badacza, w formie samoopisu lub obserwacje rodzica czy opiekuna.



Rysunek 15. Proces selekcji badań nad skutecznością psychoterapii ADHD

3.14.2. Skuteczność psychoterapii w zespole nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi

Badania skuteczności psychoterapii poznawczo-behawioralnej dla osób z diagnozą ADHD uwzględnione w tym przeglądzie i opublikowane w latach 2010–2022 zostały przedstawione w dziewięciu systematycznych przeglądach połączonych z metaanalizami oraz pięciu systematycznych przeglądach. W przypadku dorosłych osób z ADHD, z uwagi na niewielką liczbę artykułów przedstawiających metaanalizy, zdecydowano się włączyć do tego przeglądu także systematyczne przeglądy.

3.14.2.1. Psychoterapia dorosłych. W systematycznym przeglądzie z metaanalizą badań dotyczących skuteczności CBT w leczeniu dorosłych osób z diagnozą ADHD przygotowanym przez Young i współpracowników (2020) podzielono analizowane badania w zależności od rodzaju grupy kontrolnej. W pracy uwzględniono pięć badań porównujących CBT z osobami z listy oczekujących oraz trzy badania, w których zastosowano aktywną grupę kontrolną (m.in. PE lub relaksacja). W zależności od warunku kontrolnego wielkość efektu wskazującego na poziom skuteczności CBT zawierała się w przedziale od małej (badania z aktywną grupą kontrolną) do umiarkowanej (badania z osobami z listy oczekujących). Jednak wyniki te powinny być interpretowane z dużą ostrożnością – w przypadku badań z grupą kontrolną z listą oczekujących heterogeniczność wyników była znaczna, natomiast w przypadku aktywnych grup kontrolnych – umiarkowana. Dodatkowo autorzy wskazują na znaczne ryzyko tendencyjności wyników badań, co może ograniczać możliwość odpowiedniego wnioskowania – wśród opisanych ograniczeń były m.in. brak opisu procesu randomizacji czy zaślepienie przydziału do grupy eksperymentalnej.

Drugim artykułem włączonym do przeglądu jest praca Scholz i współpracowników (2023). Autorzy przygotowali systematyczny przegląd dotyczący skuteczności różnych form interwencji psychologicznych w grupie dorosłych osób z ADHD, w którym opisali badania dotyczące m.in. DBT (1 badanie), MCT (2 badania), MBCT (7 badań), CBT (7 badań), które zostały zbiorczo opisane jako interwencje behawioralne. Analizy opisane w pracy obejmowały szeroki repertuar grup kontrolnych, w tym standardowe leczenie, lista oczekujących, jak również aktywne grupy kontrolne (np. grupa wsparcia). W przypadku TAU i listy oczekujących zaobserwowano duże wielkości efektu na korzyść interwencji behawioralnych, zarówno w przypadku danych z samoopisu pacjentów, jak i danych zbieranych poprzez ich obserwację. Należy jednak zaznaczyć, że w sytuacji, gdy skuteczność interwencji była porównywana do aktywnych warunków kontrolnych, w zdecydowanej większości badań nie zaobserwowano istotnych statystycznie efektów. Badacze wskazali także na wysokie ryzyko stronniczości badań wynikające z braku zaślepienia.

Kolejną pracą dotyczącą skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu dorosłych osób z ADHD był systematyczny przegląd badań przygotowany przez Nimmo-Smith i współpracowników (2020). Autorzy w pracy podjęli się próby jakościowej syntezy danych dotyczących skuteczności CBT (15 badań), DBT (2 badania) i MBCT (4 badania). W przypadku porównania CBT i TAU odnotowano istotną poprawę zarówno w indywidualnej, jak i grupowej terapii. W sytuacji, gdy grupą kontrolną była aktywna grupa kontrolna, badacze stwierdzili, że wyniki były niejednoznaczne. Porównanie DBT i aktywnej grupy kontrolnej nie wykazało istotnego klinicznego efektu. Z kolei MBCT w porównaniu z TAU okazał się skuteczny zarówno podczas

pomiaru po zakończeniu leczenia, jak i w kolejnych pomiarach. Jednakże, gdy porównano MBCT z psychoedukacją, nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic. Podobnie jak w przypadku wcześniejszych przeglądów ryzyko stronniczości było duże z powodu braku zaślepienia.

3.14.2.2. Psychoterapia dzieci i młodzieży. Wybrano dwie metaanalizy, które w rzetelny sposób przybliżają skuteczność terapii behawioralnej oraz CBT w odniesieniu do populacji dzieci i młodzieży z ADHD. W pracy autorstwa Groenman i współpracowników (2021) analizowano skuteczność interwencji behawioralnych na podstawie 25 badań w grupie 2885 dzieci z diagnozą ADHD w porównaniu z różnymi grupami kontrolnymi (TAU, lista oczekujących lub aktywna interwencja terapeutyczna inna niż terapia behawioralna). Wyniki tej metaanalizy wskazują, że interwencje behawioralne mają małą do umiarkowanej wielkość efektu w redukcji objawów ADHD i nasilenia nieuwagi oraz małą wielkość efektu w zmniejszeniu nasilenia nadaktywności/impulsywności. Autorzy analizowali również osobno wyniki w przypadku behawioralnej interwencji rodzicielskiej oraz terapii behawioralnej dziecka. Wyników tych nie przedstawiono w **załączniku 1.14**, a bardziej szczegółowo omówiono w dalszej części podrozdziału. W przypadku objawów ADHD analizowanych łącznie interwencja behawioralna skupiona na dziecku charakteryzowała się skutecznością ze średnią wielkością efektu ($b = 0{,}67$, $p < 0{,}001$), a interwencja rodzicielska średnią wielkością efektu ($b = 0{,}42$, $p < 0{,}001$). Podobne rezultaty odnotowano w odniesieniu do redukcji objawów nieuwagi, gdzie interwencja skupiona na dziecku była skuteczna ze średnią wielkością efektu ($b = 0{,}64$, $p < 0{,}001$), a behawioralna interwencja rodzicielska ze średnią wielkością efektu ($b = 0{,}45$, $p < 0{,}001$). Objawy nadaktywności/impulsywności okazywały się najmniej podatne na oddziaływania behawioralne, zarówno nakierowane bezpośrednio na dziecko (mała wielkość efektu, $b = 0{,}35$, $p < 0{,}001$), jak i w odniesieniu do behawioralnego treningu rodzicielskiego ($b = 0{,}31$, $p < 0{,}001$). Zasobem opisanej pracy może być niewielka wariancja zaobserwowana pomiędzy wynikami analizowanych 25 badań.

W drugiej wybranej metaanalizie – Battagliese i współpracowników (2015) – autorzy analizowali skuteczność CBT w odniesieniu do grupy zaburzeń eksternalizacyjnych, takich jak zaburzenie opozycyjno-buntownicze oraz ADHD u dzieci. Wyniki w grupie klinicznej porównywano z rezultatami grup kontrolnych, takich jak lista oczekujących lub TAU. Wnioski z sześciu analizowanych prac wskazują na umiarkowaną wielkość efektu terapii CBT w redukcji objawów ADHD ($d = 0{,}55$) w odniesieniu do grup kontrolnych niepoddanych interwencji. W pracy nie analizowano wyników osobno dla symptomów nadaktywności/impulsywności oraz nieuwagi. Autorzy wskazują również na umiarkowaną jakość analizowanych badań.

3.14.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi

American Psychological Association i **American Psychiatric Association** nie opublikowały zaleceń do pracy terapeutycznej z osobami z ADHD.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) zalecenia z 2018 r. dla dzieci poniżej 5. roku życia wskazują grupowy trening dla rodziców jako rekomendację pierwszego wyboru (NICE, 2018a). W momencie występowania dalszych trudności w funkcjonowaniu dziecka wskazana jest konsultacja z placówką specjalizującą się w leczeniu ADHD. Niewskazane jest

leczenie farmakologiczne. U dzieci powyżej 5. roku życia oraz dla młodych dorosłych zalecane są 1–2 sesje psychoedukacyjne dla rodziców i opiekunów. Leki proponuje się u dzieci powyżej 5. roku życia, w sytuacji, kiedy objawy ADHD w dalszym ciągu w trwały sposób powodują znaczne pogorszenie funkcjonowania w przynajmniej jednym obszarze po wprowadzeniu modyfikacji środowiska. U młodych dorosłych można rozważyć CBT ukierunkowaną na rozwijanie umiejętności komunikacji z rówieśnikami, rozwiązywanie problemów, zwiększenie samokontroli, umiejętności aktywnego słuchania oraz wyrażania emocji.

Zalecenia dla dorosłych obejmują farmakoterapię w sytuacji utrzymywania się uporczywych objawów, w znaczny sposób wpływających na funkcjonowanie w przynajmniej w jednym z obszarów, po wdrożeniu i sprawdzeniu efektów zmian środowiskowych. U osób, u których leczenie farmakologiczne przynosi istotne korzyści, ale część objawów nadal się utrzymuje, należy rozważyć leczenie niefarmakologiczne w postaci ustrukturyzowanej interwencji psychologicznej dla ADHD, regularnych interwencji osobistych lub telefonicznych. Interwencje mogą zawierać elementy lub całe leczenie oparte na CBT.

Australian Psychological Society (APS) w swoim przeglądzie z 2018 r. wskazuje terapię behawioralną jako terapię o najwyższej dostępnej jakości dowodów naukowych dla dzieci i młodzieży w wieku 6–18 lat oraz oddziaływania rodzinne dla dzieci w wieku 3–15 lat (poziom I). Warunkowo, na poziomie II, wyniki badań wskazują na istnienie dowodów na skuteczność terapii opartej na zabawie, ukierunkowanej na rozwijanie umiejętności psychospołecznych, dla dzieci w wieku 5–11 lat oraz PE dla osób w wieku 3–20 lat. Dla dorosłych istnieją najwyższe, aktualnie dostępne dowody naukowe na korzyść CBT (poziom I). Na poziomie II badania wskazują na istnienie dowodów na temat skuteczności CBT online, DBT, MCT, MBCT i PE.

3.14.4. Dyskusja

Podsumowując, wnioski płynące z metaanaliz, systematycznych przeglądów oraz zaleceń w populacji dzieci, młodzieży i dorosłych z ADHD, wskazują na małą do umiarkowanej skuteczność terapii CBT, terapii trzeciej fali oraz interwencji behawioralnych w odniesieniu do grup kontrolnych niepoddanych interwencji. Najmniej podatne na interwencje terapeutyczne u dzieci okazały się objawy nadaktywności/impulsywności, gdzie wielkość efektu terapii behawioralnej była opisywana jako mała. Zalecenia formułowane przez NICE wskazują na leczenie farmakologiczne po 5. roku życia, interwencje psychoedukacyjne oraz terapię CBT u adolescentów. APS podkreśla udokumentowaną skuteczność terapii behawioralnej stosowanej od najmłodszych lat.

Należy podkreślić szereg ograniczeń w pracach w tematyce ADHD. Przede wszystkim w dalszym ciągu brakuje dobrych jakościowo badań oraz metaanaliz, zarówno w odniesieniu do skuteczności leczenia dzieci, jak i dorosłych. U osób dorosłych znaleziono zaledwie jedną metaanalizę, w której ocenie ilościowej poddano wyniki zidentyfikowanych w ramach przeglądu badań. Większość analizowanych badań charakteryzowały bardzo różne warunki kontrolne oraz umiarkowana heterogeniczność wyników. Nie napotkano oceny wielkości efektów w odniesieniu do skuteczności długoterminowej, stąd niewiadome jest, czy uzyskane rezultaty utrzymują się po zakończonych oddziaływaniach terapeutycznych. Dalsze badania w tematyce ADHD powinny uwzględnić wymienione ograniczenia oraz odnosić się do skuteczności w perspektywie zarówno krótkoterminowej, jak i długoterminowej.

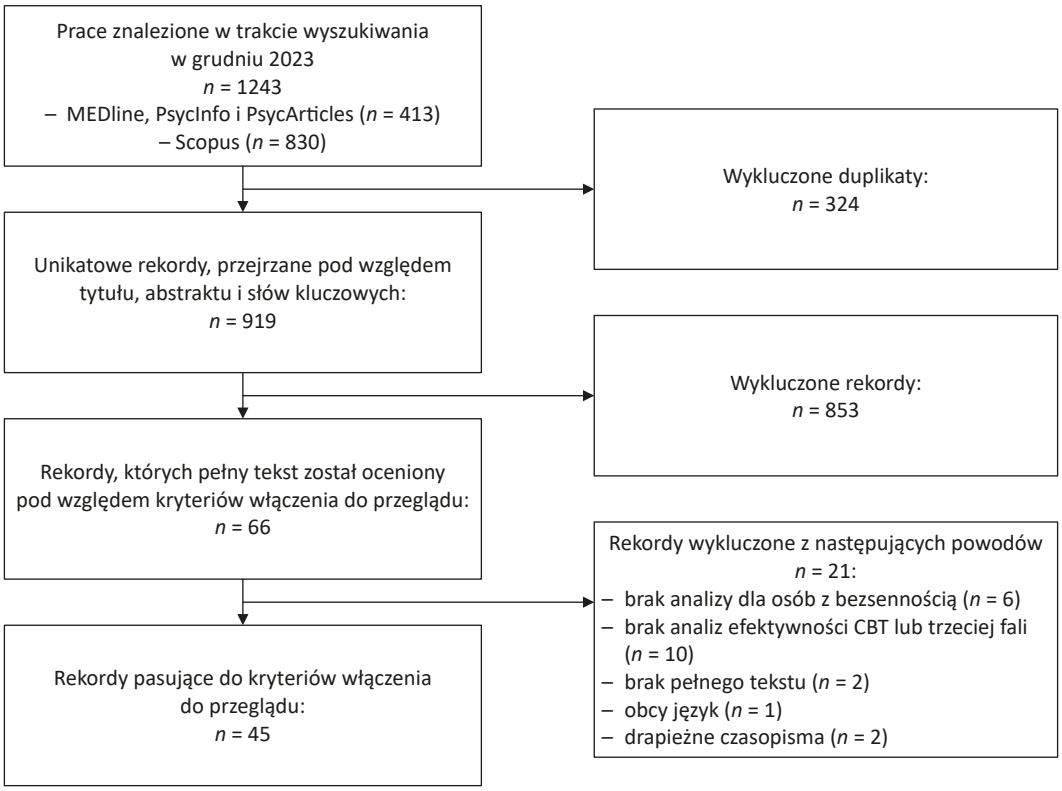
3.15. Bezsenność

Zaburzenia polegające na bezsenności (ICD-10: F51.0; ICD-11: 7A00; DSM-5: 307.42) są związane ze skargami na niewystarczającą ilość lub jakość snu, trudności w zasypianiu, utrzymaniu snu (częste wybudzanie się lub trudności z ponownym zaśnięciem po wybudzeniu) oraz budzenie się wcześnie rano z niemożnością ponownego zaśnięcia. U dzieci mogą manifestować się trudnościami z zasypianiem lub ponownym zaśnięciem po wybudzeniu pod nieobecność opiekuna. Aby zdiagnozować zaburzenia związane z bezsennością, trudności związane ze snem muszą wystąpić przynajmniej przez trzy noce w tygodniu i utrzymywać się przynajmniej 3 miesiące. Zaburzeniom snu towarzyszą nieprzyjemne objawy dzienne, np. zmęczenie czy obniżony nastrój. Wśród osób dorosłych na występowanie bezsenności szczególnie narażone są kobiety i osoby starsze. Szacuje się, że w populacji ogólnej rozpowszechnienie waha się od 4,4% do 48% (Ohayon i in., 2002), a u dzieci ok. 10–30% (Owens i Moore, 2017). Bezsenność uznawana jest jako typowe doświadczenie u starszych dzieci i adolescentów, i jest szacowana na ok. 9,4% w grupie nastolatków w wieku 13–16 lat (Johnson i in., 2006). Zgodnie z DSM-5 problemy ze snem zgłaszało ok. 23,6% dziewcząt i 12,5% chłopców w wieku 16–18 lat (Hysing i in., 2013).

3.15.1. Metoda

Wybrane cztery bazy artykułów (MEDline, PsycInfo i PsycArticles oraz Scopus) przeszukano w sposób opisany w metodzie całego przeglądu i z wykorzystaniem fraz: *insomnia* OR (*sleep disorders*) OR (*sleep problems*), co dało łączną liczbę 1243 artykułów. Po wykluczeniu 324 duplikatów przejrzano tytuły, abstrakty i słowa kluczowe w pozostałych 919 artykułach. W ten sposób wyłoniono 66 artykułów, których teksty przejrzano w całości pod kątem spełniania przez nie kryteriów włączenia do przeglądu. W trakcie tego etapu wykluczono 21 tekstów. Pozostałe 45 artykułów uznano za odpowiednie do włączenia do przeglądu. Zgodność ocen dwojga autorów (DF, JW) oceniających artykuły wyniosła 80%. Szczegółowy opis procesu wyboru artykułów oraz pełną listę przyczyn wykluczenia tekstów na ostatnim etapie screeningu przedstawiono na **rysunku 16**. Tabela z opisem wybranych metaanaliz i przeglądów systematycznych znajduje się w **załączniku 1.15** (s. 178). Lista 45 znalezionych prac przeglądowych i metaanaliz na temat psychoterapii bezsenności została przedstawiona w **załączniku 2.15** (s. 233).

Do pomiaru wyników terapii bezsenności w badaniach zazwyczaj używa się kwestionariuszy, np. *Insomnia Severity Index* (ISI; Morin i in., 2011) lub *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI; Buysse i in., 1989). Badacze stosują również pomiar objawów bezsenności bez użycia konkretnych kwestionariuszy, np. latencji zaśnięcia (*sleep onset latency*, SOL) mierzonej w minutach, czas, w którym dana osoba nie śpi po początkowym wybudzeniu mierzony w minutach (czas wybudzenia ze snu; *wakefulness time after sleep onset*, WASO), efektywność snu (*sleep efficiency,* SE) oraz pomiary psychofizjologiczne (aktygraf i elektroencefalografia – EEG). Aktygraf jest prostym urządzeniem noszonym na nadgarstku badającym aktywność ruchową pacjenta. Badanie EEG pozwala na ocenę aktywności elektrycznej mózgu w trakcie snu i czuwania.



Rysunek 16. Proces selekcji badań nad skutecznością psychoterapii bezsenności

3.15.2. Skuteczność psychoterapii w bezsenności

Do dokładniejszego opisu wybrano pięć metaanaliz badań przeprowadzonych z udziałem dorosłych oraz cztery z udziałem dzieci opublikowane w latach 2017–2023. Starano się wybrać jak najnowsze prace, które jednocześnie spełniają inne ważne kryteria opisane wcześniej, w tym brak występowania współchorobowości, np. depresji lub zaburzeń lękowych. Zaprezentowano wyniki dotyczące różnych form CBT, aby ułatwić terapeutom i terapeutkom wybór odpowiedniej metody leczenia. W wybranych metaanalizach uczestnicy badań mieli postawioną diagnozę bezsenności nieorganicznej. W podrozdziale zaprezentowane zostały wyniki skuteczności CBT bezsenności (*cognitive-behavioral therapy for insomnia*; CBT-I) prowadzonej indywidualnie i grupowo, zdalnie i bezpośrednio, przy użyciu publikacji czy aplikacji oraz w formie *self-help*. Oprócz tego przedstawiono wyniki skuteczności metod opartych na uważności. Dla dzieci i młodzieży prezentujemy wyniki czterech metaanaliz uwzględniających ocenę skuteczności protokołu CBT-I, jak również interwencji behawioralnych.

3.15.2.1. Psychoterapia dorosłych. Skuteczność CBT-I jest potwierdzona w wielu badaniach i metaanalizach (Riemann i in., 2017). Niestety pacjenci często mają problem z dostępem do wykwalifikowanych terapeutów (Simon i in., 2023). Dlatego najnowsze metaanalizy skuteczności CBT-I skupiają się nierzadko na ocenie skuteczności form CBT-I innych niż te realizowane w bezpośrednim kontakcie z terapeutą czy terapeutką, czyli innych niż CBT indywidualna i grupowa. Wśród wybranych przez nas artykułów znalazły się dwie metaanalizy sieciowe (Hasan

i in., 2022; Simon i in., 2023), w których porównuje się ze sobą wiele interwencji jednocześnie. W metaanalizie z 2022 r. (Hasan i in., 2022) porównano kilka rodzajów CBT-I prowadzonych za pomocą technologii cyfrowej z indywidualną oraz grupową CBT-I prowadzoną bezpośrednio (*face-to-face*). Autorzy podali wyniki dla kilku objawów bezsenności (pełna lista podana jest w **załączniku 1.15**). Większość zastosowanych form CBT-I wiązała się z istotnym skróceniem latencji zaśnięcia oraz czasu wybudzania się ze snu. Podobne wyniki uzyskano w kwestionariuszach mierzących objawy zaburzenia. Podsumowując, CBT-I zarówno bezpośrednia, jak i stosowana przy użyciu technologii cyfrowej okazała się skuteczna w leczeniu bezsenności. Najlepsze wyniki wśród cyfrowych rodzajów CBT-I osiągnięto w grupach z CBT-I online ze wsparciem terapeuty.

Metaanaliza Simon i współpracowników (2023) uwzględnia osiem sposobów prowadzenia CBT-I (patrz: **załącznik 1.15**). W porównaniu z listą oczekujących wszystkie były bardziej skuteczne w łagodzeniu objawów bezsenności, oprócz CBT-I prezentowanej w formie aplikacji na telefon bez wsparcia terapeuty. Należy nadmienić, że inaczej niż w starszej metaanalizie Hasana i współpracowników (2022) badacze sklasyfikowali wsparcie terapeuty wirtualnego jako brak wsparcia terapeutycznego. CBT-I prowadzona w kontakcie bezpośrednim (indywidualna i grupowa) okazała się bardziej skuteczna niż terapia zdalna. Terapia indywidualna w kontakcie bezpośrednim z terapeutką lub terapeutą okazała się najbardziej skuteczną formą CBT-I. Ze względu na niską liczbę badań nad biblioterapią i CBT-I indywidualną prowadzoną przez internet wyniki dotyczące ich skuteczności należy interpretować ostrożnie. Autorzy zalecają użycie CBT-I indywidualnej ze względu na dużą ilość danych potwierdzających jej skuteczność. Biblioterapia CBT-I ze wsparciem terapeutycznym może być używana, jeśli nie ma dostępu do bezpośredniej CBT-I.

W metaanalizie autorstwa Xu i współpracowników (2021) wykazano, że w grupach stosujących indywidualną CBT-I w kontakcie bezpośrednim uzyskano istotne spadki w zakresie pomiarów kwestionariuszowych (np. ISI; patrz: **załącznik 1.15**) oraz istotną poprawę wskaźników takich jak latencja zaśnięcia, czas wybudzenia ze snu, długość snu i liczba wybudzeń. Skuteczność CBT-I mierzona zaraz po zakończeniu leczenia jest dobrze udokumentowana, więc autorzy kolejnej metaanalizy postanowili sprawdzić, czy utrzymuje się ona również po dłuższym czasie od zakończenia terapii (van der Zweerde i in., 2019). Badacze sprawdzili stabilność rezultatów po 3, 6 i 12 miesiącach od zakończenia terapii. Mimo stopniowego spadku wielkości efektu, jego istotność utrzymała się nawet po roku od zakończenia terapii w porównaniu z nieaktywnymi grupami kontrolnymi.

Klasyczna CBT-I wydaje się obecnie jedynym rodzajem psychoterapii o dobrze udokumentowanej skuteczności w leczeniu bezsenności. Autorzy metaanalizy dotyczącej interwencji opartych na *mindfulness* (de Entrambasaguas i in., 2023) uwzględnili zaledwie kilka RCT sprawdzających skuteczność tego podejścia w leczeniu bezsenności przewlekłej (trwającej powyżej 3 miesięcy). Odnotowano nieistotny efekt średniej wielkości w zakresie PSQI (patrz: **tabela 1.15**). Analizy przeprowadzane były wewnątrzgrupowo. Podobne wyniki uzyskano w zakresie ISI oraz innych wskaźników bezsenności. Autorzy stwierdzili, że obecnie nie ma dowodów na skuteczność *mindfulness* w leczeniu tego zaburzenia i zwrócili uwagę na problem niskiej liczby dobrej jakości badań nad skutecznością terapii trzeciej fali w leczeniu bezsenności przewlekłej. Podobnie w artykule Edingera i in. (2021) podsumowującym prace prowadzone na zlecenie American Academy of Sleep Medicine stwierdzono, że nie można sformułować zaleceń dotyczących terapii opartych na *mindfulness* ze względu na niewystarczającą liczbę odpowiedniej jakości badań.

3.15.2.2. Psychoterapia dzieci i młodzieży. W podrozdziale przedstawiono wnioski z czterech wybranych metaanaliz dotyczących skuteczności CBT-I oraz interwencji behawioralnych w grupie dzieci i młodzieży.

W metaanalizie autorstwa Griggsa i współpracowników (2020) badano wskaźniki snu za pomocą metod psychofizjologicznych, takich jak aktygraf i EEG, u adolescentów po zastosowaniu behawioralnych interwencji promujących sen. Uzyskane wyniki wskazują na wydłużenie czasu snu u nastolatków po zastosowaniu technik behawioralnych, w odniesieniu do warunków kontrolnych. Wynik ten jednak nie był istotny statystycznie, a analizowane badania cechowała znaczna heterogeniczność.

W pracy autorstwa Aslund i współpracowników (2018) opisywano wyniki RTC skuteczności CBT-I w grupach dzieci w wieku szkolnym. Odnotowano dużą wielkość efektu terapii CBT-I dla wskaźnika latencji początku snu (*SMD* = –0,81) w odniesieniu do warunków kontrolnych. Podobnych efektów nie udało się odnotować dla innych wskaźników, takich jak całkowity czas snu (*SMD* = –0,21) oraz wybudzenie ze snu (*SMD* = –0,06). Skuteczność długoterminowa badana w okresie 4–8 miesięcy od ukończenia terapii wskazywała na utrzymywanie się istotnie statystycznych różnic w zakresie zmniejszania częstości wybudzania ze snu (mała do umiarkowanej wielkość efektu CBT-I: *SMD* = –0,42).

Zhong-Rui i współpracownicy (2019) w swojej pracy analizowali wyniki pochodzące z 10 RTC badających skuteczność CBT-I. Efekty terapii były mierzone za pomocą aktygrafu oraz dziennika snu w odniesieniu wskaźników latencji zaśnięcia, efektywności snu, czas wybudzenia ze snu oraz całkowity czas snu. Uzyskane wyniki wskazują na znaczący wpływ CBT-I na wskaźniki czasu zasypiania (latencja początku snu) oraz efektywność snu mierzonych zarówno za pomocą aktygrafu, jak i dziennika snu. Nie odnotowano istotnego wpływu CBT-I na niemożliwość zaśnięcia po wybudzeniu w nocy oraz całkowity czas snu u dzieci i młodzieży.

W ostatniej wybranej pracy (Blake i in., 2017) analizowano dziewięć RTC sprawdzających skuteczność CBT-I i MBCT w leczeniu bezsenności u dzieci i młodzieży. Odnotowano istotne statystycznie różnice u osób, które odbyły CBT-I lub MBCT w zakresie wszystkich wskaźników snu (całkowity czas spania, czas zasypiania, jakość snu oraz wybudzanie się) w odniesieniu do grup kontrolnych bez interwencji. Analiza skuteczności długoterminowej wykazała utrzymywanie się istotnie statystycznych efektów w zakresie istotnego skrócenia czasu zasypiania (*MD* = –16,15 min) oraz deklarowanej poprawy jakości snu u młodzieży (*MD* = 2,82%), jednak wskaźniki te były niewielkie.

3.15.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób z bezsennością

American Psychological Association i **American Psychiatric Association** nie mają w swoich wytycznych rekomendacji do pracy terapeutycznej z osobami z bezsennością.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) nie wydało pełnych rekomendacji dotyczących pracy terapeutycznej z osobami z bezsennością, a rekomendacje dotyczące stosowania daridorexantu w przewlekłej bezsenności. Przy okazji rekomendacji leku NICE zaleca CBT-I jako leczenie z wyboru dla osób dorosłych cierpiących na przewlekłą bezsenność

po udzieleniu porady dotyczącej higieny snu. Rekomenduje się leczenie daridorexantem u dorosłych, jeśli CBT-I nie zadziałała, jest niedostępna lub nieodpowiednia.

Australian Psychological Society (APS) w swoim przeglądzie z 2018 r. określiła CBT oraz CBT online jako posiadające największą liczbę badań dokumentujących ich skuteczność (poziom I) w leczeniu osób dorosłych, a dla dzieci w wieku 0–5 lat terapię behawioralną. Również pomocnymi metodami (poziom II) dla dzieci w wieku 7–19 lat może być CBT online, a dla młodzieży w wieku 12–17 lat – MBCT.

3.15.4. Dyskusja

Zaprezentowane wyniki metaanaliz jednoznacznie wskazują na skuteczność CBT-I w leczeniu bezsenności u osób dorosłych oraz dzieci i młodzieży. Potwierdzają to nie tylko pomiary dokonane zaraz po zakończeniu terapii, ale nawet po upływie roku od jej zakończenia. CBT-I dorosłych okazała się szczególnie skuteczna w bezpośrednim kontakcie z terapeutą czy terapeutką. Efekty stosowania CBT-I w takiej formie są na tyle dobrze udokumentowane, że badacze ostatnio częściej sprawdzają inne sposoby pracy terapeutycznej, takie jak terapia przez internet, telefon czy w formie *self-help*. Inne kierunki badawcze sprawdzające skuteczność terapii online lub autoterapii są też motywowane zbyt niskim dostępem do wykwalifikowanych specjalistów biegle posługujących się protokołem CBT-I. Jak pokazują badania, to właśnie kontakt z terapeutami może sprawić, że CBT-I będzie skuteczna w pracy z osobami z bezsennością. Jeśli bezpośrednia forma terapii jest niemożliwa, biblioterapia oparta na CBT z częściowym wsparciem ze strony klinicystów może okazać się pomocna. Dotychczasowe badania na temat skuteczności podejść trzeciej fali nie pozwalają jeszcze na sformułowanie ostatecznych wniosków dotyczących skuteczności tych metod.

Wyniki te znajdują swoje odzwierciedlenie w zaleceniach terapeutycznych. Brytyjska NICE oraz ASP zalecają CBT-I jako terapię z wyboru dla dorosłych, a dla dzieci i młodzieży APS zaleca BT, CBT i MBCT na różnych poziomach oceny dowodów naukowych. W Polsce również zaleca się CBT-I w terapii bezsenności (Jarema, 2015). Różne formy CBT stanowią więc najlepszy wybór dla pacjentów w różnym wieku cierpiących na bezsenność.

3.16. Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych

Zaburzenia spowodowane używaniem substancji (*Disorders due to substance use* w ICD-11, 6C40-6C4Z; *Substance-related and addictive disorders* w DSM-5, F10–F19) rozwijają się w wyniku używania substancji psychoaktywnych, a więc takich związków chemicznych, które przez swoje działanie na organizm człowieka (zwłaszcza ośrodkowy układ nerwowy) powodują zmianę na poziomie poznawczym, emocjonalnym i zachowania. Substancje te, zwłaszcza przyjmowane regularnie i przewlekle, charakteryzuje potencjał uzależniający, a wśród najczęściej stosowanych, poza kofeiną i nikotyną, znajduje się alkohol etylowy (etanol), a ponadto środki odurzające (narkotyki), takie jak opioidy (np. heroina) czy psychostymulanty

(np. amfetamina, metamfetamina), kokaina, haszysz i marihuana, halucynogeny i psychodeliki (np. LSD), substancje wziewne, a także środki używane w lecznictwie, jak niektóre leki nasenne czy anksjolityki (np. benzodiazepiny), oraz tzw. nowe substancje psychoaktywne stanowiące substytuty „tradycyjnych" narkotyków (określane potocznie jako dopalacze; więcej np. w: Pisarska i in., 2013).

Istnieją różne wzorce patologicznego używania substancji psychoaktywnych, a poszczególne z nich mają różny potencjał uzależniający. Uzależnienie tzw. chemiczne to wzorzec patologicznego używania substancji, który charakteryzują trzy podstawowe grupy objawów: (1) zaburzenie kontroli (regulacji) używania substancji – np. ciągła potrzeba używania substancji, utrata kontroli nad ilością przyjmowanej substancji czy czasem rozpoczynania i kończenia jej zażywania, (2) dominacja używania substancji nad innymi aktywnościami i jego kontynuacja pomimo ponoszonych znacznych szkód dotyczących zdrowia czy życia osobistego, (3) fizjologiczne cechy uzależnienia, wskazujące na neuroadaptację (tolerancja, charakterystyczny dla substancji zespół abstynencyjny czy powtarzające się używanie substancji w celu łagodzenia objawów odstawienia). W przypadku występowania takich objawów w sytuacji regularnego zażywania więcej niż jednej substancji (np. alkoholu i popularnego leku anksjolitycznego – alprazolamu) możliwe jest rozpoznanie uzależnienia mieszanego.

W ICD-11 w ramach kategorii „zaburzenia spowodowane używaniem substancji" oprócz uzależnienia od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych (w klasyfikacji zawarto rozszerzoną listę tych substancji) uwzględniono szereg innych zespołów, stanowiących konsekwencję intoksykacji, w tym zwłaszcza używania przewlekłego (jak np. stany delirium czy zaburzenia psychiczne), a ponadto szkodliwy wzorzec używania (nadużywanie substancji związane z ponoszeniem szkód zdrowotnych i innych, ale bez symptomów wskazujących na fizyczne uzależnienie) i epizod szkodliwego użycia. Zaburzenia spowodowane używaniem substancji mogą mieć zatem różną postać w zależności od patologicznego wzorca używania i nasilenia objawów – w skrajnej postaci osoba doświadcza głębokich objawów uzależnienia związanych z koncentracją całego życia wokół zdobywania substancji, znaczącym spadkiem tolerancji na nią, przyjmowaniem jej w samotności, degradacją zawodową i społeczną, objawami takimi jak otępienie, psychozy czy padaczka; co istotne, również znacząco zwiększa się ryzyko ulegania wypadkom, odnoszenia obrażeń, diagnozy chorób przewlekłych oraz śmierci osoby z powodu przedawkowania i innych następstw używania.

W skali globalnej rozpowszechnienie zaburzeń związanych z używaniem alkoholu w ciągu roku poprzedzającego ocenia się na ponad 8% (Slade i in., 2016), w Europie – na ponad 3% (Rehm i in., 2015), przy czym istnieje wyraźna różnica pomiędzy płciami – mężczyźni znacznie częściej cierpią z powodu tego rodzaju zaburzeń. W polskim badaniu epidemiologicznym EZOP II rozpowszechnienie zaburzeń związanych z piciem alkoholu w ciągu życia oceniono na 7%, w tym uzależnienia na 2%; natomiast uzależnienie od innych substancji psychoaktywnych oceniono na 1% (Wciórka i in., 2021).

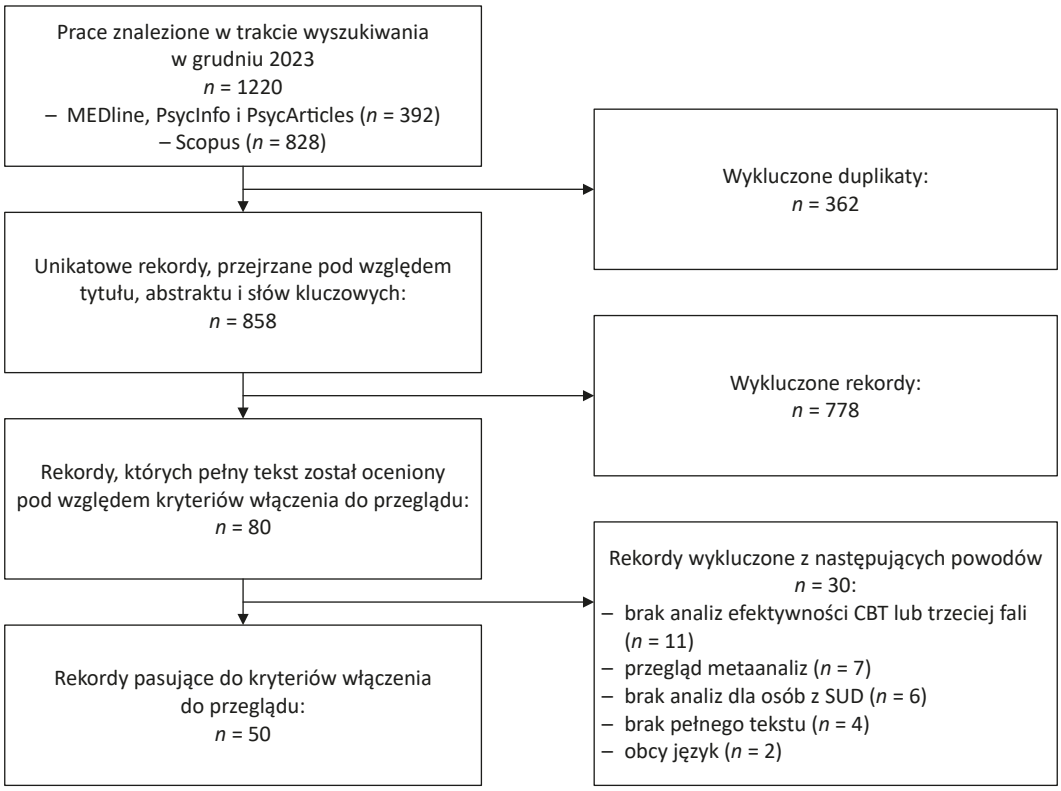
Warto nadmienić, że ze względu na specyfikę objawów związanych z zależnością fizyczną, w terapii uzależnień organizacje eksperckie rekomendują, w szczególności w średnio nasilonym i ciężkim przebiegu uzależnienia i leczeniu zespołów abstynencyjnych, specyficzną dla substancji farmakoterapię łączoną z interwencjami psychospołecznymi. Zwraca się także uwagę na lukę w leczeniu, związaną z różnicą pomiędzy liczbą osób potrzebujących pomocy a liczbą osób faktycznie tę pomoc otrzymującą, a dodatkowo na słaby dostęp do terapii o udowodnionej skuteczności (WHO, 2018). Niestety, sprawę badań nad skutecznością komplikuje duża heterogeniczność grupy osób z problemami wynikającymi

z używania substancji oraz brak jednego wskaźnika skuteczności leczenia: może być to bowiem utrzymywanie abstynencji, brak nawrotów używania substancji, zmniejszenie jego częstotliwości lub ilości przyjmowanej substancji, zmniejszenie nasilenia głodu substancji (*craving*) czy też redukcja szkód ponoszonych z tytułu używania substancji. Inną kwestią, na którą zwraca się uwagę, jest negatywny wpływ tych zaburzeń na otoczenie społeczne, w tym zwłaszcza na degradację życia rodzinnego i ponoszone przez członków rodzin konsekwencje w związku ze zjawiskiem współuzależnienia i doświadczaniem nierzadko przewlekłego stresu, także o charakterze traumatycznym (np. z powodu zwiększonego ryzyka stosowania przemocy przez osoby uzależnione). Stąd wśród proponowanych interwencji terapeutycznych szczególne miejsce zajmują te nakierowane na pracę z członkami rodzin (w przypadku CBT jest to np. behawioralna terapia par czy włączanie w proces leczenia członków rodzin w terapii nieletnich).

W Polsce istnieje system lecznictwa odwykowego, który regulują akty prawne, takie jak ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Leczenie jest dobrowolne i bezpłatne, a zasadniczą metodą leczenia uzależnienia od alkoholu jest psychoterapia, natomiast postępowanie medyczne ma wymiar wspomagający i jest nakierowane głównie na leczenie zespołów abstynencyjnych oraz farmakologiczne wsparcie psychoterapii (patrz: Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, kcpu.gov.pl). Określono także kompleksowe programy leczenia zaburzeń spowodowanych piciem alkoholu, które mają charakter eklektyczny, ale opierają w większości na podejściu CBT oraz idei i doświadczeniach Wspólnoty Anonimowych Alkoholików. Analogicznie, wytyczne dotyczące leczenia wskazano również dla uzależnień od innych substancji psychoaktywnych (patrz: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, kbpn.gov.pl).

3.16.1. Metoda

Wybrane cztery bazy artykułów (MEDline, PsycInfo i PsycArticles oraz Scopus) przeszukano w sposób opisany w metodzie całego przeglądu i z wykorzystaniem fraz: *alcohol* OR *substance*, co dało łączną liczbę 1120 artykułów. Po wykluczeniu 362 duplikatów przejrzano tytuły, abstrakty i słowa kluczowe w pozostałych 858 artykułach. W ten sposób wyłoniono 80 artykułów, których teksty przejrzano w całości pod kątem spełniania przez nie kryteriów włączenia do przeglądu. W trakcie tego etapu wykluczono 30 tekstów. Pozostałe 50 artykułów uznano za odpowiednie do włączenia do przeglądu. Zgodność ocen dwóch autorek (MD, AB) oceniających artykuły wyniosła 87,5%. Szczegółowy opis procesu wyboru artykułów oraz pełną listę przyczyn wykluczenia tekstów na ostatnim etapie screeningu przedstawiono na **rysunku 17**. Tabela z opisem wybranych metaanaliz i przeglądów systematycznych znajduje się w **załączniku 1.16** (s. 182). Lista 50 znalezionych prac przeglądowych i metaanaliz na temat psychoterapii uzależnienia od alkoholu i substancji została przedstawiona w **załączniku 2.16** (s. 237).



Rysunek 17. Proces selekcji badań nad skutecznością psychoterapii zaburzeń spowodowanych używaniem substancji

3.16.2. Skuteczność psychoterapii w zaburzeniach spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych

Do dokładniejszego opisu wybrano najnowsze metaanalizy badań przeprowadzonych z udziałem dorosłych, opublikowane w ostatnich latach (nie znaleziono odpowiedniej metaanalizy badań przeprowadzonych w grupie dzieci i młodzieży). Starano się wybrać prace różnorodne ze względu na rodzaj przyjmowanych substancji, wskaźniki skuteczności (np. utrzymywanie abstynencji, zmniejszenie nasilenia głodu substancji) czy też rodzaj i formę psychoterapii (poza „klasyczną" CBT, interwencje specyficzne dla zaburzeń spowodowanych używaniem substancji, terapie trzeciej fali CBT czy eCBT). Ostatecznie zaprezentowane zostały wyniki skuteczności: (1) CBT, terapii ekspozycyjnej (*exposure therapy*, ET) i terapii zorientowanej na uważność (*mindfulness-oriented therapy*, MOT) w leczeniu osób z zaburzeniami spowodowanymi piciem alkoholu, w kontekście innych rodzajów psychoterapii; (2) behawioralnej terapii par (*behavioural couples therapy*, BCT) w leczeniu osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych; (3) specyficznego rodzaju terapii behawioralnej, do jakiej zalicza się tzw. sterowanie uwarunkowaniami (*contingency management*, CM), stosowanej w leczeniu osób uzależnionych od substancji; (4) interwencji opartych na uważności w leczeniu osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem różnych substancji; oraz (5) psychoterapii online (eCBT) w leczeniu osób z zaburzeniami spowodowanymi piciem alkoholu.

3.16.2.1. Psychoterapia dorosłych. Pierwsza z wybranych metaanaliz (Zhang i in., 2022) została przeprowadzona z intencją koncentracji na randomizowanych badaniach nad skutecznością psychoterapii osób z zaburzeniami spowodowanymi piciem alkoholu. Rodzaje psychoterapii sklasyfikowano według *the Nottingham Classification of Psychotherapies*. Włączano badania, w których wskaźnikiem skuteczności był odsetek dni abstynencji (*percentage of days abstinent*, PDA), zmiana w liczbie porcji alkoholu wypijanych dziennie (*drinks per drinking day*, DDD) oraz zmiany w odczuwaniu głodu alkoholowego, mierzone za pomocą zwalidowanych narzędzi pomiaru. Uwzględniono 34 RCT, a wśród rodzajów psychoterapii zastosowanych niezależnie lub w kombinacji znalazły się: CBT, terapia małżeństw i par, terapia wspierająca, terapia oparta o 12 kroków (*twelve-step facilitation*, TSF), leczenie wspierające motywację (*motivational enhancement treatment*, MET), modyfikacja zniekształceń poznawczych (*cognitive bias modification*, CBM), trening regulacji afektu (*affect regulation training*, ART), terapia ekspozycyjna, prewencja nawrotów (*relapse prevention*, RP), terapia zorientowana na uważność, terapia oparta na relaksacji, doradztwo krótkoterminowe (*brief counseling*, BC) oraz krótki neurofeedback wizualny (*visual short-time neurofeedback*, VSTN). Ponadto w uwzględnionych badaniach znajdowały się takie, w których łączono psychoterapię z farmakoterapią (naltrekson, fluoksetyna, sertralina, baklofen). Warunki kontrolne obejmowały TAU, placebo lub TAU łączone z placebo. Nie wszystkie badania, a tym samym rodzaje terapii (np. ekspozycja i terapia oparta na uważności), zostały jednak uwzględnione w metaanalizie sieciowej (n = 23). Ogółem, CBT w odniesieniu do PDA okazała się bardziej skuteczna niż TAU, ale efekt ten już nie był istotny w analizie sieciowej. CBT znalazła się mimo to wśród dziewięciu interwencji, które oceniono jako efektywne; oprócz CBT objęły one CBT łączoną z TAU, MET łączoną z terapią par, samą terapię par, terapię opartą na relaksacji, terapię 12 kroków łączoną z terapią par, terapię małżeńską łączoną z prewencją nawrotów, samą terapię małżeńską oraz terapię wspierającą. W analizie sieciowej okazało się jednak, że CBT nie jest istotnie lepsza niż inne rodzaje psychoterapii oparte na dowodach, a wyższe rezultaty uzyskano w przypadku MET, terapii par, terapii małżeńskiej i terapii opartej na relaksacji. Autorzy konkludują, że poza potwierdzeniem skuteczności różnych form psychoterapii w przypadku zaburzeń spowodowanych piciem, dwie preferowane w redukcji PDA to MET i terapia par (które okazały się lepsze od terapii małżeńskiej i opartej na relaksacji). Warto przy tym podkreślić, że opis w załączniku do omawianej metaanalizy sugeruje, że chodzi tutaj o terapię par w nurcie CBT, integrującą techniki nakierowane na myślenie i emocje, ale jest to opis bardzo ogólny. Natomiast w przypadku redukcji DDD wstępne analizy wskazywały na MET i CBT stosowane łącznie z podawaniem naltreksonu, ale ostatecznie nie wykazano, aby któryś rodzaj leczenia był lepszy niż TAU (podobnie okazało się w przypadku zmian w nasileniu głodu alkoholowego).

Mataanaliza dokonana przez Schmita i in. (2022) dotyczyła wyłącznie badań (RCT i innych o charakterze quasi-eksperymentalnym) nad skutecznością behawioralnej terapii par według opartego na dowodach podręcznika (Fals-Stewart i in., 2004; Klostermann i in., 2011). BCT proponowana parom szukającym pomocy z powodu używania substancji przez co najmniej jednego z partnerów koncentruje się zasadniczo na trzech celach, które mają umożliwić utrzymywanie długotrwałej abstynencji: eliminacji szkodliwego używania substancji, pozyskaniu wsparcia partnera oraz poprawie funkcjonowania w związku intymnym. W metaanalizie uwzględniono 17 badań RCT, w których porównywano BCT z terapiami alternatywnymi. Niestety, nie opisano dokładnie tych terapii, a jedynie wspomniano w dyskusji, że chodzi o indywidualne i grupowe „tradycyjne" metody leczenia zaburzeń związanych z używaniem substancji. Podobnie, brak szczegółowych danych na temat substancji używanych przez uczestników włączonych do

metaanalizy badań, jedynie w kryteriach włączania opisano, że był to alkohol i inne substancje psychoaktywne. Na łącznie 2307 uczestników badań, 1304 było osobami zidentyfikowanymi jako używające substancji, a 1003 to byli partnerzy tych osób (poza problemem używania substancji i utrzymywania abstynencji sprawdzano bowiem również dopasowanie w relacji). Wielkość efektu dla różnic pomiędzy BCT i terapiami alternatywnymi została oceniona jako nieznaczna. Po uwzględnieniu poprawki ze względu na zaobserwowany efekt faworyzacji terapii alternatywnych, wielkość efektu wzrosła (*g* = –0,29; CI95% = –0,44, –0,13). Autorzy zauważają, że w przeciwieństwie do wcześniejszych metaanaliz nie udało się wykazać znaczącego efektu przemawiającego za wyższością BCT nad leczeniem „tradycyjnym". Wskazują, że może być to związane ze specyfiką wskaźnika skuteczności, jakim było podawanie liczby dni utrzymywania abstynencji przez osobę z problemem używania substancji. A mianowicie, osoby te mogą niedokładnie szacować ten czas ze względu na chęć utrzymania dopasowania w relacji (w omawianej metaanalizie uzyskaną wielkość efektu dla dopasowania w relacji określono jako małą). Autorzy podsumowują, że chociaż BCT jest podejściem opartym na dowodach i posiada określony protokół, to rezultaty badań nad jej skutecznością nie są spójne. Przyszłe badania powinny być bardziej rygorystyczne, niemniej jednak BCT można wskazywać jako jedną z alternatyw w terapii zaburzeń z powodu używania substancji.

Ginley i in. (2021) przeprowadzili metaanalizę uwzględniającą badania nad skutecznością specyficznego dla uzależniania od substancji rodzaju interwencji – tzw. sterowania uwarunkowaniami. Jak wspomniano, CM jest zaliczane do terapii behawioralnych i ogólnie polega na nagradzaniu zachowań pozytywnych dla procesu leczenia uzależnienia oraz negatywnym wzmacnianiu zachowań niepożądanych. W omawianej metaanalizie (która objęła 23 RCT i 3320 uczestników) skoncentrowano się na wybranych substancjach nielegalnych, tj. stymulantach (67%) i opioidach (4%) oraz na uzależnieniu krzyżowym (29%). W 38% badań uczestnicy pochodzili z klinik oferujących leczenie substytucyjne metadonem. Ogółem w badaniach brano pod uwagę takie wskaźniki skuteczności jak utrzymywanie abstynencji oraz wyniki (negatywne) testów na obecność substancji w moczu, przeprowadzane także (w przypadku 42% badań) po roku od zakończenia terapii. Jak podkreślają autorzy, stosowanie metod obiektywnych, jak testy wykrywające narkotyki, stanowi rzadkość w badaniach klinicznych osób z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji. W omawianej metaanalizie ok. 53% badań zapewniało CM oparte na nagrodach, a w 47% stosowano vouchery (warto nadmienić, że w tego typu terapii nie daje się gotówki, ponieważ może być ona wydana na zakup substancji). Prawie we wszystkich badaniach aplikowano zwiększanie wzmocnień (91%) i dostarczane ich natychmiast (84%) po przedstawieniu negatywnego wyniku badania moczu. W mniejszej liczbie badań (25%) stosowano harmonogram wzmocnień, które z czasem wygaszano. Częstotliwość wzmocnień, które można było zdobyć tygodniowo, wahała się od 1 do 7. Warunki kontrolne stanowiły kompleksowa terapia środowiskowa, TAU albo inne specyficzne terapie oparte o protokół – w tym CBT czy terapia w modelu 12 kroków (niestety nie zaprezentowano wyników oddzielnie dla CBT). Okazało się, że ogólne prawdopodobieństwo abstynencji dla uczestników CM było wyższe w porównaniu z tymi, którzy byli przyporządkowani do warunków kontrolnych (średnia ważona wielkość efektu ilorazu szans, OR = 1,22, CI95% 1,01, 1,44). Im dłuższy czas trwania terapii, tym uczestnikom udawało się zachowywać dłuższą abstynencję, a rodzaj stosowanych wzmocnień nie miał przy tym znaczenia. Autorzy konkludują, że CM przynosi lepsze rezultaty niż inne formy leczenia, w tym terapia środowiskowa, CBT czy też terapia w modelu 12 kroków, jednak krytyczną barierę w dostępie do tego rodzaju terapii stanowi jej specyfika związana z zapewnieniem funduszy na nagrody dla uczestników.

Natomiast przykładem metaanalizy badań nad skutecznością CBT trzeciej fali w leczeniu zaburzeń spowodowanych używaniem substancji jest ta autorstwa Deminy i in. (2023), poświęcona interwencjom opartym na uważności (*mindfulness-based interventions*, MBIs). Interwencje te obejmowały następujące programy: MBSR, MBRP, MORE, terapia grupowa oparta na uważności i akceptacji, „Chwila po chwili w procesie zdrowienia kobiet" (*Moment--by-Moment in Women's Recovery*), uważna świadomość w terapii zorientowanej na ciało oraz medytacja *mindfulness* z zastosowaniem osobistego asystenta cyfrowego. W metaanalizie uwzględniono 17 RCT (*N* = 1228) nakierowanych na redukcję głodu (*craving*) u uczestników zażywających różnego rodzaju substancje psychoaktywne (opioidy, nikotyna, alkohol lub wszystkie te substancje) lub (jedno badanie) uzależnionych od grania w internecie. Zwraca się uwagę, że trening uważności zapewnia inną niż poznawcze strategie radzenia sobie z niezwykle bolesnym i trudnym do opanowania symptomem, jakim jest głód, opartą na obserwacji i akceptacji. Warunki kontrolne podzielono na interwencje aktywne i brak aktywnych interwencji (lista oczekujących, sesje informacji ogólnych, brak interwencji, medytacja pozorowana). Ogólna wielkość efektu została oszacowana na *SMD* = –0,70 (CI95% –1,15, –0,26), co wskazywałoby na przewagę MBIs, jednak z powodu wysokiej heterogeniczności nie można wyciągać daleko idących wniosków. Interwencje oparte na *mindfulness* w terapii uzależnień są ogólnie obiecujące, co potwierdzają także inne metaanalizy, jednak konieczne są dalsze badania, które pozwolą na ustalenie, czy są one skuteczne w przypadku redukcji głodu substancji.

Gutierrez i in. (2023) dokonali z kolei metaanalizy badań nad skutecznością psychoterapii online (eCBT) dla osób z zaburzeniami spowodowanymi piciem alkoholu. Uwzględniono 22 badania o łącznej liczbie 17 140 uczestników. Wskaźnikami skuteczności były m.in. redukcja picia alkoholu, utrzymywanie abstynencji, poprawa jakości życia oraz utrzymywanie się w terapii (liczba rezygnacji z terapii); we wszystkich badaniach zastosowano AUDIT albo kryteria DSM. W ramach kategorii CBT stosowano następujące jej formy: eCBT z asynchronicznym kierowaniem przez terapeutę, kierowane eCBT w rozszerzeniu TAU, CBT bezpośrednia, online DBT z asynchronicznym kierowaniem przez terapeutę, eCBT bez zaangażowania terapeuty oraz psychoterapeutyczne interwencje online bez zastosowania struktury CBT, a ponadto interwencje zawierające elementy prewencji nawrotów, dialogu motywującego, treningu uważności, modyfikacji zniekształceń i interwencję z zakresu behawioralnego doradztwa. Interwencje te podzielono na: kierowane (*guided*) eCBT, eCBT bez zaangażowania terapeuty (*self-guided*) oraz inne interwencje. Wśród warunków kontrolnych znajdowały się: PE, brak leczenia lub lista oczekujących, kontrola uwagi, TAU. Wszystkie interwencje eCBT okazały się istotnie bardziej skuteczne niż nieaktywne warunki kontrolne w zakresie wszystkich uwzględnionych wskaźników. Ponadto, skuteczność i wskaźniki rezygnacji z terapii były podobne w przypadku eCBT, jak również terapii prowadzonej osobiście. Jednak metaanaliza sieciowa wykazała, że najlepsze rezultaty w utrzymywaniu abstynencji osiągano dzięki CBT prowadzonej osobiście oraz kierowanej eCBT w ramach TAU, natomiast najniższe wyniki – po zastosowaniu PE, eCBT bez zaangażowania terapeuty i w przypadku braku leczenia. Zdaniem autorów ogólnie rezultaty metaanalizy wskazują, że interwencje eCBT można uznać za skuteczne w radzeniu sobie z zaburzeniami spowodowanymi piciem alkoholu, jednak dość niska jakość danych nakazuje ostrożność w interpretacji wyników, co zwraca uwagę na potrzebę dalszych, bardziej rygorystycznych badań nad skutecznością psychoterapii online.

3.16.2.2. Psychoterapia dzieci i młodzieży. W przypadku psychoterapii dzieci i młodzieży nie znaleziono odpowiedniej jakości nowszej metaanalizy, która obejmowałaby badania nad skutecznością leczenia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych lub skutecznością programów psychoprofilaktycznych nakierowanych na redukcję lub eliminację ich zażywania. Badań takich niestety zdecydowanie brakuje.

3.16.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu i innych substancji

American Psychological Association nie wydało rekomendacji dotyczących leczenia osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

American Psychiatric Association wydało w 2006 r. (i w 2007 r.) szczegółowe rekomendacje dla leczenia zaburzeń związanych z używaniem substancji, jednak nie zostały one od tamtego czasu uaktualnione. W dokumencie tym, poza odpowiednią farmakoterapią, sformułowano rekomendacje dla terapii psychospołecznych w odniesieniu do poszczególnych rodzajów substancji. Mianowicie, CBT uzyskało I stopień rekomendacji w przypadku uzależnienia od nikotyny oraz alkoholu, a także od kokainy, o ile terapia koncentruje się na utrzymaniu abstynencji. W przypadku uzależnienia od opioidów terapia behawioralna (zwłaszcza CM) oraz CBT otrzymały II stopień rekomendacji, o ile stanowią element kompleksowego planu leczenia. Natomiast w przypadku uzależnienia od marihuany nie wydano żadnych zaleceń. Niestety, po 2007 r. nie ma wzmianki o nowych wytycznych lub ich aktualizacji. W 2018 r. Towarzystwo opublikowało natomiast rekomendacje dla farmakoterapii w zaburzeniach spowodowanych piciem alkoholu.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2011a) w przypadku szkodliwego picia alkoholu i uzależnienia o łagodnym przebiegu rekomenduje interwencje psychologiczne, a wśród nich CBT i terapie behawioralne oraz behawioralną terapię par (o ile osoba nie doświadcza przemocy lub nie jest jej sprawcą, a partner wyraża zgodę na udział w terapii). Jeżeli osoby nie reagują dobrze na samą interwencję tego typu, należy zaproponować psychoterapię łączoną z farmakoterapią (akamprozat lub naltrekson). W przypadku głębokiego uzależnienia od alkoholu podstawą leczenia jest farmakoterapia, a indywidualne interwencje psychospołeczne zalecane są po udanym odstawieniu środka. W przypadku młodzieży od 16. roku życia rekomenduje się te same wytyczne co w przypadku dorosłych. W przypadku osób młodszych zaleca się kompleksowe leczenie, z uwzględnieniem interwencji psychospołecznych nakierowanych na pracę z rodziną, jak funkcjonalna terapia rodzin. W przypadku nadużywania narkotyków przez osoby powyżej 16. roku życia, wśród skutecznych interwencji wymienia się sterowanie uwarunkowaniami i behawioralną terapię par, natomiast CBT w przypadku zaburzeń współwystępujących (są to wytyczne z 2007 r., które sprawdzono i podtrzymano w 2016 r.).

Australian Psychological Society (APS) w przeglądzie z 2018 r. wskazała na CBT wraz z dialogiem motywującym jako posiadające najwyższy poziom dowodów naukowych dokumentujących skuteczność (poziom I), natomiast ACT, DBT, terapie rodzinne oraz prewencja nawrotów oparta o trening uważności zostały ocenione jako poziom II. W przypadku młodzieży

w wieku 12–18 rekomendowane są interwencje rodzinne (poziom I) i ewentualnie grupowa CBT (poziom II).

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom aktualnie na swojej stronie internetowej (kcpu.gov.pl) wymienia CBT wśród dominujących interwencji psychospołecznych, zaznacza jednak, że tylko nieliczne placówki w Polsce pracują jedną metodą, a w większości przypadków są to działania eklektyczne łączące w sobie elementy różnych metod.

3.16.4. Dyskusja

Podsumowując wnioski płynące z metaanaliz badań, jak również rekomendacje zagranicznych organizacji, a także biorąc pod uwagę specyfikę polskiego systemu odwykowego, można stwierdzić, że swoiste dla zaburzeń spowodowanych piciem alkoholu (jednak nie w przypadku głębokiego uzależnienia) programy CBT są elementem leczenia o udokumentowanej skuteczności, porównywalnym do innych uznanych metod, w odniesieniu do których prowadzone są tego rodzaju badania. Z kolei behawioralną terapię par można polecać niektórym osobom (pijącym szkodliwie, posiadającym stałego partnera) jako uzupełnienie leczenia. Stosunkowo nowe rodzaje i formy interwencji, takie jak terapie oparte na treningu uważności czy eCBT, można uznać za obiecujące alternatywy. Jednakże w przypadku uzależnienia głębokiego, niezależnie od rodzaju substancji psychoaktywnej, nie ma innych skutecznych interwencji, niż w pierwszej kolejności leczenie farmakologiczne, wspomagane dopiero na dalszych etapach metodami psychospołecznymi (w tym CBT), a także ukierunkowane na efektywne odstawienie środka i utrzymanie abstynencji. Ciekawą alternatywą w przypadku zaburzeń spowodowanych używaniem nielegalnych substancji psychoaktywnych jest sterowanie uwarunkowaniami, które może być włączane jako jedna z metod psychospołecznych i integrowane w ramach kompleksowego programu leczenia. Warto jednak podkreślić, że ze względu na różnorakie problemy związane z oceną skuteczności psychoterapii, wynikające m.in. ze znacznego zróżnicowania wzorców patologicznego używania substancji, dość powszechnych trudności w utrzymywaniu abstynencji, wysokiego ryzyka nawrotów i rezygnacji z terapii, a także stosunkowo częstego współwystępowania innych zaburzeń, konieczne są dalsze, systematyczne badania w tym obszarze, uwzględniające złożone aspekty problemu. W szczególności zaś brakuje badań nad skutecznością interwencji psychospołecznych w grupie młodzieży borykającej się z problemem szkodliwego używania substancji lub uzależnienia.

3.17. Uzależnienia behawioralne

Uzależnienia behawioralne stanowią zaburzony wzorzec zachowania, prowadzący do znaczącego pogorszenia funkcjonowania i cierpienia, bez zmian na poziomie fizjologicznym. Uzależnienia te rozwijają się w związku z powtarzaniem określonych zachowań lub czynności o charakterze nagrody (w sensie wzmocnienia pozytywnego), takimi jak uprawianie hazardu czy granie w gry komputerowe. Uzależnienia behawioralne są stosunkowo nową kategorią diagnostyczną, która pojawiła się po raz pierwszy w 5 wydaniu DSM jako *Zaburzenie związane z substancjami i uzależnieniami*. W poprzednich wydaniach patologiczny hazard był

klasyfikowany jako zaburzenia kontroli impulsów, a obecna zmiana klasyfikacji ma związek z dostrzeżeniem podobieństw pomiędzy patologicznymi zachowaniami hazardowymi i uzależnieniem od substancji.

W DMS-5 wyróżnia się obecnie tylko jeden rodzaj uzależnienia behawioralnego dotyczący uprawiania hazardu (GD, *gambling disorder*, kod 312.31), choć w załączniku wymienia dodatkowo uzależnienie od gier internetowych (IGD, *internet gaming disorder)* jako kategorię wymagającą dalszych badań. W ICD-11 zaburzenia behawioralne pojawiły się w nowej podkategorii *Zaburzenia związane z zachowaniami nałogowym*i, obejmującej: zaburzenia związane z hazardem (6C50) (wcześniej zaliczane do zaburzeń nawyków i impulsów), nową kategorię zaburzenia związanego z grami (zaburzenie gamingowe: 6C51) oraz dwie kategorie pozostałe: inne określone i nieokreślone. Chociaż „uzależnienie" jest powszechnie używanym terminem do opisania powtarzających się szkodliwych zachowań i występuje też w nazwie całej grupy zaburzeń DSM-5 i ICD-11, to oba systemy klasyfikacji zalecają stosowanie bardziej neutralnego terminu „zaburzenie" zamiast „uzależnienie", aby uniknąć niejasności definicyjnych oraz negatywnych konotacji związanych z tym pojęciem.

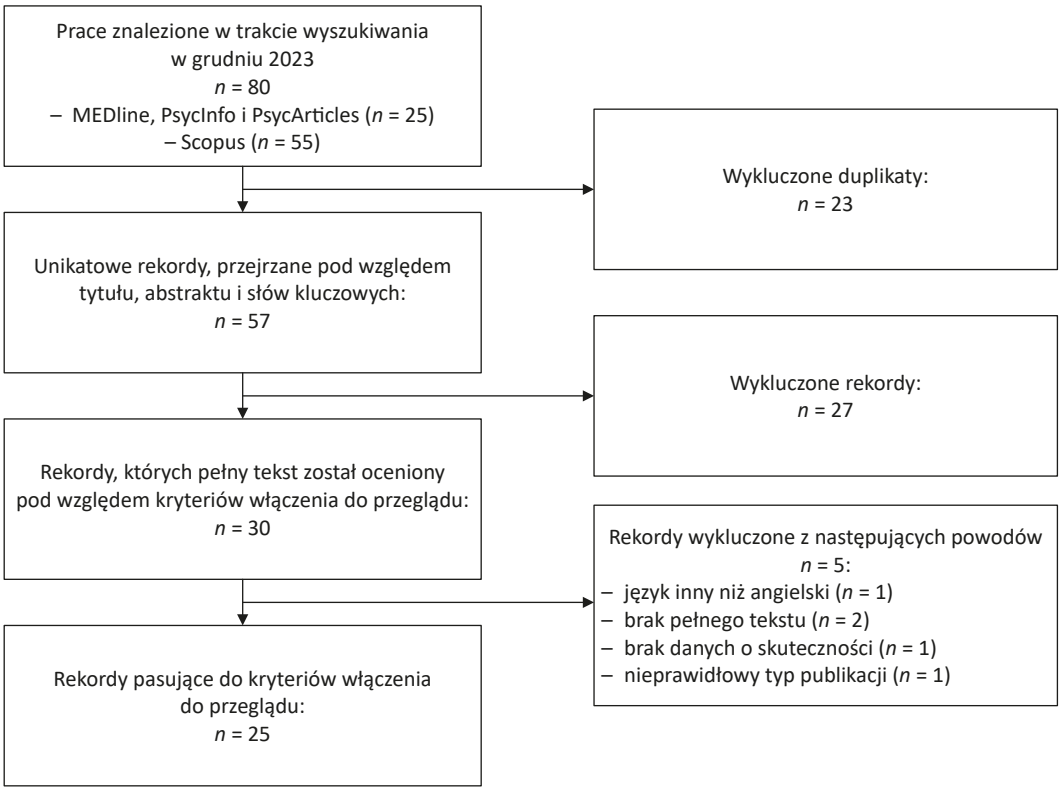
Zaburzenie hazardowe (in. hazard patologiczny; *gambling disorder*) to przewlekłe i problematyczne zachowania składające się na wzorzec uzależnienia, które charakteryzuje m.in. potrzeba grania coraz większymi stawkami, aby uzyskać podobny pożądany poziom podekscytowania, pobudzenie bądź rozdrażnienie przy próbach ograniczenia lub zaprzestania uprawiania hazardu, nieudane próby kontrolowania, ograniczania lub zaprzestania uprawiania hazardu czy notoryczne kłamstwo, żeby ukryć rzeczywiste zaangażowanie w hazard. Rozpowszechnienie patologicznego hazardu oszacowano w metaanalizie Lorains i współpracowników (2011) na 2,7%–4,2%, natomiast patologicznego grania na 6% (Ferguson i in., 2011). Metaanaliza badań przeprowadzonych w trakcie epidemii COVID-19 (Alimoradi i in., 2022) wskazuje na zwiększenie rozpowszechnienia uzależnień behawioralnych w tym okresie.

Specyfika uzależnień behawioralnych zmienia się istotnie wraz z rozwojem technologii oraz coraz powszechniejszą do niej dostępnością. Na przykład w przypadku hazardu funkcje przypominające hazard są coraz częściej obecne na platformach internetowych niezwiązanych z hazardem (np. kryptowaluty), a także w grach internetowych. Narażenie na hazard jest bardzo powszechne, co może potencjalnie prowadzić do zwiększonej częstości występowania problemów z hazardem, a tym samym GD, zwłaszcza wśród młodych ludzi.

3.17.1. Metoda

Przeszukano cztery bazy artykułów (MEDline, PsycInfo i PsycArticles oraz Scopus), używając fraz opisanych w ogólnej metodzie przeglądu oraz słów kluczowych: *behavioural addictions* OR *behavioral addictions* OR *problem gambling* OR *gambling disorder* OR *pathological gambling* OR *gaming disorder* i otrzymano łącznie 80 artykułów. Po wykluczeniu 23 duplikatów przejrzano tytuły, abstrakty i słowa kluczowe w pozostałych 57 artykułach. W wyniku tej procedury wykluczono 27 rekordów, a wybrane 30 artykułów przejrzano w całości pod względem spełniania kryteriów włączenia. Do przeglądu wybrano ostatecznie 25 artykułów. Zgodność ocen dwojga autorów (MD, AB) oceniających artykuły wyniosła 97%. Szczegółowy opis procesu wyboru artykułów oraz pełna lista przyczyn wykluczenia tekstów zostały przedstawione na **rysunku 18**. Tabela z opisem wybranych metaanaliz i przeglądów systematycznych znajduje

się w **załączniku 1.17** (s. 183). Lista 25 znalezionych prac przeglądowych i metaanaliz na temat psychoterapii uzależnień behawioralnych została przedstawiona w **załączniku 2.17** (s. 243). Za główne efekty leczenia (*treatment outcomes*) przyjęto za autorami omawianych publikacji nasilenie objawów uzależnienia mierzonych za pomocą kwestionariuszy, czas trwania zaburzonego zachowania/częstotliwość zaburzonego zachowania.



Rysunek 18. Proces selekcji badań nad skutecznością psychoterapii uzależnień behawioralnych

3.17.2. Skuteczność psychoterapii w uzależnieniach behawioralnych

Znaleziono niewielką liczbę prac dotyczącą uzależnień behawioralnych, a jeszcze mniej prac, które spełniały przyjęte kryteria wyszukiwania. Do przeglądu zostały wybrane dwie metaanalizy dotyczące uzależnień behawioralnych u osób dorosłych (Pfund i in., 2023; Eriksen i in., 2023) oraz jedna, która dotyczyła równocześnie dorosłych oraz dzieci i młodzieży (Stevens i in., 2018). Zostały one opisane w podrozdziałach ***3.17.2.1*** i ***3.17.2.2***. Dwie z tych prac to najnowsze metaanalizy badań RCT dotyczące uzależnienia od hazardu (Pfund i in., 2023; Eriksen i in., 2023), a jedna to metaanaliza badań poświęcona uzależnieniom od gier w internecie (Stevens i in., 2018).

3.17.2.1. Psychoterapia dorosłych. Praca Stevensa i współpracowników (2018) dotyczy indywidualnej CBT uzależnienia od gier internetowych u osób w różnym wieku (w tym miejscu zostaną opisane wyniki dla osób dorosłych, a w kolejnym podrozdziale wyniki dla grupy adolescentów). Metaanaliza badań z udziałem dorosłych była oparta na wewnątrzgrupowych porównaniach przed terapią i po terapii. Były to trzy badania bez grup kontrolnych. Zaobserwowano znaczną redukcję objawów uzależnienia po terapii: (g = –1,52; CI95%: –2,68, –0,37). Wyniki tego badania należy jednak traktować jako wstępne i interpretować z dużą ostrożnością ze względu na ograniczoną wiarygodność danych otrzymanych przy zastosowanym schemacie badawczym.

Najnowsza metaanaliza RCT (Pfund i in., 2023) jest analizą skuteczności CBT w leczeniu uzależnienia od hazardu. Wzięto w niej pod uwagę 29 badań, w których CBT była prowadzona w zróżnicowanej formie: indywidualnej, grupowej, stacjonarnej oraz zdalnej. Grupy kontrolne były grupami nieaktywnymi, głównie składającymi się z osób oczekujących na terapię. W badaniu analizowano takie efekty terapii jak: poziom objawów uzależnienia mierzony za pomocą kwestionariuszy samoopisowych, częstotliwość uprawiania hazardu oraz jego intensywność. W części badań sprawdzano również, czy efekty terapii utrzymują się po jej ukończeniu. Wykryto istotne różnice między grupami poddanymi terapii i grupami kontrolnymi w przypadku wszystkich wskaźników skuteczności mierzonych bezpośrednio po zakończeniu terapii. Najsilniejszy efekt dotyczył objawów uzależnienia i można go określić jako silny (g = –1,14; CI95% –1,68, –0,60), a w przypadku pozostałych wskaźników dotyczących charakterystyk uprawiania hazardu ograniczona została istotnie częstotliwość uprawiania hazardu (g = −0,54; 95%CI −0,80, −0,27) oraz jego intensywność (g = −0,32; CI95% −0,51, −0,13). Niestety, wówczas gdy skuteczność była mierzona po pewnym czasie od zakończenia terapii, różnice między grupami w zakresie objawów uzależnienia i częstotliwości uprawiania hazardu okazały się nieistotne. Moment pomiaru efektów po zakończeniu terapii różnił się jednak znacznie między badaniami i wynosił od 1 do 22 miesięcy. Autorzy metaanalizy zwracają uwagę na wysoką heterogeniczność badań, ich niską jakość oraz fakt, że wszystkie wskaźniki skuteczności były mierzone samoopisowo, co może być istotne, biorąc pod uwagę potencjalne niespójności między deklaracjami a prawdziwym zachowaniem.

Badanie Eriksena i in. (2023) jest metaanalizą skuteczności psychoterapii uzależnienia od hazardu. W przeciwieństwie do badania Pfunda i in. (2023) włączono do badania różne metody psychoterapii tego zaburzenia; obok CBT były to głównie terapie motywacyjne (*motivational interventions,* MI), takie jak MIMET (*motivational interviewing and motivational enhancement therapy*), oraz kombinacje obu. Grupy kontrolne w większości badań składały się z osób oczekujących na terapię oraz osób, które nie miały żadnego leczenia; 32% stanowiły grupy aktywne, takie jak TAU. Autorzy znaleźli łącznie 29 badań RCT, z czego zdecydowana większość była badaniami CBT. Badane były różne formy CBT (indywidualna, grupowa, stacjonarna, zdalna i bez wsparcia terapeuty), jednak porównania między tymi formatami (np. indywidualna *versus* grupowa) były stosowane dla wszystkich terapii łącznie, a nie tylko CBT. Podstawowym efektem terapii była intensywność objawów uzależnienia mierzona za pomocą skal samoopisowych. Analiza wyników dla samych badań CBT wskazuje na znacznie niższy poziom objawów po zakończeniu terapii niż w grupach kontrolnych (g = –0,85; CI95% –1,36, –0,34). W metaanalizie nie ustalono (ze względu na niewielką liczbę takich porównań w badaniach i nieistotne efekty) czy efekty terapii utrzymały się po jakimś czasie po zakończeniu terapii. Jakość badań została oceniona jako niska i bardzo niska zgodnie z systemem GRADE; ryzyko tendencyjności oceniono jako wysokie.

3.17.2.2. Psychoterapia dzieci i młodzieży. Wybrano tylko jedno badanie na temat uzależnień behawioralnych u dzieci i młodzieży, ze względu na brak innych prac spełniających kryteria wyszukiwania. Badanie Stevensa i współpracowników (2019) dotyczy terapii CBT uzależnienia od gier internetowych u osób w różnym wieku. Do metaanalizy dzieci i młodzieży zakwalifikowano pięć badań, wszystkie z nich dotyczyły grupowej CBT, cztery z nich były badaniami RCT, w jednym nie było grupy kontrolnej (analiza oparta na porównaniu *pre-post*). Grupami kontrolnymi były NCT (*no treatment control* – brak terapii) oraz farmakoterapia (w badaniu, w którym grupa eksperymentalna miała CBT oraz leki). Mierzonym efektem terapii był poziom objawów zaburzenia bezpośrednio po zakończeniu terapii, nie sprawdzano, czy efekty terapii utrzymują się w czasie. Wykryto istotną redukcję mierzonych bezpośrednio po terapii objawów zaburzenia (g = –0,55; CI95% –1,08, –0,01).

3.17.3. Zalecenia terapeutyczne w psychoterapii osób z uzależnieniem behawioralnym

American Psychological Association, American Psychiatric Association, National Institute for Health and Care Excellence i Australian Psychological Society nie mają w swoich wytycznych rekomendacji do pracy terapeutycznej z osobami z uzależnieniami behawioralnymi.

3.17.4. Dyskusja

Znaleziono 25 prac przeglądowych dotyczących skuteczności CBT w leczeniu uzależnień behawioralnych, a w szczególności zaburzenia hazardowego i IGD, opublikowanych w latach 2010–2023. W porównaniu z liczbą przeglądów dotyczących innych zaburzeń, w tym uzależnień od substancji, ich liczba jest niewielka. Szczególną uwagę należy zwrócić na bardzo niską jakość wielu tych badań oraz jeszcze mniejszą liczbę badań dotyczących wyłącznie dzieci i młodzieży. Uzależnienia behawioralne stanowią nową grupę zaburzeń zarówno w DSM, jak i ICD, a ich rozumienie i kryteria diagnostyczne nie tylko podlegają istotnym zmianom, lecz także stanowią źródła sporych kontrowersji. Dobrym wskaźnikiem niewielkiego zaawansowania obecnego stanu wiedzy na temat terapii uzależnień behawioralnych może być to, że żadne z przywoływanych w tym przeglądzie towarzystw i organizacji (American Psychological Association, American Psychiatric Association, National Institute for Health and Care Excellence, Australian Psychological Society) nie wydało jeszcze swoich rekomendacji dotyczących leczenia tych zaburzeń. Choć badań na temat skuteczności terapii prowadzonej głównie w nurtach CBT i terapii motywacyjnych przybywa, to wielu autorów zwraca uwagę na ich bardzo niską jakość.

Przeprowadzony przegląd badań wskazuje na potencjalną użyteczność różnych terapii CBT w leczeniu zaburzenia hazardowego, szczególnie gdy weźmiemy pod uwagę ich skuteczność mierzoną bezpośrednio po zakończeniu terapii (redukcję objawów, częstotliwość i intensywność uprawiania hazardu). Niestety, gdy analizowane były efekty leczenia po jakimś czasie od zakończenia terapii, to zgodnie z wynikami metaanalizy Pfundt i in. (2023) różnice między grupami nie były już istotne. Wskazywać to może na brak trwałości efektów terapii.

Istnieją też wstępne, zachęcające wyniki dotyczące skuteczności CBT w terapii uzależnienia od gier internetowych u dorosłych i młodzieży, ale brakuje w nich analizy utrzymywania się efektów terapii, a same badania są dość niskiej jakości. Podsumowując, istnieje duża potrzeba dalszych, dobrze zaprojektowanych badań nad skutecznością terapii uzależnień behawioralnych u osób w różnym wieku.

4. Podsumowanie

Celem przeglądu było podsumowanie najlepszych dostępnych obecnie dowodów naukowych dotyczących skuteczności CBT i terapii trzeciej fali. Dokonano systematycznego wyboru metaanaliz i przeglądów systematycznych opublikowanych w latach 2010–2023 dla kilkunastu różnych zaburzeń psychicznych najczęściej doświadczanych przez osoby korzystające z leczenia psychoterapeutycznego. Zdecydowano się na wybór do 10 najnowszych metaanaliz lub przeglądów systematycznych (po pięć dla dorosłych oraz dzieci i młodzieży) ze względu na kumulatywną naturę tego rodzaju prac naukowych (każda nowa metaanaliza bierze pod uwagę te same badania, co wcześniejsze i dodatkowo te, które pojawiły się od czasu publikacji tych starszych). Podsumowano również zalecenia terapeutyczne sformułowane przez wybrane zagraniczne towarzystwa zawodowe, naukowe i organizację rządową – American Psychological Association, American Psychiatric Association, brytyjskie NICE, Australian Psychological Society oraz European Society of Traumatic Stress Studies.

4.1. Skuteczność CBT i terapii trzeciej fali

W sumie, dla wszystkich zaburzeń, znaleziono 626 opublikowanych prac. Można zapoznać się z listą tych prac w dołączonych do tego przeglądu załącznikach (Załączniki 2.1–2.17). Z tych wszystkich prac wyselekcjonowano i opisano w tabelach (Załączniki 1.1–1.17) dane ze 119 prac. Należy przypomnieć, że niektóre z prac mogły zostać omówione w rozdziałach dotyczących różnych zaburzeń (np. van Dis i in., 2020, dotycząca długoterminowych efektów CBT różnych zaburzeń lękowych). Maksymalna liczba prac, która mogła się znaleźć w przeglądzie zgodnie z prerejestrowanym protokołem, to 170. Mniejsza liczba wynika z tego, że w określonych przypadkach wszystkich znalezionych prac było mniej niż 10 (hipochondria) albo nie znaleziono prac dotyczących dzieci i młodzieży (np. zaburzenia jedzenia, zaburzenie lękowe z napadami paniki czy zaburzenie lękowe uogólnione). Ta druga sytuacja może wynikać z tego, że niektóre rodzaje zaburzeń występują rzadko u dzieci i młodzieży albo są diagnozowane dopiero u młodych dorosłych lub adolescentów. Prowadzi to do tego, że badania z udziałem tych osób są często włączane do przeglądów badań razem z dorosłymi ze względu na niewystarczającą liczbę prac dotyczących osób w tych grupach wiekowych. Niemniej jednak podsumowanie wyników 120 prac z 626 znalezionych oznacza, że do tego przeglądu wybrano reprezentatywną próbę ok. 20% najnowszych przeglądów systematycznych i metaanaliz.

Podsumowując tutaj zgromadzone dane, można z dużą pewnością stwierdzić, że CBT jest empirycznie udokumentowaną i skuteczną metodą psychoterapeutycznego leczenia większości zaburzeń omawianych w przeglądzie. Ta pewność z kolei powinna pozostać

mniejsza w przypadku większości psychoterapii klasyfikowanych jako podejścia trzeciej fali. Żeby zapoznać się ze szczegółowym omówieniem poszczególnych zaburzeń, zalecane jest zapoznanie się z odpowiednimi rozdziałami tego przeglądu.

Analizowane wyniki wskazują na to, że na ogół CBT i terapie trzeciej fali, w porównaniu z listą oczekujących, prowadzą do spadku objawów zaburzeń z dużą wielkością efektu. Z kolei efekty terapii w porównaniu z aktywnymi warunkami kontrolnymi, TAU czy innymi terapiami są na ogół mniejsze, szacunkowo mieszczące się w kategorii średniej wielkości efektów. Jednocześnie należy zaznaczyć, że to podsumowanie jest uogólnieniem i zaobserwowano sytuacje, w których analizy porównujące CBT z aktywnymi warunkami kontrolnymi nie wykazywały efektów faworyzujących ten typ terapii. Przykładowo, CBT dla osób w stanie ryzyka psychozy zmniejsza o ok. 40% szanse tranzycji do pełnoobjawowej psychozy, ale z kolei nie skutkuje zmniejszeniem nasilenia subklinicznych objawów wytwórczych. Kolejnym przykładem może być leczenie anoreksji, gdzie CBT osiąga podobną skuteczność do psychoterapii rodzinnej (MANTRA) albo do aktywnego warunku kontrolnego (SSCM), co zresztą znalazło odzwierciedlenie w zaleceniach NICE, gdzie te trzy interwencje są warunkowo rekomendowane jako ekwiwalentne. W wybranych metaanalizach, w których analizowano iloraz szans lub proporcję uczestników, którzy nie spełniają po psychoterapii kryteriów diagnostycznych zaburzenia lub osiągnęli remisję, te wartości zazwyczaj przekładały się na kilkadziesiąt procent mniejsze szanse na dalsze utrzymywanie się objawów wśród osób, które odbyły terapię w porównaniu z osobami w nieaktywnych grupach kontrolnych. W większości przypadków analizy tego rodzaju dotyczyły CBT. Można te wyniki interpretować jako średniej wielkości efektu wskaźnik powodzenia terapii w porównaniu z brakiem leczenia lub minimalnie angażującego postępowania klinicznego. Jednocześnie wyniki tego rodzaju oznaczają potrzebę tworzenia nowych, skuteczniejszych oddziaływań lub ulepszania już istniejących podejść terapeutycznych. Należy dodatkowo zwrócić uwagę na to, że opisane w przeglądzie wyniki powinny być analizowane wybiórczo dla poszczególnych zaburzeń. Dokonywana w tym podsumowaniu synteza jest znaczącym uproszczeniem.

Wyniki dotyczące skuteczności podejść trzeciej fali są zróżnicowane. Wynika to z faktu, że tym terminem-parasolem określa się różne, często konceptualnie odmienne podejścia terapeutyczne (ACT, DBT, ST, terapie oparte na uważności, MCT i inne). Kolejnym powodem jest to, że badania skuteczności dotyczące różnych nurtów trzeciej fali mogą niemal w całości ograniczać się do jednej grupy zaburzeń – ze względu na to, że powstały jako metody pomagania osobom zmagającym się z konkretnymi problemami. Przykładowo, badania nad DBT czy ST dotyczą głównie osób z zaburzeniami osobowości, nad treningiem metapoznawczym – głównie osób chorujących na schizofrenię, a nad terapią metapoznawczą – głównie osób z zaburzeniami lękowymi. Wyjątkiem tutaj mogą być badania terapii opartych na *mindfulness* czy ACT. Ich skuteczność, częściej niż innych podejść trzeciej fali, była sprawdzana w szerokim spektrum dolegliwości zdrowia psychicznego. Jednocześnie w wybranych przypadkach zdarza się, że korzystne efekty w tych dwóch podejściach terapeutycznych nie przewyższają w bezpośrednich porównaniach skuteczności klasycznej CBT. Przykłady tego rodzaju sytuacji można znaleźć w rozdziałach tego przeglądu dotyczących schizofrenii, fobii społecznej czy bulimii. Skrajną sytuacją tego rodzaju może być niezalecanie przez brytyjskie NICE terapii opartych na uważności osobom doświadczającym lęku społecznego (NICE, 2013a).

Należy jednak odgraniczyć sytuacje, w których dana metoda terapeutyczna nie jest (w ogóle) skuteczna od sytuacji, w której jej skuteczność nie przewyższa skuteczności dotychczasowej metody z wyboru (zazwyczaj CBT) oraz od sytuacji, w której po prostu brakuje dobrej jakości

dowodów naukowych mogących potwierdzić skuteczność danej metody. Tę ostatnią sytuację podsumowuje się aforyzmem „brak dowodów nie oznacza dowodu braku", tj. sytuacja, w której mamy do dyspozycji niewielką liczbę RCT (albo żadnych), nie jest definitywnym przesądzeniem na temat braku skuteczności takiej niezbadanej metody psychoterapeutycznej (biorąc poprawkę na efekty prowadzące do tego, że „negatywne" wyniki badań są rzadziej publikowane, np. Dwan i in., 2008). Podobna sytuacja – małej liczby badań skuteczności – dotyczy większości podejść terapeutycznych, które znalazły się w tym przeglądzie w zestawieniu z CBT i podejściami trzeciej fali, jak np. terapia interpersonalna, terapia psychodynamiczna czy terapia humanistyczna. Nie świadczy to o niskiej liczbie badań danej metody psychoterapii w ogóle, gdyż ten przegląd ograniczał się tylko do CBT i wywodzących się z niego podejść. Można za to pokusić się o wniosek dotyczący zbyt małej liczby badań klinicznych, które bezpośrednio porównywałyby ze sobą stosowane w praktyce podejścia psychoterapeutyczne. Obecny stan dowodów dotyczących psychoterapii trzeciej fali ma, nomen omen, postać fali wznoszącej. Pojawiają się coraz to nowe badania i doniesienia dokumentujące skuteczność tych podejść. Przykładem może być schizofrenia, dla której omówiono tylko jedną metaanalizę dotyczącą CBT, a pozostałe najnowsze prace dotyczyły terapii z elementami *mindfulness* i treningu metapoznawczego. Omówione w tym przeglądzie dostępne dowody wskazują na raczej zadowalającą skuteczność podejść trzeciej fali w odniesieniu do aktywnych i nieaktywnych warunków kontrolnych.

Zarówno CBT, jak i terapie trzeciej fali można scharakteryzować jako skuteczne. Dokonany przegląd metaanaliz wskazuje na to, że wielkości efektów psychoterapii są zróżnicowane w zależności od tego, jakiego użyto warunku kontrolnego do porównania. Dodatkowo w części metaanaliz agreguje się różnego rodzaju warunki kontrolne (lista oczekujących, TAU, psychologiczne bądź farmakologiczne placebo, aktywna interwencja), co dodatkowo utrudnia interpretację uzyskanych efektów. W metaanalizach biorących pod uwagę dużą liczbę badań można uzyskiwać bardziej precyzyjne oszacowanie efektów (węższe przedziały ufności), jednak dzieje się to kosztem zwiększenia heterogeniczności włączanych wyników (co z kolei poszerza przedziały ufności) oraz kosztem łatwości interpretacji uzyskanych wyników. Czasem naukowcy decydują się na tego rodzaju zabieg, gdy większość badań używała jednego rodzaju warunku kontrolnego, a tylko pojedyncze innego. Jednak w takiej sytuacji inaczej należy rozumieć efekty zaobserwowane przy porównaniu interwencji do listy oczekujących, a inaczej w porównaniu z badaniami, w których – przykładowo – osiem badań wykorzystywało listę oczekujących, a dwa psychologiczne placebo.

4.2. Zalecenia terapeutyczne

W związku z dowodami na skuteczność CBT i wywodzących się z niej podejść psychoterapeutycznych, znalazły one swoje miejsce w zaleceniach terapeutycznych wydawanych przez różne instytucje, takie jak towarzystwa zawodowe czy organizacje rządowe w innych krajach. W tym przeglądzie podsumowano dostępne i opublikowane zalecenia wydane przez APA psychologiczne i psychiatryczne, brytyjskie NICE, Australijskie Towarzystwo Psychologiczne oraz ESTSS.

W większości przypadków różne protokoły CBT (np. oparte na ekspozycji czy ekspozycji z powstrzymaniem reakcji) były wskazywane jako leczenie z wyboru. W zależności od rodzaju

zaburzenia rekomendowane leczenie może być wyłącznie psychoterapeutyczne (np. TF-CBT w PTSD) lub w zależności od nasilenia zaburzeń łączone z leczeniem farmakologicznym (np. zaburzenia lękowe, OCD). W określonych przypadkach CBT może mieć charakter wspierający farmakologiczne leczenie z wyboru (schizofrenia, ChAD).

Jeśli chodzi o podejścia psychoterapeutyczne wywodzące się z CBT (trzecia fala), to były one wymieniane w zaleceniach zdecydowanie rzadziej i raczej jako metody, które nie posiadają tak mocnego oparcia w dowodach naukowych jak CBT. Można ten fakt wyjaśnić tym, że większość tych podejść jest relatywnie nowa, nie posiada tak ugruntowanych w badaniach dowodów na skuteczność jak CBT, oraz tym, że istnieje spowolnienie między pojawieniem się nowych badań klinicznych a uwzględnieniem ich w zaleceniach terapeutycznych.

Przygotowanie tego rodzaju zaleceń jest procesem czasochłonnym (np. w przypadku APA psychiatrycznego ten proces jest domyślnie rozpisany na 2–3 lata), a co za tym idzie – zalecenia dla danych zaburzeń pojawiają się co kilka–kilkanaście lat. Dodatkowo wybrane do tego przeglądu organizacje nie opublikowały zaleceń terapeutycznych w leczeniu wszystkich opisywanych zaburzeń (np. hipochondria, uzależnienia behawioralne). APA psychologiczne wydało swoje zalecenia tylko w odniesieniu do dwóch zaburzeń uwzględnionych w przeglądzie, mimo że podjęło się tego zadania już ponad 10 lat temu. Poza CBT i interwencjami w podejściach z trzeciej fali w zaleceniach terapeutycznych również często była wymieniana psychoterapia rodzinna, szczególnie w przypadku dzieci i młodzieży. Syntetyczne omówienie zaleceń terapeutycznych przedstawione zostało w **tabeli 1** zamieszczonej na s. 13 tego przeglądu.

4.3. Ograniczenia przeglądu

Praca ma też swoje ograniczenia. Pierwszym z nich jest to, że zdecydowano się na szczegółowe opisanie jedynie próbki najnowszych metaanaliz dotyczących różnych zaburzeń. Wybór do 10 artykułów został uzasadniony tym, że przeglądy systematyczne mają kumulatywną naturę – autorzy kolejnych prac tego rodzaju mają do dyspozycji wszystkie wydane wcześniej badania kliniczne, więc z założenia nowsza metaanaliza będzie uwzględniać więcej badań niż starsza. Dodatkowo nowsze badania starają się przekraczać ograniczenia, które zostały opisane we wcześniejszych przeglądach, np. dobierając bardziej finezyjne metody analizy danych albo rozwiązując wcześniej zasygnalizowane problemy. Z biegiem czasu powstaje też większa pula badań lepszej jakości, z których można wybierać materiał do metaanaliz. Przykładowo, przy odpowiedniej liczbie badań RCT można przeprowadzić analizę tylko prac tego rodzaju, pomijając badania obarczone większym ryzykiem tendencyjności, które np. nie wykorzystywały losowego przydziału do grup albo brakowało w nich zaślepienia. Mimo to należy zaznaczyć, że opisywane metaanalizy brały pod uwagę badania o różnej jakości i często zwracały uwagę na znaczące zróżnicowanie (heterogeniczność) badań.

Kolejnym ograniczeniem jest to, że mimo wyboru zbioru powszechnie występujących zaburzeń psychicznych jako przedmiotu tego przeglądu jednocześnie pominięto część problemów zdrowia psychicznego. Do tych pominiętych zaburzeń należą te z grup zaburzeń neurorozwojowych (np. ze spektrum autyzmu), zaburzeń dysocjacyjnych, zaburzeń seksualnych czy zaburzeń zachowania. Psychoterapia bywa również stosowana wspomagająco w innego rodzaju zaburzeniach i chorobach, szczególnie tych o przewlekłym charakterze, np. przewlekłym

bólu, przewlekłym zmęczeniu, rehabilitacji kardiologicznej i innych. Pominięto również problemy, które nie są klasyfikowane jako zaburzenia i choroby (w tym zjawiska, które mogą być wyizolowanym objawem zaburzenia), ale również mogą być przedmiotem psychoterapii, jak np. niska samoocena, wypalenie zawodowe, problemy w związku czy prokrastynacja. Terapia tej ostatniej została opisana we wcześniejszej edycji przeglądu (Farley i in., 2022). Dodatkowo należy zaznaczyć, że skupiano się na ogólnych badaniach skuteczności, nie skupiając się na bardziej szczegółowych metaanalizach dotyczących subpopulacji (np. w PTSD osoby z doświadczeniem przemocy seksualnej, ofiary katastrof naturalnych czy wypadków komunikacyjnych, żołnierze) albo określonych settingów (np. leczenie ambulatoryjne, leczenie szpitalne).

Kolejnym ograniczeniem jest fakt, że do opisu skuteczności psychoterapii wykorzystano przeglądy i metaanalizy przeprowadzone przez różnych autorów przyjmujących zróżnicowane metody prowadzenia badań i uwzględniających w metaanalizach zróżnicowane badania. Mimo wysoce wyspecjalizowanych standardów przygotowywania przeglądów systematycznych i metaanaliz, np. w ramach *Cochrane Handbook*, naukowcy mają znaczną liczbę stopni swobody w wyborze metod i parametrów analiz. Skutkiem tego badania omówione w tym przeglądzie nie powinny być porównywane między sobą, a wnioski z porównywania między sobą różnych zaburzeń przedstawionych w przeglądzie należy wyciągać z dużą ostrożnością. Ewentualna ocena tego rodzaju powinna mieć zdecydowanie charakter jakościowy i narracyjny. Dlatego też takie rozwiązanie przyjęto w tym przeglądzie. W kolejnych ewentualnych opracowaniach tego rodzaju sugeruje się uwzględnienie systematycznych ocen ryzyka tendencyjności metaanaliz, dokonanych np. za pomocą narzędzia AMSTAR-2 (Shea i in., 2017), co pozwoliłoby chociaż do pewnego stopnia ocenić pewność wyników uzyskanych w metaanalizach oraz porównać je pod tym względem między sobą.

4.4. Wnioski

Podsumowując, w ramach tego przeglądu znaleziono 626 metaanaliz i przeglądów systematycznych badających skuteczność CBT i terapii trzeciej fali, z czego szerzej omówiono 120 z nich. Podsumowano również zalecenia terapeutyczne różnych organizacji – towarzystw zawodowych, naukowych i organizacji rządowych. Skuteczność CBT jest szeroko udokumentowana w badaniach klinicznych, w tym w badaniach wysokiej jakości. Z dużą pewnością można stwierdzić, że CBT jest skuteczniejsza w porównaniu z nieaktywnymi warunkami kontrolnymi, takimi jak lista oczekujących, w przypadku większości analizowanych w przeglądzie zaburzeń. W większości przypadków CBT jest skuteczniejsza również w porównaniu z aktywnymi warunkami kontrolnymi, takimi jak TAU albo psychologiczne placebo. Dodatkowo w niektórych przypadkach jest skuteczniejsza od innych, szeroko stosowanych podejść psychoterapeutycznych, w tym podejść wywodzących się z trzeciej fali CBT. Dlatego też CBT została uwzględniona w większości cytowanych zaleceń terapeutycznych jako metoda leczenia z wyboru, jedna z sugerowanych metod psychoterapii albo metoda wspierająca leczenie farmakologiczne. W przypadku podejść trzeciej fali udokumentowanie skuteczności w badaniach jest mniejsze, szczególnie ze względu na to, że są to podejścia chronologicznie młodsze. Również z tego powodu nie są wymieniane w zaleceniach terapeutycznych tak często, jak klasyczna CBT. Jednak z dużą pewnością można stwierdzić, że są one skuteczniejsze od

nieaktywnych warunków kontrolnych, takich jak lista oczekujących. Wnioskując o skuteczności psychoterapii należy brać pod uwagę: (1) populację, w której leczeniu był wykorzystywany dany rodzaj psychoterapii, gdyż różnego rodzaju metody mają odmienną skuteczność w redukcji nasilenia różnych objawów, (2) rodzaj warunku kontrolnego, w porównaniu z którym określana jest skuteczność psychoterapii, gdyż zasadniczo wpływa to na osiągane przez terapie wielkości efektów oraz (3) jakość badań, na których opiera się to wnioskowanie.

Deklaracja dotycząca konfliktu interesów

Większość autorów przeglądu (JK, DF, KS, AŚ, JW) jest członkami Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Poznawczej i Behawioralnej im. Prof. Zdzisława Bizonia. Niektórzy z autorów (DF, AŚ) prowadzą odpłatne szkolenia z psychoterapii poznawczo-behawioralnej. MD jest członkinią European Society of Traumatic Stress Studies i Polskiego Towarzystwa Badań nad Stresem Traumatycznym. Opracowanie i wydanie tego przeglądu zostało sfinansowane przez Polskie Towarzystwo Psychoterapii Poznawczej i Behawioralnej im. Prof. Zdzisława Bizonia.

Piśmiennictwo

Alckmin-Carvalho, F., Vega, J. B., Cobelo, A. W., Fabbri, A. D., Pinzon, V. D., Melo, M. H. D. S. (2018). Evidence-based psychotherapy for treatment of anorexia nervosa in children and adolescents: systematic review. *Archives of clinical psychiatry (São Paulo)*, *45*, 41–48.

Alimoradi, Z., Lotfi, A., Lin, C. Y., Griffiths, M. D., Pakpour, A. H. (2022). Estimation of behavioral addiction prevalence during COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Current addiction reports*, *9*(4), 486–517. https://doi.org/10.1007/s40429-022-00435-6

American Psychiatric Association (2006/2007). *The* American Psychiatric Association *practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders.* American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2018a). *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5.* P. Gałecki, M. Pilecki, J. Rymaszewska, A. Szulc, S. Sidorowicz, J. Wciórka (red.). Edra, Urban & Partner.

American Psychiatric Association (2018b). *The* American Psychiatric Association *practice guidelines for pharmacological treatment of patients with alcohol use disorder.* American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2020a). *Development process for practice guidelines of the* American Psychiatric Association *– revised.* https://www.psychiatry.org/getmedia/0b-96df17-66a7-4f49-8159-d6522615f047/APA-Guideline-Development-Process.pdf.

American Psychiatric Association (2020b). *The* American Psychiatric Association *practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia*. American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2023). *The* American Psychiatric Association *practice guideline for the treatment of patients with eating disorders.* American Psychiatric Pub.

American Psychological Association (2019). APA clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts. https://www.apa.org/depression-guideline

American Psychological Association (nd). *APA clinical practice guideline development.* https://www.apa.org/about/offices/directorates/guidelines/clinical-practice.

Asher, M., Asnaani, A., Aderka, I. M. (2017). Gender differences in social anxiety disorder: A review. *Clinical psychology review*, *56*, 1–12. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.004

Australian Psychological Society (2018). *Evidence-based psychological interventions in the treatment of mental disorders: A literature review. 4th edition.* Australian Psychological Society.

Australian Psychological Society (nd). *Post-traumatic stress disorder.* https://psychology.org.au/for-the-public/psychology-topics/posttraumatic-stress-disorder.

Benedek, D. M., Friedman, M. J., Zatzick, D., & Ursano, R. J. (2009). Guideline watch: Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. American Psychiatric Association. https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/site-wide/practice_guidelines/guidelines/acutestressdisorderptsd-watch-1410456838413.pdf.

van den Berg, E., Houtzager, L., de Vos, J., Daemen, I., Katsaragaki, G., Karyotaki, E., Cuijpers, P., & Dekker, J. (2019). Meta-analysis on the efficacy of psychological treatments for anorexia nervosa. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, *27*(4), 331–351. https://doi.org/10.1002/erv.2683

Bortoncello, C. F., Cardoso, N. de O., Salvador, E. Z., de Avila, R. C., Machado, W. de L., Ferrão, Y. A. (2022). Efficacy of group cognitive-behavioral therapy in adolescents with obsessive compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Revista Brasileira de Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999)*. https://doi.org/10.47626/1516-4446-2021-2264

Boutron, I., Page, M. J., Higgins, J. P. T., Altman, D. G., Lundh, A., Hróbjartsson, A. (2023). Chapter 7: Considering bias and conflicts of interest among the included studies. W: Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., Welch, V. A. (red.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.4 (updated August 2023). Cochrane. www.training.cochrane.org/handbook.

Burstein, M., Beesdo-Baum, K., He, J. P., Merkingas, K. R. (2014). Threshold and subthreshold generalized anxiety disorder among US adolescents: prevalence, sociodemographic, and clinical characteristics. *Psychological medicine, 44,* 2351–2362. https://doi.org/10.1017/S0033291713002997

Butcher, J. N., Hooley, J. M., Mineka, S. (2018). *Psychologia zaburzeń* (wydanie pierwsze). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, *28*(2), 193–213. https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4

Chai, J., Xiao, X., An, N., Liu, F., Liu, S., Hu, N., ... & Li, Y. (2022). Efficacy of mindfulness-based interventions for negative symptoms in patients diagnosed with schizophrenia: A meta-analysis. *Mindfulness*, *13*(8), 2069–2081.

Chiang, K. J., Tsai, J. C., Liu, D., Lin, C. H., Chiu, H. L., & Chou, K. R. (2017). Efficacy of cognitive-behavioral therapy in patients with bipolar disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PloS one*, *12*(5), e0176849.

Cortese, S., Song, M., Farhat, L. C., Yon, D. K., Lee, S. W., Kim, M. S., Park, S., Oh, J. W., Lee, S., Cheon, K. A., Smith, L., Gosling, C. J., Polanczyk, G. V., Larsson, H., Rohde, L. A., Faraone, S. V., Koyanagi, A., Dragioti, E., Radua, J., Carvalho, A. F., ... Solmi, M. (2023). Incidence, prevalence, and global burden of ADHD from 1990 to 2019 across 204 countries: data, with critical re-analysis, from the Global Burden of Disease study. *Molecular psychiatry*, https://doi.org/10.1038/s41380-023-02228-3

Courtois, C. A., Sonis, J., Brown, L. S., Cook, J., Fairbank, J. A., Friedman, M., Gone, J. P., Jones, R., La Greca, A., Mellman, T., Roberts, J., & Schultz, P. (2017). Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults: (501872017-001). *The* American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/e501872017-001

Davies, C., Radua, J., Cipriani, A., Stahl, D., Provenzani, U., McGuire, P., & Fusar-Poli, P. (2018). Efficacy and acceptability of interventions for attenuated positive psychotic symptoms in individuals at clinical high risk of psychosis: A network meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *9*, 187. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00187

Davis, T. E., Ollendick, T. H., & Öst, L.-G. (2019). One-session treatment of specific phobias in children: Recent developments and a systematic review. *Annual review of clinical psychology*, *15*(1), 233–256. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095608

Deeks, J. J., Higgins, J. P. T., Altman, D. G. (red.). Chapter 10: Analysing data and undertaking meta-analyses. W: J. P. T. Higgins, J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M. J. Page, V. A. Welch (red.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.4 (updated August 2023). Cochrane, 2023. www.training.cochrane.org/handbook.

Devoe, D. J., Farris, M. S., Townes, P., & Addington, J. (2018). Attenuated psychotic symptom interventions in youth at risk of psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Early intervention in psychiatry*, *13*(1), 3–17. https://doi.org/10.1111/eip.12677

Devoe, D. J., Farris, M. S., Townes, P., & Addington, J. (2020). Interventions and transition in youth at risk of psychosis: A systematic review and meta-analyses. *The journal of clinical psychiatry*, *81*(3), 17r12053. https://doi.org/10.4088/JCP.17r12053

Diler, R. S. (2003). Panic disorder in children and adolescents. *Yonsei medical journal*, *44*(1), 174–179. https://doi.org/10.3349/ymj.2003.44.1.174

van Dis, E. A. M., Van Veen, S. C., Hagenaars, M. A., Batelaan, N. M., Bockting, C. L. H., Van Den Heuvel, R. M., Cuijpers, P., & Engelhard, I. M. (2020). Long-term outcomes of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: A systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, *77*(3), 265. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3986

Dragan, M., Grajewski, P., Shevlin, M. (2021). Adjustment disorder, traumatic stress, depression and anxiety in Poland during an early phase of the COVID-19 pandemic. *European journal of psychotraumatology, 12*(1). 1860356. https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1860356

Dwan, K., Altman, D. G., Arnaiz, J. A., Bloom, J., Chan, A. W., Cronin, E., ... & Williamson, P. R. (2008). Systematic review of the empirical evidence of study publication bias and outcome reporting bias. *PloS one*, *3*(8), e3081.

Edinger, J. D., Arnedt, J. T., Bertisch, S. M., Carney, C. E., Harrington, J. J., Lichstein, K. L., Sateia, M. J., Troxel, W. M., Zhou, E. S., Kazmi, U., Heald, J. L., & Martin, J. L. (2021). Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: An American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, *17*(2), 255–262. https://doi.org/10.5664/jcsm.8986

van Eeden, A. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current opinion in psychiatry*, *34*(6), 515–524. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739

Egger, M., Smith, G. D., Schneider, M., & Minder, C. (1997). Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *bmj*, *315*(7109), 629–634. https://doi.org/10.1136/bmj.315.7109.629

Eriksen, J. W., Fiskaali, A., Zachariae, R., Wellnitz, K. B., Oernboel, E., Stenbro, A. W., ... & Petersen, M. W. (2023). Psychological intervention for gambling disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of behavioral addictions*, *12*(3), 613–630. https://doi.org/10.1556/2006.2023.00034

Farley, D., Golonka, K., Kowalski, J., Legierski, J., & Tucholska, K. (2022). *Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu zaburzeń psychicznych*. Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej.

Fawcett, E. J., Power, H., & Fawcett, J. M. (2020). Women are at greater risk of OCD than men: A meta-analytic review of OCD prevalence worldwide. *The Journal of clinical psychiatry*, *81*(4), 19r13085. https://doi.org/10.4088/JCP.19r13085

Ferguson, C. J., Coulson, M., & Barnett, J. (2011). A meta-analysis of pathological gaming prevalence and comorbidity with mental health, academic and social problems. *Journal of psychiatric research*, *45*(12), 1573–1578. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.09.005

Ferrari, A. J., Stockings, E., Khoo, J. P., Erskine, H. E., Degenhardt, L., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2016). The prevalence and burden of bipolar disorder: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. *Bipolar disorders*, *18*(5), 440–450, https://doi.org/10.1111/bdi.12423

Fioravanti, M., Bianchi, V., & Cinti, M. E. (2012). Cognitive deficits in schizophrenia: An updated meta-analysis of the scientific evidence. *BMC psychiatry*, *12*, 64. https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-64

Fountoulakis, K. N., Veroniki, A. A., Siamouli, M., & Möller, H. J. (2013). No role for initial severity on the efficacy of antidepressants: Results of a multi-meta-analysis. *Annals of general psychiatry*, *12*(1), 26. https://doi.org/10.1186/1744-859X-12-26

Furukawa, T. A., & Leucht, S. (2011). How to obtain NNT from Cohen's *d*: comparison of two methods. *PloS one*, *6*(4), e19070. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0019070

Fusar-Poli, P. (2017). The clinical high-risk state for psychosis (CHR-P), version II. *Schizophrenia bulletin*, *43*(1), 44–47. https://doi.org/10.1093/schbul/sbw158

Galsworthy-Francis, L., & Allan, S. (2014). Cognitive behavioural therapy for anorexia nervosa: a systematic review. *Clinical psychology review*, *34*(1), 54–72. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.11.001

Gałecki, P. (red.). (2022). *Badanie stanu psychicznego. Rozpoznania według ICD-11*. Edra Urban & Partner.

GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* (London, England), *388*(10053), 1545–1602. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6

Gelenberg, A. J., Freeman, M. P., Markowitz, J. C., Rosenbaum, J. F., Thase, M. E., Trivedi, M. H., & Van Rhoads, R. S. (2010). Practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder. Third Edition. American Psychiatric Association.

Ghandour, R. M., Sherman, L. J., Vladutiu, C. J., Ali, M. M., Lynch, S. E., Bitsko, R. H., & Blumberg, S. J. (2019). Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in US children. *The Journal of Pediatrics*, *206*. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.09.021

Gligorovic, S. N., Saulsbury, M. L., Shaw, W. P., & Norman, L. (2023). 5.39 The presence and stability of OCD and obsessive and compulsive symptoms in a sample of US children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *62*(10), S271. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.09.363

Greenberg, P. E., Fournier, A.-A., Sisitsky, T., Pike, C. T., & Kessler, R. C. (2015). The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). *The journal of clinical psychiatry*, *76*(2), 155–162. https://doi.org/10.4088/JCP.14m09298

Grohmann, D., & Laws, K. R. (2021). Two decades of mindfulness-based interventions for binge eating: a systematic review and meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, *149*, 110592. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110592

Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., Touyz, S., Ward, W., & Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, *48*(11), 977–1008. https://doi.org/10.1177/0004867414555814

Higgins, J. P. T., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Sterne, J. A. C. Chapter 8: Assessing risk of bias in a randomized trial. W: J. P. T. Higgins, J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M. J. Page, V. A. Welch (red.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.4 (updated August 2023). Cochrane, 2023. www.training.cochrane.org/handbook

Higgins, J. P., & Thompson, S. G. (2002). Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Statistics in medicine*, *21*(11), 1539–1558. https://doi.org/10.1002/sim.1186

Higgins, J. P., Thompson, S. G., Deeks, J. J., & Altman, D. G. (2003). Measuring inconsistency in meta-analyses. *Bmj*, *327*(7414), 557–560. https://doi.org/10.1136/bmj.327.7414.557

Hilbert, A., Petroff, D., Herpertz, S., Pietrowsky, R., Tuschen-Caffier, B., Vocks, S., & Schmidt, R. (2019). Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *87*(1), 91–105. https://doi.org/10.1037/ccp0000358

Hirschfeld, R. M. (2005). *Guideline watch: Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder*. American Psychiatric Association.

Hirschfeld, R. M., Bowden, C. L., Gitlin, M. J., Keck, P. E., Suppes, T., Thase, M. E., ... & Perlis, R. H. (2002). *Treatment of patients with bipolar disorder*. American Psychiatric Association.

Hitchcock, C., Goodall, B., Sharples, O., Meiser-Stedman, R., Watson, P., Ford, T., & Dalgleish, T. (2021). Population prevalence of the posttraumatic stress disorder subtype for young children in nationwide surveys of the British general population and of children in care. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 60*(10), 1278–1287. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.12.036

Hodgson, R., Cookson, J., & Taylor, M. (2011). Numbers-needed-to-treat analysis: An explanation using antipsychotic trials in schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment*, *17*(1), 63–71.

Huhn, M., Nikolakopoulou, A., Schneider-Thoma, J., Krause, M., Samara, M., Peter, N., ... & Leucht, S. (2019). Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: A systematic review and network meta-analysis. *The lancet*, *394*(10202), 939–951. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31135-3

Howick, J., Chalmers, I., Glaszlou, P., Greenhalgh, T., Geneghan, C., Liberati, A. et al. (2011). *The 2011 Oxford CEBM levels of evidence (introductory document)*. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine.

Hysing, M., Pallesen, S., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Sivertsen, B. (2013). Sleep patterns and insomnia among adolescents: a population-based study. *Journal of sleep research*, *22*(5), 549–556. https://doi.org/10.1111/jsr.12055

Jarema, M. (red.). (2015). *Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych*. Via Medica.

Johnson, E. O., Roth, T., Schultz, L., Breslau, N. (2006). Epidemiology of DSM-IV insomnia in adolescence: lifetime prevalence, chronicity, and an emergent gender difference. *Pediatrics*, 117(2), e247–e256. https://doi.org/10.1542/peds.2004-2629

Juul, E. M., Hjemdal, O., & Aune, T. (2021). Prevalence of depressive symptoms among older children and young adolescents: A longitudinal population-based study. *Scandinavian Journal of child and adolescent psychiatry and psychology*, *9*(1), 64–72. https://doi.org/10.21307/sjcapp-2021-008

Kaminer, D., Simmons, C., Seedat, S., Skavenski, S., Murray, L., Kidd, M., & Cohen, J. A. (2023). Effectiveness of abbreviated trauma-focused cognitive behavioural therapy for South African

adolescents: A randomized controlled trial. *European journal of psychotraumatology*, *14*(1), 2181602. https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2181602

Keepers, G. A., Fochtmann, L. J., Anzia, J. M., Benjamin, S., Lyness, J. M., Mojtabai, R., ... & (Systematic Review). (2020). The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *American journal of psychiatry*, *177*(9), 868–872. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.177901

Keski-Rahkonen, A. (2021). Epidemiology of binge eating disorder: prevalence, course, comorbidity, and risk factors. *Current opinion in psychiatry*, *34*(6), 525–531. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000750

Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. (2012). Twelve--month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International journal of methods in psychiatric research*, *21*(3), 169–184. https://doi.org/10.1002/mpr.1359

Kirsch, I. (2005). Placebo psychotherapy: synonym or oxymoron?. *Journal of clinical psychology, 61*(7), 791–803. https://doi.org/10.1002/jclp.20126

Konnopka, A., & König, H. (2020). Economic Burden of Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PharmacoEconomics*, *38*(1), 25–37. https://doi.org/10.1007/s40273-019-00849-7

Koran, L. M. & Simpson, H. B. (2013). *Guideline watch (march 2013): practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder.* American Psychiatric Association. https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/ocd-watch-1410457187510.pdf

Kowalski, J. (2021). Współczesne modele terapii kryzysów i zaburzeń psychicznych. W: Ł. Gawęda (red.), *Kryzys psychiczny w nowoczesnym świecie* (s. 185–212). Wydawnictwo Naukowe PWN.

Kowalski, J., Blaut, A., Dragan, M., Farley, D., Pankowski, D., Sanna, K., ... & Wiśniowska, J. (2023). Systematic narrative review of meta-analyses of cognitive-behavioural psychotherapies clinical trials and treatment guidelines published between 2010 and 2023. OSF Regiestries. https://osf.io/tdwgc

Kowalski, J., Elżanowski, A., & Śliwerski, A. (2023). A review of selected psychotherapies for PTSD, their efficacy and treatment guidelines in adults. *Psychiatria polska*, 1–11. Advance online publication. https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/157105

Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in psychology*, *4*, 863. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00863

Lau, J., Ioannidis, J. P., Terrin, N., Schmid, C. H., & Olkin, I. (2006). The case of the misleading funnel plot. *BMJ*, *333*(7568), 597–600. https://doi.org/10.1136/bmj.333.7568.597

Layard, R. (2006). The case for psychological treatment centres. *Bmj*, *332*(7548), 1030–1032. https://doi.org/10.1136/bmj.332.7548.1030

Layard, R. (2013). Mental health: the new frontier for labour economics. *IZA journal of labor policy*, *2*(1), 1–16.

Layard, R., & Clark, D. M. (2015). Why more psychological therapy would cost nothing. *Frontiers in Psychology*, *6*, 1713. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01713

Leichsenring, F., Beutel, M., & Leibing, E. (2007). Psychodynamic psychotherapy for social phobia: A treatment manual based on supportive–expressive therapy. *Bulletin of the menninger clinic*, *71*(1), 56–84. https://doi.org/10.1521/bumc.2007.71.1.56

Levi, O., Bar-Haim, Y., Kreiss, Y., & Fruchter, E. (2016). Cognitive-behavioural therapy and psychodynamic psychotherapy in the treatment of combat-related post-traumatic stress disorder: A comparative effectiveness study. *Clinical psychology & psychotherapy*, *23*(4), 298–307.

Li, Y., Yan, X., Li, Q., Li, Q., Xu, G., Lu, J., & Yang, W. (2023). Prevalence and trends in diagnosed ADHD among US children and adolescents, 2017–2022. *JAMA network open*, *6*(10), e2336872. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.36872

Linardon, J. (2018). Rates of abstinence following psychological or behavioral treatments for binge-eating disorder: Meta-analysis. *International journal of eating disorders*, *51*(8), 785–797. https://doi.org/10.1002/eat.22897

Linardon, J., Wade, T. D., De la Piedad Garcia, X., & Brennan, L. (2017). The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, *85*(11), 1080. https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103962

Liu, Y. C., Li, I. L., & Hsiao, F. H. (2021). Effectiveness of *mindfulness*-based intervention on psychotic symptoms for patients with schizophrenia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of advanced nursing*, *77*(6), 2565–2580. https://doi.org/10.1111/jan.14750

Lorains, F. K., Cowlishaw, S., & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction (Abingdon, England)*, *106*(3), 490–498. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03300.x

Maercker, A., Cloitre, M., Bachem, R., Schlumpf, Y. R., Khoury, B., Hitchcock, C., Bohus, M. (2022). Complex post-traumatic stress disorder. *The lancet, 400*(10345), 60–72. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00821-2

Magnusson, K. (2021). Interpreting Cohen's *d* effect size: An interactive visualization (Version 2.5.0) [Web App]. R Psychologist. https://rpsychologist.com/cohend/

Malhi, G. S., Jadidi, M., & Bell, E. (2023). The diagnosis of bipolar disorder in children and adolescents: Past, present and future. *Bipolar disorders*, *25*(6), 469–477. https://doi.org/10.1111/bdi.13367

McIntyre, R. S., Berk, M., Brietzke, E., Goldstein, B. I., López-Jaramillo, C., Kessing, L. V., Malhi, G. S., Nierenberg, A. A., Rosenblat, J. D., Majeed, A., Vieta, E., Vinberg, M., Young, A. H., & Mansur, R. B. (2020). Bipolar disorders. *The lancet*, *396*(10265), 1841–1856. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31544-0

Mei, C., van der Gaag, M., Nelson, B., Smit, F., Yuen, H. P., Berger, M., ... & McGorry, P. D. (2021). Preventive interventions for individuals at ultra high risk for psychosis: An updated and extended meta-analysis. *Clinical psychology review*, *86*, 102005. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102005

Merikangas, K. R., He, J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: Results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *49*(10), 980–989. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010,05.017

Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., Viana, M. C., Andrade, L. H., Hu, C., Karam, E. G., Ladea, M., Medina-Mora, M. E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Sagar, R., Wells, J. E., & Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of general psychiatry, 68*(3), 241–251. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.12

Miklowitz, D. J., Efthimiou, O., Furukawa, T. A., Scott, J., McLaren, R., Geddes, J. R., & Cipriani, A. (2021). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: A systematic review and component network meta-analysis. *JAMA psychiatry*, *78*(2), 141–150. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2993

Moghimi, E., Davis, C., & Rotondi, M. (2021). The efficacy of eHealth interventions for the treatment of adults diagnosed with full or subthreshold binge eating disorder: Systematic review and meta-analysis. *Journal of medical internet research*, *23*(7), e17874. https://doi.org/10.2196/17874

Morales-Pillado, C., Fernández-Castilla, B., Sánchez-Gutiérrez, T., González-Fraile, E., Barbeito, S., & Calvo, A. (2023). Efficacy of technology-based interventions in psychosis: A systematic review and network meta-analysis. *Psychological medicine*, *53*(13), 6304–6315. https://doi.org/10.1017/S0033291722003610

Morin, C. M., Belleville, G., Bélanger, L., & Ivers, H. (2011). The Insomnia Severity Index: Psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*, *34*(5), 601–608. https://doi.org/10.1093/sleep/34.5.601

Munder, T., Brütsch, O., Leonhart, R., Gerger, H., & Barth, J. (2013). Researcher allegiance in psychotherapy outcome research: an overview of reviews. *Clinical psychology review*, *33*(4), 501–511. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.02.002

National Institute for Health and Care Excellence (2005). Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: Treatment. https://www.nice.org.uk/guidance/cg31/resources/obsessivecompulsive-disorder-and-body-dysmorphic-disorder-treatment-pdf-975381519301.

National Institute for Health and Care Excellence (2007/2016). Drug misuse in over 16s: Psychosocial interventions. https://www.nice.org.uk/guidance/cg51/resources/drug-misuse-in-over-16s-psychosocial-interventions-pdf-975502451653.

National Institute for Health and Care Excellence (2009b). Antisocial personality disorder: Prevention and management. https://www.nice.org.uk/guidance/cg77/resources/antisocial-personality-disorder-prevention-and-management-pdf-975633461701

National Institute for Health and Care Excellence (2009a). Borderline personality disorder: Recognition and management. https://www.nice.org.uk/guidance/cg78/resources/borderline-personality-disorder-recognition-and-management-pdf-975635141317.

National Institute for Health and Care Excellence (2011a). Alcohol-use disorders: Diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence. https://www.nice.org.uk/guidance/cg115/resources/alcoholuse-disorders--diagnosis-assessment-and-management-of-harmful-drinking-highrisk-drinking-and-alcohol-dependence-pdf-3510939116229

National Institute for Health and Care Excellence (2011b). Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: Management. https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/resources/generalised-anxiety-disorder-and-panic-disorder-in-adults-management-pdf-35109387756997.

National Institute for Health and Care Excellence (2013a). Social anxiety disorder: Recognition, assessment and treatment. https://www.nice.org.uk/guidance/cg159/resources/social-anxiety-disorder-recognition-assessment-and-treatment-pdf-35109639699397.

National Institute for Health and Care Excellence (2013b). Psychosis and schizophrenia in children and young people: Recognition and management. https://www.nice.org.uk/guidance/cg155/resources/psychosis-and-schizophrenia-in-children-and-young-people--recognition-and-management-pdf-35109632980933

National Institute for Health and Care Excellence (2014a). Developing NICE guidelines: The manual. https://www.nice.org.uk/process/pmg20/chapter/introduction.

National Institute for Health and Care Excellence (2014b). Psychosis and schizophrenia in adults: Prevention and management https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/resources/psychosis-and-schizophrenia-in-adults-prevention-and-management-pdf-35109758952133

National Institute for Health and Care Excellence (2014c). Bipolar disorder: Assessment and management. https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/resources/bipolar-disorder-assessment-and-management-pdf-35109814379461.

National Institute for Health and Care Excellence (2017). Eating disorders: Recognition and treatment. NICE guideline. https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/resources/eating-disorders-recognition-and-treatment-df-1837582159813.

National Institute for Health and Care Excellence (2018a). Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management. https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/resources/attention-deficit-hyperactivity-disorder-diagnosis-and-management-pdf-1837699732933.

National Institute for Health and Care Excellence (2018b). Post-traumatic stress disorder. https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/resources/posttraumatic-stress-disorder-pdf-66141601777861.

National Institute for Health and Care Excellence (2019). Depression in children and young people: Identification and management. https://www.nice.org.uk/guidance/ng134/resources/depression-in-children-and-young-people-identification-and-management--pdf-66141719350981.

National Institute for Health and Care Excellence (2022). Depression in adults: Treatment and management. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/resources/depression-in-adults-treatment-and-management-pdf-66143832307909.

National Institute for Health and Care Excellence (nd). Making decisions using NICE guidelines. https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines/making-decisions-using-nice-guidelines.

Newby, J. M., Hobbs, M. J., Mahoney, A. E. J., Wong, S. K., & Andrews, G. (2017). DSM-5 illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: Comorbidity, correlates, and overlap with DSM-IV hypochondriasis. *Journal of psychosomatic research*, *101*, 31–37. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.07.010

Norris, S. C., Gleaves, D. H., & Hutchinson, A. D. (2019). Treatment outcome research of enhanced cognitive behaviour therapy for eating disorders: A systematic review with narrative and meta-analytic synthesis. *Eating disorders*, *27*(5), 482–502. https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1560240

Nowrouzi, B., McIntyre, R. S., MacQueen, G., Kennedy, S. H., Kennedy, J. L., Ravindran, A., Yatham, L., & De Luca, V. (2016). Admixture analysis of age at onset in first episode bipolar disorder. *Journal of affective disorders, 201*, 88–94. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.04.006

Ohayon M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews*, *6*(2), 97–111. https://doi.org/10.1053/smrv.2002.0186

Olaya, B., Moneta, M. V., Miret, M., Ayuso-Mateos, J. L., & Haro, J. M. (2018). Epidemiology of panic attacks, panic disorder and the moderating role of age: Results from a population-based study. *Journal of affective disorders*, *241*, 627–633. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.069

Oldham, J. M. (2005). Guideline watch: practice guideline for the treatment of patients with *borderline* personality disorder. American Psychiatric Association. https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bpd-watch-1410457064610.pdf

Oldham-Cooper, R., & Loades, M. (2017). Disorder-specific versus generic cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children and young people: A systematic narrative review of evidence for the effectiveness of disorder-specific CBT compared with the disorder-generic treatment, Coping Cat. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*, *30*(1), 6–17. https://doi.org/10.1111/jcap.12165

Owens, J. A., & Moore, M. (2017). Insomnia in Infants and Young Children. *Pediatric Annals*, *46*(9), e321–e326. https://doi.org/10.3928/19382359-20170816-02

Pfund, R. A., Forman, D. P., Whalen, S. K., Zech, J. M., Ginley, M. K., Peter, S. C., McAfee, N. W., & Whelan, J. P. (2023). Effect of cognitive-behavioral techniques for problem gambling and gambling disorder: A systematic review and meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England)*, *118*(9), 1661–1674. https://doi.org/10.1111/add.16221

Phelps, A. J., Lethbridge, R., Brennan, S., Bryant, R. A., Burns, P., Cooper, J. A., Forbes, D., Gardiner, J., Gee, G., Jones, K., Kenardy, J., Kulkarni, J., McDermott, B., McFarlane, A. C., Newman, L., Varker, T., Worth, C., & Silove, D. (2022). Australian guidelines for the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder: Updates in the third edition. *Australian & New Zealand Journal of psychiatry*, *56*(3), 230–247. https://doi.org/10.1177/00048674211041917

Pisarska, A., Moskalewicz, J., Corazza, O., Assi, S., Simonato, P. i in. (2013). Nowe substancje psychoaktywne – wiedza i doświadczenie polskiej młodzieży. *Alkoholizm i Narkomania, 26/3,* 275–294.

Pompoli, A., Furukawa, T. A., Efthimiou, O., Imai, H., Tajika, A., & Salanti, G. (2018). Dismantling cognitive-behaviour therapy for panic disorder: A systematic review and component network meta-analysis. *Psychological medicine*, *48*(12), 1945–1953. https://doi.org/10.1017/S0033291717003919

Pseftogianni, F., Panagioti, M., Birtwell, K., & Angelakis, I. (2023). Mindfulness interventions for obsessive-compulsive and related disorders: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical psychology: science and practice, 30*(3), 233–243. https://doi.org/10.1037/cps0000132

Raballo, A., Poletti, M., Preti, A., & McGorry, P. (2022). Clinical high risk for psychosis in children and adolescents: a meta-analysis of transition prevalences. *Schizophrenia research*, *243*, 254–261. https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.03.063

Rehm, J., Anderson, P., Barry, J., Dimitrov, P., Elekes, Z. i in. (2015). Prevalence of and potential influencing factors for alcohol dependence in Europe. *European addiction research, 21(1),* 6–18. https://doi.org/10.1159/000365284

Riemann, D., Baglioni, C., Bassetti, C., Bjorvatn, B., Dolenc Groselj, L., Ellis, J. G., Espie, C. A., Garcia-Borreguero, D., Gjerstad, M., Gonçalves, M., Hertenstein, E., Jansson-Fröjmark, M., Jennum, P. J., Leger, D., Nissen, C., Parrino, L., Paunio, T., Pevernagie, D., Verbraecken, J., ... Spiegelhalder, K. (2017). European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of sleep research*, *26*(6), 675–700, https://doi.org/10.1111/jsr.12594

Rosa-Alcázar, Á., Sánchez-Meca, J., Rubio-Aparicio, M., Bernal-Ruiz, C., & Rosa-Alcázar, A. I. (2022). Cognitive-behavioral therapy and anxiety and depression level in pediatric obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psicothema*, *34*(3), 353–364. https://doi.org/10.7334/psicothema2021.478

Rosenthal, R. (1979). The file drawer problem and tolerance for null results. *Psychological bulletin*, *86*(3), 638.

Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (2008). Social Fears and Social Phobia in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological medicine*, *38*(1), 15–28. https://doi.org/10.1017/S0033291707001699

Ruscio, A. M., Hallion, L. S., Lim, C. C. W., i in. (2017). Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe. *JAMA Psychiatry, 74*(5), 465–475. https://doi:10,1001/jamapsychiatry.2017.0056

Schmidt, C. O., & Kohlmann, T. (2008). When to use the odds ratio or the relative risk?. *International journal of public health*, *53*(3), 165–167. https://doi.org/10.1007/s00038-008-7068-3

Shaw, M., Hodgkins, P., Caci, H., Young, S., Kahle, J., Woods, A. G., & Arnold, L. E. (2012). A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment. *BMC medicine*, *10*, 99. https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-99

Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., ... & Henry, D. A. (2017). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *Bmj*, *358*, j4008. https://doi.org/10.1136/bmj.j4008

Shorey, S., Ng, E. D., & Wong, C. H. (2021). Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *British journal of clinical psychology*, *61*(2), 287–305. https://doi.org/10.1111/bjc.12333

Simeone, J. C., Ward, A. J., Rotella, P., Collins, J., & Windisch, R. (2015). An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990–2013: A systematic literature review. *BMC psychiatry*, *15*, 193. https://doi.org/10.1186/s12888-015-0578-7

Slade, E., Keeney, E., Mavranezouli, I., Dias, S., Fou, L., Stockton, S., ... & Kendall, T. (2018). Treatments for bulimia nervosa: A network meta-analysis. *Psychological medicine*, *48*(16), 2629–2636. https://doi.org/10.1017/S0033291718001071

Slade, T., Chiu, W. T., Glantz, M., Kessler, R. C., Lago, L. et al. (2016). A cross-national examination of differences in classification of lifetime alcohol use disorder between DSM-IV and DSM-5: Findings from the World Mental Health Survey. *Alcohol, clinical & experimental research, 40,* 1728–1736. https://doi.org/10.1111/acer.13134

Solmi, M., Seitidis, G., Mavridis, D., Correll, C. U., Dragioti, E., Guimond, S., Tuominen, L., Dargél, A., Carvalho, A. F., Fornaro, M., Maes, M., Monaco, F., Song, M., Il Shin, J., & Cortese, S. (2023). Incidence, prevalence, and global burden of schizophrenia – data, with critical appraisal, from the Global Burden of Disease (GBD) 2019. *Molecular psychiatry*, *28*(12), 5319–5327. https://doi.org/10.1038/s41380-023-02138-4

Solmi, M., Wade, T. D., Byrne, S., Del Giovane, C., Fairburn, C. G., Ostinelli, E. G., De Crescenzo, F., Johnson, C., Schmidt, U., Treasure, J., Favaro, A., Zipfel, S., & Cipriani, A. (2021). Comparative efficacy and acceptability of psychological interventions for the treatment of adult outpatients with anorexia nervosa: A systematic review and network meta-analysis. *The lancet. Psychiatry*, *8*(3), 215–224. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30566-6

Song, P., Zha, M., Yang, Q., Zhang, Y., Li, X., & Rudan, I. (2021). The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. *Journal of global health*, *11*, 04009. https://doi.org/10.7189/jogh.11.04009

Stein, M. B., Goin, M. K., Pollack, M. H., Roy-Byrne, P., Sareen, J., Simon, N. M., & Campbell--Sills, L. (2010). Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. W: *APA Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Comprehensive Guidelines*

and Guideline Watches (1. wyd., T. 1). American Psychiatric Association. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890423363.51396

Sterne, J. A. C., Hernan, M. A., McAleenan, A., Reeves, B. C., Higgins, J. P. T. Chapter 25: Assessing risk of bias in a non-randomized study. W: J. P. T. Higgins, J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M. J. Page, V. A. Welch (red.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.4 (updated August 2023). Cochrane, 2023. Available from www.training.cochrane.org/handbook

Stevens, M. W. R., King, D. L., Dorstyn, D., & Delfabbro, P. H. (2019). Cognitive-behavioral therapy for Internet gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology & psychotherapy*, *26*(2), 191–203. https://doi.org/10.1002/cpp.2341

Stoll, R. D., Pina, A. A., & Schleider, J. (2020). Brief, non-pharmacological, interventions for pediatric anxiety: Meta-analysis and evidence base status. *Journal of clinical child & adolescent psychology*, *49*(4), 435–459. https://doi.org/10.1080/15374416.2020,1738237

Thom, A., Sartory, G., & Jöhren, P. (2000). Comparison between one-session psychological treatment and benzodiazepine in dental phobia. *Journal of consulting and clinical psychology*, *68*(3), 378–387. https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.378

Twenge, J. M., Joiner, T. E. (2020). U.S. Census Bureau-assessed prevalence of anxiety and depressive symptoms in 2019 and during the 2020 COVID-19 pandemic. *Depression and anxiety, 37*, 954–956. https://doi.org/10.1002/da.23077

Wang, Z., Whiteside, S., Sim, L., Farah, W., Morrow, A. S., Alsawas, M., Barrionuevo, P., Tello, M., Asi, N., Beuschel, B., Daraz, L., Almasri, J., Zaiem, F., Larrea-Mantilla, L., Ponce, O. J., LeBlanc, A., Prokop, L. J., & Murad, M. H. (2017). Comparative Effectiveness and Safety of Cognitive Behavioral Therapy and Pharmacotherapy for Childhood Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA pediatrics*, *171*(11), 1049–1056. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.3036

Wardenaar, K. J., Lim, C. C. W., Al-Hamzawi, A. O., Alonso, J., Andrade, L. H., Benjet, C., Bunting, B., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Florescu, S. E., Gureje, O., Hisateru, T., Hu, C., Huang, Y., Karam, E., Kiejna, A., Lepine, J. P., Navarro-Mateu, F., Oakley Browne, M., Piazza, M., ... de Jonge, P. (2017). The cross-national epidemiology of specific phobia in the World Mental Health Surveys. *Psychological medicine*, *47*(10), 1744–1760. https://doi.org/10.1017/S0033291717000174

Watts, S. E., Turnell, A., Kladnitski, N., Newby, J. M., & Andrews, G. (2015). Treatment-as-usual (TAU) is anything but usual: a meta-analysis of CBT versus TAU for anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders*, *175*, 152–167. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.025

Wciórka, J., Leciak, J., Rawska-Kabacińska, A., Suchecka, E., Świtaj, P. i in. (2021). EZOP II: rozpowszechnienie zaburzeń (raport z konferencji podsumowującej projekt EZOP II, www.ezop.ed.pl). Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Wells, A., Clark, D. M., Salkovskis, P., Ludgate, J., Hackmann, A., & Gelder, M. (1995). Social phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behavior therapy, 26*(1), 153–161. https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.08.010

World Health Organization (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization.

World Health Organization (2019). *11th Revision of the International Classification of Diseases (ICD-11) for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 04/2019)*. World Health Organization.

World Health Organization (2021). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*. https://icd.who.int/

World Health Organization (2021). *Depressive disorder (depression)*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression

Yang, F., Wen, J., Huang, N., Riem, M. M. E., Lodder, P., Guo, J. (2022). Prevalence and related factors of child posttraumatic stress disorder during COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *European psychiatry, 21,* 65(1):e37. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.31

Yip, A. L. K., Karatzias, T., & Chien, W. T. (2022). Mindfulness-based interventions for non-affective psychosis: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Annals of medicine*, *54*(1), 2339–2352. https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2108551

Zakład Ubezpieczeń Społecznych (2023). *Rocznik statystyczny ubezpieczeń społecznych 2018–2020*. Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Zeeck, A., Herpertz-Dahlmann, B., Friederich, H. C., Brockmeyer, T., Resmark, G., Hagenah, U., Ehrlich, S., Cuntz, U., Zipfel, S., & Hartmann, A. (2018). Psychotherapeutic treatment for anorexia nervosa: A systematic review and network meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, *9*, 158. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00158

Zheng, Y., Xu, T., Zhu, Y., Li, C., Wang, J., Livingstone, S., & Zhang, T. (2022). Cognitive behavioral therapy for prodromal stage of psychosis—outcomes for transition, functioning, distress, and quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, *48*(1), 8–19. https://doi.org/10.1093/schbul/sbab044

Biogramy autorów

dr Joachim Kowalski – adiunkt w Pracowni Psychopatologii Eksperymentalnej Instytutu Psychologii Polskiej Akademii Nauk. Z wykształcenia jest psychologiem. Doktorat obronił na Uniwersytecie Warszawskim pod kierunkiem dr hab. Małgorzaty Dragan. Jego zainteresowania naukowe dotyczą skuteczności i mechanizmów psychoterapii oraz poznawczych i metapoznawczych modeli zaburzeń psychicznych. Prowadzi badania dotyczące mechanizmów halucynacji oraz efektów treningu uwagi u osób doświadczających halucynacji (NCN 2020/36/C/HS6/00420) oraz skuteczności i mechanizmów CBT prokrastynacji (NCN 2021/43/B/HS6/02024). Szkolił się w podejściu poznawczo-behawioralnym, pracował terapeutycznie m.in. w warszawskim Stowarzyszeniu Pomost oraz Centrum Pomocy Psychologicznej UW. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej. Pełnił funkcję koordynatora projektu w trakcie przygotowywania tego raportu.

dr Agata Blaut – adiunkt w Zakładzie Psychologii Klinicznej Instytutu Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego. Doktorat obroniła na Uniwersytecie Jagiellońskim pod kierunkiem prof. dr. hab. Władysława Łosiaka. Jej zainteresowania naukowe dotyczą tendencyjności poznawczej i poznawczych mechanizmów zaburzeń emocjonalnych.

dr hab. Małgorzata Dragan, prof. UW – doktor habilitowana, profesor Uniwersytetu Warszawskiego, członkini Katedry Psychologii Zdrowia i Rehabilitacji Wydziału Psychologii UW. Uczestniczka jednego z pierwszych szkoleń w terapii poznawczo-behawioralnej w Polsce. Obecna przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Badań nad Stresem Traumatycznym (PTBST), a w latach 2017–2023 członkini zarządu Europejskiego Towarzystwa Badań nad Stresem Traumatycznym (ESTSS). Członkini zespołu badawczego ESTSS ADJUST COVID-19 STUDY oraz współpracowniczka w ramach Global Collaboration on Traumatic Stress i projektu G-Stress (*Global assessment of the ICD-11 stress-related disorders*). Od ponad 20 lat zajmuje się naukowo problematyką traumy, zwłaszcza w okresie dzieciństwa, i jej psychospołecznych następstw, ale także zachowań nałogowych, procesów samoregulacyjnych (w tym interesuje się rolą metapoznania w rozwoju i utrzymywaniu objawów psychopatologicznych) oraz zdrowia kobiet. Stypendystka Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego i Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej. Autorka monografii *Problemowe picie alkoholu przez młode kobiety. Rola niekorzystnych doświadczeń i samoregulacji emocji*, za którą otrzymała nagrodę Teofrasta.

dr Dominika Farley – doktor nauk społecznych w dziedzinie psychologii. Certyfikowana psychoterapeutka poznawczo-behawioralna (PTTPB nr 1103). Naukowo związana z Instytutem Psychologii Wydziału Filozoficznego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Pracowała również w European Molecular Biology Laboratory w Rzymie. W terapii poznawczo-behawioralnej

szkoli się i pracuje od ponad 20 lat. Prowadzi własną praktykę psychoterapeutyczną, pracując w Centrum Terapeutyczno-Szkoleniowym Ter-Cognitiva w Krakowie, gdzie działa również jako dydaktyk, szkoląc przyszłych terapeutów poznawczo-behawioralnych. Jej zainteresowania naukowe i terapeutyczne skupiają się na bólu przewlekłym oraz zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych i lękowych. W pracy terapeutycznej posługuje się przede wszystkim terapią poznawczo-behawioralną drugiej fali. Jest członkinią Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej oraz Polskiego Towarzystwa Badania Bólu.

dr Daniel Pankowski – adiunkt w Centrum Meta Badań Uniwersytetu Wrocławskiego. Z wykształcenia psycholog. Doktorat obronił na Uniwersytecie Warszawskim pod kierunkiem prof. dr hab. Ewy Pisuli. Jego zainteresowania naukowe dotyczą neuropsychologii medycznej oraz szeroko rozumianej psychologii zdrowia. Aktualnie zajmuje się m.in. analizą stronniczości badań BMS (*Breast Milk Substitutes*), skutecznością tianeptyny w leczeniu objawów tzw. mgły COVID-owej oraz zaburzeniami funkcji neuropoznawczych związanymi z niedoczynnością tarczycy.

dr Katarzyna Sanna – doktor nauk medycznych, adiunkt w Zakładzie Psychologii Klinicznej i Zdrowia na Uniwersytecie SWPS oraz członek Centrum Badań nad Rozwojem Osobowości. Z wykształcenia psycholog. Certyfikowana psychoterapeutka poznawczo-behawioralna (CTPB nr 35). Jej zainteresowania naukowe koncentrują się wokół konsekwencji nieformalnej opieki nad osobą zależną oraz badaniem efektywności internetowych narzędzi wspierających proces psychoteraputyczny. W pracy praktycznej pracuje z osobami z zaburzeniami lękowymi, nastroju oraz zaburzeniami osobowości.

dr Andrzej Śliwerski – doktor psychologii, adiunkt w Zakładzie Psychologii Klinicznej i Psychopatologii Instytutu Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego. Certyfikowany psychoterapeuta poznawczo-behawioralny (PTTPB nr 267). Jego zainteresowania naukowe koncentrują się na modelu podatności poznawczej na zaburzenia emocjonalne (depresyjne i lękowe). Od 2013 r. psychoterapeuta-dydaktyk w dwóch szkołach psychoterapii (poznawczo-behawioralnej i integratywnej), gdzie szkoli przyszłych terapeutów z terapii poznawczo-behawioralnej. Klinicznie związany z Instytutem Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej Schemat, której jest założycielem. Terapeutycznie pracuje z klientami zmagającymi się z zaburzeniami nastroju, zaburzeniami lękowymi i zaburzeniami osobowości.

dr Justyna Wiśniowska – doktor psychologii, neuropsycholog kliniczny w trakcie specjalizacji z psychologii klinicznej, certyfikowany psychoterapeuta poznawczo-behawioralny (PTTPB nr 1094). Doktorat obroniła w Katedrze Neuropsychologii Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego pod kierunkiem prof. dr hab. Emilii Łojek. Obecnie pracuje jako neuropsycholog kliniczny w Narodowym Instytucie Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. Eleonory Reicher (NIGRiR) w Warszawie, naukowo związana jest z Kliniką Rehabilitacji NIGRiR. Klinicznie pracuje także w Klinice Neurologii i Epileptologii SPSK im. W. Orłowskiego w Warszawie oraz w prywatnym gabinecie, gdzie prowadzi psychoterapię poznawczo-behawioralną. Pracuje terapeutycznie z osobami zmagającymi się z przewlekłą chorobą, niepełnosprawnością, z zaburzeniami lękowymi i nastroju.

Załączniki

1. Tabele z opisem wybranych metaanaliz i przeglądów systematycznych
   1.1. Zaburzenia depresyjne
   1.2. Choroba afektywna dwubiegunowa
   1.3. Zaburzenie lękowe uogólnione
   1.4. Fobia społeczna
   1.5. Zaburzenie lękowe z napadami paniki
   1.6. Fobie specyficzne
   1.7. Zaburzenia hipochondryczne
   1.8. Zaburzenia po stresie traumatycznym
   1.9. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne
   1.10. Schizofrenia i ryzyko psychoz
   1.11. Anoreksja
   1.12. Bulimia i napadowe objadanie się
   1.13. Zaburzenia osobowości
   1.14. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi
   1.15. Bezsenność
   1.16. Uzależnienia od alkoholu i substancji
   1.17. Uzależnienia behawioralne
2. Lista metaanaliz i przeglądów systematycznych opublikowanych w latach 2010–2023 w podziale na opisywane w przeglądzie zaburzenia
   2.1. Zaburzenia depresyjne
   2.2. Choroba afektywna dwubiegunowa
   2.3. Zaburzenie lękowe uogólnione
   2.4. Fobia społeczna
   2.5. Zaburzenie lękowe z napadami paniki
   2.6. Fobie specyficzne
   2.7. Zaburzenia hipochondryczne
   2.8. Zaburzenia po stresie traumatycznym
   2.9. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne
   2.10. Schizofrenia i ryzyko psychoz
   2.11. Anoreksja
   2.12. Bulimia i napadowe objadanie się
   2.13. Zaburzenia osobowości
   2.14. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi
   2.15. Bezsenność
   2.16. Uzależnienia od alkoholu i substancji
   2.17. Uzależnienia behawioralne

Załącznik 1. Tabele z opisem wybranych metaanaliz i przeglądów systematycznych

Załącznik 1.1. Zaburzenia depresyjne

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)	
Terapia dorosłych									
1.	Mamukashvili-Delau i in., 2023 https://doi.org/10.2196/46925	metaanaliza RCT dotyczących długoterminowej skuteczności programów samopomocy iCBT	9	1689	iCBT	lista oczekujących lub TAU	*SMD* = –0,43 (CI95% –0,67, –0,20)	I^2 = 75% umiarkowane ryzyko tendencyjności	
2.	Hedman-Lagerlöf i in., 2023 https://doi.org/10.1002/wps.21088	metaanaliza RCT porównujących iCBT vs CBT przeprowadzane na żywo	5	223	iCBT vs CBT		*g* = –0,21 (CI95% –0,58, 0,16)	I^2 = 69% ponad połowa badań została oceniona jako posiadająca niskie ryzyko tendecyjności; *publication bias* nie wpłynęła w sposób znaczący na wyniki	
3.	Jonsson i in., 2023 https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.036	metaanaliza RCT dotyczących skuteczności iCBT	2	366	iCBT	TAU	RR = 2,46 (CI95% 1,31, 4,64) [*response rate* – min. 50% poprawy]	I^2 = 48% wysokie ryzyko tendencyjności	
			4	424	iCBT	TAU	RR = 1,70 (CI95% 1,19, 2,42) [*remission rate*]	I^2 = 0% wysokie ryzyko tendencyjności	
			12	1164	iCBT	TAU	*SMD* = –0,23 (CI95% –0,37, –0,09)	I^2 = 53% wysokie ryzyko tendencyjności w zdecydowanej większości badań	
4.	Cuijpers i in., 2023 https://doi.org/10.1002/wps.21069	metaanaliza RCT	409	52702	CBT	inne psychoterapie	zakończenie terapii: *g* = –0,06 (CI95% 0,00, 0,12)	I^2 = 31%	ryzyko stronniczości było niskie w przypadku 1/3 analizowanych badań
							follow-up: 6–9 miesięcy: *g* = 0,03 (CI95% –0,14, 0,07)	I^2 = 0%	
							follow-up: 9–12 miesięcy: *g* = 0,09 (CI95% –0,19, 0,01)	I^2 = 12%	
						farmakoterapia	zakończenie terapii: *g* = –0,08 (CI95% –0,07, 0,24)	I^2 = 66%	
							follow-up: 6–12 miesięcy: *g* = –0,34 (CI95% 0,09, –0,58)	I^2 = 53%	
					TAU + CBT	TAU	zakończenie terapii: *g* = –0,51 (CI95% 0,19, 0,84)	I^2 = 71%	
							follow-up: 6–12 miesięcy: *g* = –0,32 (CI95% 0,09, 0,55)	I^2 = 29%	
					CBT	CBT + TAU	zakończenie terapii: *g* = –0,19; 95% CI: –0,11, 0,50	I^2 = 68%	
							follow-up: 6–12 miesięcy: *g* = –0,11; 95% CI: –0,38 to 0,60	I^2 = 25%	

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)	
5.	Schefft i in., 2023 https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1189970	sieciowa metaanaliza dotycząca skuteczności terapii trzeciej fali CBT w depresji	55	5827 (wszyscy uczestnicy badań)	ACT (*k* = 8)	CBT	*d* = 0,01 (CI95% –0,54, 0,56)	I^2 = 77%	27% badań oceniono jako posiadające niskie ryzyko tendencyjności
						TAU	*d* = –1,39 (CI95% 0,82, 2,00)		
					BAT (*behavioral activation therapy*; *k* = 17)	CBT	*d* = 0,06 (CI95% –0,49, 0,37)		
						TAU	*d* = –1,33 (CI95% 0,87, 1,82)		
					CBASP (*cognitive behavioral analysis system of psychotherapy*; *k* = 6)	CBT	*d* = 0,29 (CI95% –0,85, 0,25)		
						TAU	*d* = –1,09 (CI95% 0,50, 1,73)		
					MBCT (*k* = 12)	CBT	*d* = 0,33 (CI95% –0,85, 0,17)		
						TAU	*d* = –1,05 (CI95% 0,56, 1,57)		
					MCT (*k* = 5)	CBT	*d* = –0,59 (CI95% –0,01, 1,21)		
						TAU	*d* = –1,97 (CI95% 1,31, 2,71)		
					DBT (*k* = 3)	CBT	*d* = 0,69 (CI95% –1,59, 0,19)		
						TAU	*d* = –0,70 (CI95% –0,17, 1,57)		
					PP (*positive psychotherapy*; *k* = 2)	CBT	*d* = –0,15 (CI95% –0,55, 0,83)		
						TAU	*d* = –1,53 (CI95% 0,72, 2,38)		
					ST (*schema therapy*; *k* = 1)	CBT	*d* = 0,14 (CI95% –1,35, 1,11)		
						TAU	*d* = –1,24 (CI95% –0,04, 2,62)		
Terapia dzieci i młodzieży									
1.	Christ i in., 2020 https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30137-1	metaanaliza RCT vs warunki kontrolne	24	3779	CBT/iCBT	aktywne grupy kontrolne (terapia CBT twarzą w twarz, TAU)	*g* = 0,70 (CI95% –0,11, 1,51)	I^2 = 90,63 jakość badań oceniona jako bardzo niska	
						nieaktywne grupy kontrolne (lista oczekujących, TAU)	*g* = –0,60 (CI95% –0,85, –0,35) po usunięciu 1 badania-outliera *g* = –0,51 (CI95% –0,70, –0,30)	I^2 = 61,76 jakość badań oceniona jako niska	
2.	Zhou i in., 2020 https://doi.org/10.2196/17831	systematyczny przegląd i metaanaliza sieciowa psychoterapii i farmakoterapii vs warunki kontrolne	71	9510	CBT	CBT + fluoksetyna	*SMD* = 1,24 (CrI95% 0,95, 1,53)	I^2 = 56 jakość badań oceniona jako niska	
						fluoksetyna	*SMD* = 0,67 (CrI95% 0,40, 0,94)		
						lista oczekujących	*SMD* = –0,97 (CrI95% –1,66, –0,28)		
						terapia rodzinna	*SMD* = –0,60 (CrI95% –1,10, –0,10)		

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)
					fluoksetyna + CBT	tabletka placebo	*SMD* = –1,08 (CrI95% –1,36, –0,79)	
					wenlafaksyna + CBT	tabletka placebo + CBT	*SMD* = 0,75 (CrI95% 0,11, 1,39)	
3.	Oud i in., 2019 https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.12.008	systemetyczny przegląd i metaanaliza RCT vs warunki kontrolne	26	2951	CBT	**Zakończenie leczenia:**		
						wszystkie warunki kontrolne	*SMD* = –0,41 (CI95% –0,56, –0,27)	I^2 = 81% jakość badań oceniona jako niska
						lista oczekujących	*SMD* = –0,62 (CI95% –0,84, –0,39)	I^2 = 84% jakość badań oceniona jako bardzo niska
						placebo	*SMD* = 0,04 (CI95% –0,17, 0,25)	I^2 = NA jakość badań oceniona jako bardzo niska
						attention control	*SMD* = –0,20 (CI95% –0,33, –0,06)	I^2 = 13% jakość badań oceniona jako umiarkowana
						monitoring control	*SMD* = –0,14 (CI95% –0,32, 0,04)	I^2 = 28% jakość badań oceniona jako umiarkowana
			15	2674		***Follow-up:***		
						wszystkie warunki kontrolne	*SMD* = –0,20 (CI95% –0,33, –0,07)	I^2 = 68% jakość badań oceniona jako niska
						lista oczekujących	*SMD* = –0,40 (CI95% –0,62, –0,18)	I^2 = 67% jakość badań oceniona jako umiarkowana
						atention control	*SMD* = –0,05 (CI95% –0,25, 0,16)	I^2 = 61% jakość badań oceniona jako niska
						monitoring control	*SMD* = –0,14 (CI95% –0,28, 0,01)	I^2 = 3% jakość badań oceniona jako umiarkowana
4.	Forti-Buratti i in., 2016 https://doi.org/10.1007/s00787-016-0834-5	systematyczny przegląd i metaanaliza badań RCT vs grupy kontrolne	5	101	CBT	lista oczekujących lub placebo lub *attention control* lub farmakoterapia	*SMD* = –0,34 (CI95 –0,96, 0,28) po usunięciu badania dt. lekoopornej depresji *SMD* = –0,45 (CI95 –1,08, 0,17)	I^2 = 52,1%
5.	Arnberg i Öst, 2014 https://doi.org/10.1080/16506073.2014.947316	systematyczny przegląd i metaanaliza badań RCT vs grupy kontrolne	10	267	CBT	grupy kontrolne	*g* = –0,66 (CI95% –0,90, –0,40)	Q = 35,5, heterogeniczność badań oceniona jako znacząca
						lista oczekujących	*g* = –0,70 (CI95% –1,00, –0,40)	
						grupa z kontrolą uwagi	*g* = –0,54 (CI95% –1,02, –0,02)	

Załącznik 1.2. Choroba afektywna dwubiegunowa

Lp.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)	
Terapia dorosłych									
1.	Gutierrez i in., 2023 https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.09.005	sieciowa metaanaliza RCT dotyczących skuteczności eCBT w terapii objawów depresyjnych u osób z CHAD	3	582 (wszystkie ramiona)	eCBT	TAU	objawy depresyjne: *SMD* = –0,55 (CI95% –0,90, –0,21)	większość badań obciążonych ryzykiem tendencyjności; jakość badań oceniona została jako od „umiarkowanej" do „bardzo niskiej"	
						brak interwencji	*SMD* = –0,66 (CI95% –0,93, –0,40)		
						placebo	eCBT vs placebo *SMD* = –0,35 (CI95% –0,59, –0,11)		
							objawy manii: eCBT vs TAU (*SMD* = –0,77; 95% CI: –1,21, –0,34)		
2.	Tan i in., 2022	metaanaliza badań dotyczących skuteczności grupowej CBT w ChAD	2	122	GCBT	TAU	wskaźnik nawrotów: OR = 0,72 (CI95% 0,19, 2,66)	I^2 = 67%	nie oceniono tendencyjności badań; wykonane analizy wskazują na brak *publication bias*
			3	179	GCBT	TAU	objawy depresyjne: *SMD* = –0,11 (CI95% –0,77, 0,55)	I^2 = 77%	
			3	179	GCBT	TAU	objawy manii: *SMD* = 0,24 (CI95% –0,08, 0,56)	I^2 = 10%	
3.	Yilmaz i in., 2022 https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.112	metaanaliza RCT dotyczących skuteczności CBT w terapii objawów depresyjnych u osób z ChAD	8	614	CBT	TAU	*SMD* = –0,51 (CI95% –0,75, –0,27); *k* = 6	I^2 = 15%	jakość badań była niska
						placebo	*SMD* = –0,08 (CI95% –0,34, 0,18); *k* = 2		
			6	482		TAU lub placebo	*follow-up* 3–12 miesięcy: *SMD* = –0,32 (CI95% –0,64, 0,00)	b.d.	
			2	194	MBCT	TAU	*SMD* = –0,47 (CI95% –0,88, –0,06); *k* = 1		
						lista oczekujących	*SMD* = –0,07 (CI95% –0,47, 0,34); *k* = 1	I^2 = 47%	
			1	95		TAU	*follow-up* 12 miesięcy: *SMD* = 0,18 (CI95% –0,22, 0,59)	b.d.	

Lp.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)	
4.	Miklowitz i in., 2021 https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2993	sieciowa metaanaliza RCT; we wszystkich warunkach badani byli równocześnie leczeni farmakologicznie	39	3863 (wszyscy badani)	CBT	TAU	wskaźnik nawrotów po 12 miesiącach: OR = 0,52 (CI95%: 0,34, 0,79)	I^2 = 45% wskaźnik dla wszystkich badań dotyczący nawrotów	ryzyko tendencyjności wszystkich badań (nie tylko CBT) w metaanalizie zostało ocenione jako zróżnicowane
						terapia rodzinna	wskaźnik nawrotów po 12 miesiącach: OR = 1,75 (CI95% 0,87, 3,49)		
						IPSRT	wskaźnik nawrotów po 12 miesiącach: OR = 0,34 (CI95% 0,08, 1,46)		
						TAU	objawy depresyjne: *SMD* = –0,32 (CI95% –0,64, –0,01) vs. TAU		
						TAU	objawy maniakalne: *SMD* = –0,32 (CI95% –0,65, 0,01)		
5.	Chiang i in., 2017 https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176849	metaanaliza badań RCT	19	1384 (pacjentów z zaburzeniem dwubiegunowym typ 1 i typ 2)	CBT	TAU lub lista oczekujących	wskaźnik nawrotów: OR = 0,51 (CI95% 0,28, 0,92)	I^2 = 69,7%	
							objawy depresyjne: *g* = –0,49 (CI95% –0,96, –0,03)	I^2 = 89,7%	
							objawy maniakalne: *g* = –0,58 (CI95% –1,13, –0,04)	I^2 = 90,58%	

Załącznik 1.3. Zaburzenie lękowe uogólnione

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)
Terapia dorosłych								
1.	Williams i in., 2023 https://doi.org/10.1007/s12144-023-04695-x	systematyczny przegląd metaanaliz RCT psychoterapii vs grupy kontrolne	8	334	trening uważności	psychoedukacja	*SMD* = –0,31, (95%CI, –0,90, 0,28).	I^2 = 78% jakość badań uznana za niską
						nieaktywne i nieokreślone grupy kontrolne	*SMD* = –1,92, (95%CI, –3,44, –0,40)	I^2 = 95% jakość badań uznana za niską
2.	Zhang i in., 2022 https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.832167	metaanaliza RCT psychoterapii vs grupy kontrolne	26	1844	CBT	iCBT	*MD* = –2,79, (CI95% –6,75, 1,18) vs. *MD* = –2,35, (CI95% –4,96, 0,27).	I^2 = 69% jakość badań uznana za wysoką
					iCBT	lista oczekujących lub inna grupa kontrolna, gdzie nie poddaje się pacjenta żadnemu leczeniu	*MD* = –2,91 (CI95% –5,00, –0,81)	I^2 = 0%
					CBT	lista oczekujących lub inna grupa kontrolna, gdzie nie poddaje się pacjenta żadnemu leczeniu	*MD* = –3,54 (CI95% –7,05, –0,02)	I^2 = 0%
3.	Carl i in., 2020 https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1560358	metaanaliza RCT psychoterapii vs grupy kontrolne	*k* = 79; psychoterapia *k* = 39; farmakoterpia *k* = 43	11 002	CBT, ACT, relaksacja, ERP	wszystkie warunki kontrolne	*g* = –0,76 (CI95% –0,91, –0,61)	I^2 = 72,56 jakość badań uznana za umiarkowaną
						farmakologiczne placebo	*g* = –1,44 (CI95% –1,94, –0,94)	
						lista oczekujących	*g* = –0,90 (CI95%CI –1,07, –0,73)	
						placebo psychologiczne	*g* = –0,47 (CI95% –0,69, –0,25)	
						TAU	*g* = –0,38 (CI95% –0,71, –0,05)	
						wszystkie warunki kontrolne	*follow-up*: *g* = –0,27 (CI95% –0,53, 0,00)	
					farmakoterapia	wszystkie warunki kontrolne	*g* = –0,38 (CI95% –0,47, –0,30)	

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)
4.	Flückiger i in., 2022 https://doi.org/10.1037/ccp0000717	metaanaliza RCT psychoterapii vs grupy kontrolne	7	b.d.	CBT	relaksacja stosowana vs CBT bez relaksacji	zakres wielkości efektów *g* = –0,02 do 0,02 w 3 punktach pomiaru	Q(15) = 10,3, *p* = 0,80; I^2 = 0% (CI95% 0, 0); jakość badań umiarkowana
			11			CBT vs CBT rozszerzona o elementy integracyjne	zakres wielkości efektów *g* = 0,17 do 0,29 w 3 punktach pomiaru	Q(21) = 34,9, *p* < 0,029; I^2 = 31% (CI95% 0, 58); jakość badań umiarkowana
5.	Papola i in., 2023 https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.3971	systematyczny przegląd i metaanaliza sieciowa RCT psychoterapii vs grupy kontrolne	65	5038	CBT	TAU	*SMD* = –0,74 (CI95% –1,09, –0,38)	SD = 0,49; LRT = 98,63 (*d*.f. = 1), P = 0,000; *chi*2(45) = 15,27; 23(35%) – *high risk of bias*, 31(48%) – *some concerns*, 11(17%) – *low risk of bias*; 59(91%) – *low risk of bias* przy pomiarze *outcome*
						lista oczekujących	*SMD* = –1,02 (CI 95% –1,22, –0,82)	
					BT	TAU	*SMD* = –0,31 (CI95% –0,98, 0,36)	
						lista oczekujących	*SMD* = –0,59 (CI95% –1,16, –0,02)	
					CBT 3 fali	TAU	*SMD* = –0,76 (CI95% –1,15, –0,36)	
						lista oczekujących	*SMD* = –1,04 (CI95% –1,35, –0,74)	

Załącznik 1.4. Fobia społeczna

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)	
Terapia dorosłych									
1.	Kindred i in., 2022 https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102640	metaanaliza RCT skuteczności psychoterapii vs różne warunki kontrolne	25	5070	CBT	lista oczekujących, terapia jak zazwyczaj oraz placebo	*g* = –0,77 (CI95% –0,65, –0,88) dla nasilenia lęku społecznego	– po usunięciu dwóch badań-outlierów wielkość efektu pozostała podobna *g* = –0,75 (CI95% –0,66, –0,85) – autorzy stwierdzili, że analizowane efekty nie są heterogeniczne (Q = 25,48, *p* = 0,275, I^2 = 0%; CI95% 0,0, 51,10) – nie stwierdzono również obecności *publication biasu* (test Eggera, *p* = 0,684; *b* = 0,83, CI95% 0,44, 1,21)	
2.	Liu i in., 2022 https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113935	metaanaliza RCT terapii opartych o *mindfulness* vs różne warunki kontrolne	5	280	psychoterapie oparte na *mindfulness*	lista oczekujących	*g* = –0,89 (CI95% –1,26, –0,53)	I^2 = 49,6%	Ryzyko tendencyjności wszystkich badań (nie tylko z listą oczekujących i CBT) w metaanalizie zostało ocenione jako niskie. Jako potencjalnie istotne źródła tendencyjności wskazano m.in. brak zaślepienia pacjentów oraz osób dokonujących oceny efektów terapii. W opisie pominięto badania *follow-up* ze względu na kilkukrotne raportowanie wyników z jednego badania w jednej metaanalizie.
			6	439		terapia poznawczo-behawioralna	*g* = 0,29 (CI95% 0,10, 0,48)	I^2 = 0%	
3.	Guo i in., 2020 https://doi.org/10.1002/cpp.2528	metaanaliza RCT psychoterapii vs różne warunki kontrolne	14	1400	internetowa CBT	lista oczekujących	*g* = –0,79 (CI95% –0,92, –0,67)	I^2 = 28% Ryzyko tendencyjności wszystkich badań (nie tylko z *waiting list*) w metaanalizie zostało ocenione jako zróżnicowane. Jako potencjalnie istotne źródła tendencyjności wskazano m.in. brak zaślepienia pacjentów oraz osób dokonujących oceny efektów terapii. Dodatkowe analizy wykazały, że poziom doświadczenia terapeuty (duże vs małe doświadczenie) oraz jego brak (tzw. *unguided* CBT) nie miały istotnego wpływu na skuteczność psychoterapii.	

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)	
4.	van Dis i in., 2020 https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3986	metaanaliza RCT długoterminowych efektów psychoterapii	7	555	CBT	aktywne warunki kontrolne	efekt po zakończenia terapii: *g* = –0,38 (CI95% –0,57, –0,17)	I^2 = 11% (CI95% 0, 63) skorygowane *g* = –0,22 (CI95% –0,44, 0,01)	Ryzyko tendencyjności wszystkich badań (nie tylko dotyczących fobii społecznej) w metaanalizie zostało ocenione jako zróżnicowane. Jako potencjalnie istotne źródła tendencyjności wskazano m.in. niekompletne wyniki czy efekt przynależności badaczy.
			4	310			efekt dla 1–6 miesięcy od zakończenia terapii: *g* = –0,60 (CI95% –0,85, –0,36)	I^2 = 0% (CI95% 0, 68)	
			3	307			efekt dla 6–12 miesięcy od zakończenia terapii: *g* = –0,34 (CI95% –0,61, –0,07)	I^2 = 0% (CI95% 0, 73) skorygowane *g* = –0,22 (CI95% –0,45, –0,01)	
			3	162			efekt powyżej 12 miesięcy od zakończenia terapii: *g* = –0,42 (CI95% –0,79, –0,04)	I^2 = 0% (CI95% 0, 73)	
5.	Carl i in., 2019 https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.08.003	metaanaliza RCT psychoterapii vs różne warunki kontrolne	7	242	VRET	lista oczekujących lub psychologiczne placebo	*g* = –0,97 (CI95% –1,31, –0,62)	Dla wszystkich badań, nie tylko fobii społecznej: I^2 = 45,34% analiza wykresu lejkowego nie pozwoliła na stwierdzenie obecności *publication bias*.	
Terapia dzieci i młodzieży									
6.	Yang i in., 2019 https://doi.org/10.1007/s00787-018-1189-x	metaanaliza RCT psychoterapii vs różne warunki kontrolne	17	1134	CBT lub terapia behawioralna	brak leczenia, lista oczekujących, psychologiczne placebo	*SMD* = –1,13 (CI95% –1,59, –0,68)	I^2 = 89% (CI95% 85, 92)	Ryzyko tendencyjności badań w metaanalizie zostało ocenione jako zróżnicowane. Jako istotne źródła tendencyjności wskazano brak zaślepienia pacjentów oraz osób dokonujących oceny efektów terapii.
			13	832			procent remisji w grupie z terapią wyniósł 39,14% vs. 3,20% w grupach kontrolnych RR = 8,99; CI95% 5,27–15,33 NNT = 3,3	I^2 = 0% (CI95% 0, 49)	
7.	Wang i in., 2018 https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.3036	metaanaliza badań psychoterapii vs grupa kontrolna	3	266	CBT	aktywna grupa kontrolna: leczenie jak zazwyczaj, kontrola uwagowa/monitorowanie stanu, placebo	ocena klinicysty: *SMD* = –0,44 (CI95% –1,95, 1,08)	I^2 = 73,9%	
			5	382			ocena dziecka: *SMD* = –0,70 (CI95% –1,34, –0,05)	I^2 = 66,4%	
			4	302			ocena rodzica: *SMD* = –0,65 (CI95% –2,67, 1,38)	I^2 = 90,3%	
			11	447	CBT	lista oczekujących albo brak leczenia	ocena klinicysty: *SMD* = –1,59 (CI95% –2,38, –0,80)	I^2 = 80%	
			12	557			ocena dziecka: *SMD* = –1,21 (CI95% –1,91, –0,52)	I^2 = 87,4%	
			5	272			ocena rodzica: *SMD* = –0,89 (CI95% –1,66, –0,13)	I^2 = 72,9%	
			2	127			remisja: RR = 11,38 (CI95% 1,56, 83,22)	I^2 = 0%	

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)	
8.	Scaini i in., 2016 https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.05.008	metaanaliza badań psychoterapii vs grupa kontrolna	10	300	CBT	lista oczekujących	*g* = –0,71 (CI95% –0,98, –0,45)	Analiza procedurą *trim-and-fill* nie wykazała hipotetycznej obecności brakujących badań.	

CBT – *cognitive-behavioral therapy* (terapia poznawczo-behawioralna); iCBT – *internet-based* CBT (terapia poznawczo-behawioralna prowadzona przez internet); MBI – *mindfulness-based interventions* (procedura oparta na uważności); VRET – *virtual reality exposure therapy* (terapia ekspozycyjna z wykorzystaniem rzeczywistości wirtualnej); BT – *behavioral therapy* (terapia behawioralna); RCT – *randomized control studies*; NRS – non-randomized studies; NCS – *non-randomized comparative studies*; WL – *wait list* (lista oczekujących na terapię); NT – *no-treatment* (brak terapii); PBO – *psychological placebo* (placebo psychologiczne)

Załącznik 1.5. Zaburzenie lękowe z napadami paniki

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)
Terapia dorosłych								
1.	Papola i in., 2023 https://doi.org/10.1017/S0033291722003683	sieciowa metaanaliza RCT psychoterapii vs różne warunki kontrolne	55	376	grupowa CBT	TAU	*SMD* = –0,47 (CI95% –0,87, –0,07)	τ^2 = 0,36; χ^2 = 15,97; *p* = 0,59 heterogeniczność oceniona jako umiarkowana
						farmakologiczne placebo	*SMD* = –0,48 (CI95% –0,98, 0,03)	
						lista oczekujących	*SMD* = –1,13 (CI95% –1,42, –0,84)	
						psychological placebo	*SMD* = –0,58 (CI95% –1,27, 0,12)	
				1839	CBT	TAU	*SMD* = –0,43 (CI95% –0,70, –0,15)	
						farmakologiczne placebo	*SMD* = –0,43 (CI95% –0,83, –0,03)	
						lista oczekujących	*SMD* = –1,08 (CI95% –1,30, –0,87)	
						psychological placebo	*SMD* = –0,53 (CI95% –1,24, 0,18)	
				509	*guided self-help*	TAU	*SMD* = –0,42 (CI95% –0,77, –0,07)	
						farmakologiczne placebo	*SMD* = –0,43 (CI95% (–0,91, 0,05)	
						lista oczekujących	*SMD* = –1,08 (CI95% –1,33, –0,83)	
						psychological placebo	*SMD* = –0,53 (CI95% –1,27, 0,21)	
				365	*unguided self-help*	TAU	*SMD* = –0,21 (CI95% –0,58, 0,16)	
						farmakologiczne placebo	*SMD* = –0,22 (CI95% –0,71, 0,28)	
						lista oczekujących	*SMD* = –0,87 (CI95% –1,14, –0,60)	
						psychological placebo	*SMD* = –0,32 (CI95% –1,06, 0,43)	

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)
2.	Schröder i in., 2023 https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2023.101893	metaanaliza RCT psychoterapii VR vs TAU	2	111	VR CBT	CBT	*g* = 0,47 (CI95% 0,10, 0,85)	I^2 = 0% Q = 5,64, *p* > 0,05 jakość badań oceniona jako niska
3.	van Dis i in., 2020 https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3986	metaanaliza RCT psychoterapii vs różne warunki kontrolne	13	691	CBT *pre-post*	TAU	*g* = –0,22 (CI95% –0,43, –0,01)	I^2 = 29% jakość badań oceniona jako niska
			6	247	CBT 1–6 mies. *follow-up*	TAU	*g* = –0,27 (CI95% –0,55, 0,01)	I^2 = 8% jakość badań oceniona jako niska
			9	532	CBT 6–12 mies. *follow-up*	TAU	*g* = –0,35 (CI95% –0,59, –0,11)	I^2 = 12% jakość badań oceniona jako niska
			5	298	CBT >12 mies. *follow-up*	TAU	*g* = –0,14 (CI95% –0,67, 0,40)	I^2 = 0% jakość badań oceniona jako niska
			3	240	CBT *pre-post*	farmakologiczne placebo	*g* = –0,42 (CI95% –0,74, –0,11)	Q = 1,52, *p* = ,047 jakość badań oceniona jako umiarkowana
			3	240	CBT 6–12 mies. *follow-up*	farmakologiczne placebo	*g* = –0,73 (CI95% –1,12, –0,34)	Q = 6,47, *p* = ,039 jakość badań oceniona jako umiarkowana
4.	Sakiris i Berle, 2019 https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751	metaanaliza RCT psychoterapii vs lista oczekujących lub placebo lub TAU	8	503	UP *pre-post*	TAU, lista oczekujących, farmakoterapia	*g* = –1,17 (CI95% –1,84, –0,51)	I^2 = 76,02% heterogeniczność badań oceniona jako wysoka
					UP 6 mies. *follow-up*	TAU, lista oczekujących, farmakoterapia	*g* = –1,26 (CI95% –2,06, –0,47)	I^2 = 82,95% heterogeniczność badań oceniona jako wysoka
5.	Papola i in., 2022 https://doi.org/10.1192/bjp.2021.148	sieciowa metaanaliza RCT psychoterapii vs TAU, placebo lub lista oczekujących	22	436	BT	TAU	*SMD* = –0,78 (CI95% –1,14, –0,42)	I^2 < = 81,70% heterogeniczność badań oceniona jako wysoka
						farmakologiczne placebo	*SMD* = –0,79 (CI95% –1,25, –0,33)	
						lista oczekujących	*SMD* = –1,14 (CI95% –1,42, –0,86)	
			71	3139	CBT	TAU	*SMD* = –0,67 (CI95% –0,95, –0,39)	
						farmakologiczne placebo	*SMD* = –0,68 (CI95% –1,07, –0,28)	
						lista oczekujących	*SMD* = –1,03 (CI95% –1,21, –0,85)	

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)
			15	293	CT	TAU	*SMD* = –0,47 (CI95% –0,86, –0,09)	
						farmakologiczne placebo	*SMD* = –0,48 (CI95% –0,91, –0,05)	
						lista oczekujących	*SMD* = –0,83 (CI95% –1,15, –0,51)	
			4	96	3W	TAU	*SMD* = –0,09 (CI95% –0,71, 0,53)	
						farmakologiczne placebo	*SMD* = –0,10 (CI95% –0,74, 0,54)	
						lista oczekujących	*SMD* = –0,45 (CI95% –1,02, 0,11)	

Załącznik 1.6. Fobie specyficzne

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)
Terapia dorosłych								
1.	Odgers i in., 2022 https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104203	metaanaliza RCT psychoterapii vs lista oczekujących	52	1112	protokół jednej sesji Österta	lista oczekujących	*g* = –1,78 (CI95% –1,94, –1,61)	Q = 145,88, *p* < 0,001 I^2 = 65,04% jakość badań oceniona jako wysoka
			27	517	ekspozycje kilkusesyjne	lista oczekujących	*g* = –1,77 (CI95% –2,09, –1,46)	Q = 132,23, *p* < 0,001 I^2 = 80,34% jakość badań oceniona jako wysoka
2.	Chou i in., 2021 https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.172	sieciowa metaanaliza RCT psychoterapii vs TAU	15	946	ekspozycje *in vivo*	TAU	*SMD* = –1,66 (CI95% –2,81, –0,51)	jakość badań określona jako umiarkowana
					ekspozycje *in vivo*	relaksacja	*SMD* = –1,41 (CI95% –3,06, –0,24)	
					ekspozycje *in vivo* wspomagane VR	TAU	*SMD* = –2,08 (CI95% –3,22, –0,93)	
					terapia CBT wspomagana VR	TAU	*SMD* = –1,14 (CI95% –2,22, –0,05)	
3.	van Dis i in., 2020 https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3986	metaanaliza RCT długoterminowych efektów psychoterapii	3	172	CBT *pre-post*	TAU lub lista oczekujących	*g* = –0,49 (CI95% –0,84, –0,13)	I^2 = 0% jakość badań oceniona jako niska
			2	142	CBT 1–6 miesięcy *follow-up*	TAU lub lista oczekujących	*g* = –0,72 (CI95% –1,44, –0,01)	I^2 = 39% jakość badań oceniona jako niska
4.	Schröder i in., 2023 https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2023.101893	metaanaliza badań nad skutecznością psychoterapii w warunkach wirtualnej rzeczywistości vs warunek bez wirtualnej rzeczywistości vs lista oczekujących	8	416	CBT – VR	lista oczekujących lub psychoedukacja lub terapia ekspozycyjna (*non*VR)	*g* = –0,80 (CI85% –1,62, 0,02)	I^2 = 94% (*p* < 0,01) jakość badań oceniona jako wysoka
5.	Arroll i in., 2017 https://doi.org/10.5694/mja16.00540	metaanaliza RCT różnych form ekspozycji	2	92	desensytyzacja prowadzona przez terapeutę lub samodzielnie	lista oczekujących	*SMD* = –1,59 (CI95% –2,26; –0,91)	I^2 = 0% jakość badań oceniona jako niska
			7	390	ekspozycja *in vivo*	lista oczekujących	*SMD* = –0,65 (CI95% –1,12; –0,18)	I^2 = 33% jakość badań oceniona jako niska
			7	390	ekspozycja *in vivo* *follow-up*	lista oczekujących	*SMD* = –0,58 (CI95% –1,31; 0,16)	I^2 = 75% jakość badań oceniona jako niska
			4	113	ekspozycja – VR	lista oczekujących	*SMD* = –1,5 (CI95% –3,11; –0,11)	I^2 = 77% jakość badań oceniona jako niska

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)
Terapia dzieci i młodzieży								
1.	Stoll i in., 2020 https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1738237	metaanaliza RCT psychoterapii vs *waitlist*	25	1300	CBT	lista oczekujących	$g = -0{,}35$ (CI95% –0,50, –0,20)	Q = 24,65, $p > 0{,}05$ I^2 = 46,80%–70,30% jakość badań oceniona jako wysoka
			5	375	ekspozycje *in vivo*	lista oczekujących	$g = -0{,}36$ (CI95% –0,80, –0,08)	jakość oceniona jako wysoce udokumentowana
2.	Davis i in., 2019 https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095608	*systematic*, *narrative review* RCT psychoterapii vs placebo lub *waitlist*	16	653	protokół jednej sesji Österta	placebo lub TAU	ekspozycja > TAU lub placebo	jakość oceniona oceniona jako wysoka
3.	Oldham-Cooper i Loades, 2017 https://doi.org/10.1111/jcap.12165	*systematic*, *narrative reveiw* RCT psychoterapii vs „Zaradny kot”	2	156	protokół jednej sesji Österta	program „Zaradny kot”	ekspozycja > CC	jakość badań określona jako dobra

Załącznik 1.7. Zaburzenie hipochondryczne

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)	
Terapia dorosłych									
1.	Maass i in., 2020 https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000400	metaanaliza RCT vs warunki kontrolne	18	2050	CBT	niespecyficzna grupa kontrolna (lista oczekujących, TAU, placebo, brak leczenia)	*g* = –1,27, (95%CI, –1,63, –0,90)	I^2 = 0,0–53,3% 6 badań (33%) charakteryzowało się niskim ryzykiem, 10 (56%) miało pewne zastrzeżenia, a w przypadku 2 (11%) ryzyko stronniczości było wysokie	
							follow-up g = –0,62 (95%CI, –0,91, –0,33)		
						specyficzna grupa kontrolna (farmakoterapia, inne psychoterapie)	*g* = 0,81(95%CI, –1,26, –0,36)		
							follow-up g = –0,37 (95%CI, –0,96, 0,22)		
2.	Fineberg i in., 2022 https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2022.152334	metaanaliza RCT vs warunki kontrolne	12	1450	CBT	wszystkie warunki kontrolne	*g* = –0,60 (95%CI, –0,88, 0,32)	I^2 = 81,1%; znaczna niejednorodność badań	
						lista oczekujących	*g* = –1,32 (95%CI, –1,75, –0,9)	analiza podgrup I^2 = 0,0 –82%	
						placebo	*g* = –0,58 (95%CI, –0,95, –0,22)		
						terapia zwyczajowa	*g* = –0,29 (95%CI, –0,89, 0,31)		
						farmakoterapia (SSRI)	*g* = 0,21 (95%CI, –0,46, 0,87)		
3.	Olatunji i in., 2014 https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.002	metaanaliza RCT vs warunki kontrolne	13	1081	CBT	TAU vs placebo vs lista oczekujących	bezpośrednio po terapii *g* = –0,95 (CI95% –0,66, –1,22)	Q(14) = 58,03, *p* < 0,001	jakość badań oceniona jako niska
							follow-up g = –0,35 (CI95% –0,06, –0,62)		
4.	Cooper i in., 2017 https://doi.org/10.1007/s40744-022-00487-0	metaanaliza RCT psychoterapii vs warunki kontrolne	14	1544	CBT	aktywne leczenie, TAU, placebo, lista oczekujących	po zakończeniu terapii: *d* = –1,01 (CI95% –0,77, –1,25)	po zakończeniu: Q = 89,45, *p* < 0,0001, I^2 = 75,15	znaczna hetegeroniczność pomiędzy badaniami
							po 6 miesiącach *d* = 0,91 (CI95% 0,39,1,44),	po 6 miesiącach: Q = 35,34, *p* < 0,0001, I^2 = 77,16%	znaczna hetegeroniczność pomiędzy badaniami
							po 12 miesiącach: *d* = –1,06, (CI95% –0,48, –1,63)	po 12 miesiącach: Q = 31,1, *p* < 0,0001, I^2 = 76,27%	znaczna hetegeroniczność

Załącznik 1.8. Zaburzenia po stresie traumatycznym

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)
Terapia dorosłych								
1.	Hoppen i in., 2023 https://doi.org/10.1037/ccp0000809	metaanaliza RCT psychoterapii vs *active control* lub *waitlist*	53	2844	TF-CBT	*waitlist*	*SMD* = –1,14 (CI95% –1,26, –1,01)	I^2 = 69,10% jakość badań oceniona jako dobra
			7	396	EMDR		*SMD* = –1,06 (CI95% –1,28, –0,84)	
			18	911	inne terapie nieTF		*SMD* = –0,96 (CI95% –1,12, –0,81)	
			31	1736	TF-CBT	TAU	*SMD* = –0,60 (CI95% –0,75, –0,46)	
			11	449	EMDR		*SMD* = –0,53 (CI95% –0,75, –0,31)	
			16	1026	inne terapie nieTF		*SMD* = –0,43 (CI95% –0,60, –0,27)	
			10	359	TF-CBT	EMDR	*SMD* = –0,07 (CI95% –0,14, 0,28)	
			1	46	inne terapie nieTF		*SMD* = 0,10 (CI95% 0,33, –0,14)	
			25	2587	TF-CBT	inne terapie nieTF	*SMD* = –0,17 (CI95% –0,31, –0,03)	
2.	Öst i in., 2023 https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104323	metaanaliza RCT psychoterapii vs *waitlist* lub TAU	33	6482	TF-CBT	lista oczekujących lub placebo	na zakończenie terapii: *g* = –1,75 (CI95% –1,91, –1,59)	Q = 516,9*** I^2 = 92,4% jakość badań oceniana jako dobra
			18	1552			*follow-up*: *g* = –1,70 (CI95% –1,95, –1,44)	Q = 123,5*** I^2 = 86,2% jakość badań oceniana jako dobra
3.	Coventry i in., 2020 https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1003262	sieciowa metaanaliza RCT psychoterapii vs TAU lub *waitlist* dla CPTSD	9	306	EMDR	TAU lub lista oczekujących	*SMD* = –0,99 (CI95% –1,44, –0,54)	I^2 = 70,4% jakość badań określona jako umiarkowana
			22	1542	TF-CBT		*SMD* = –1,08 (CI95% –1,40, –0,78)	I^2 = 85,3% jakość badań określona jako dobra
			3	447	TF-CBT	TAU	*SMD* = –0,30 (CI95% –0,50, –0,10)	I^2 = 13,2% $p > 0,05$ jakość badań określona jako słaba
			4	206	TF-CBT	TAU lub lista oczekujących	*follow-up* po 6 mies.: *SMD* = –0,64 (CI95% –1,10, –0,18)	I^2 = 44,9% $p > 0,05$ jakość badań określona jako słaba
			4	606	CBT		*SMD* = –0,03 (CI95% –0,20, 0,14)	I^2 = 0%; $p > 0,05$ jakość badań określona jako słaba
			3	186	*mindfulness*		*SMD* = –0,26 (CI95% –0,55, 0,04)	I^2 = 0%; $p > 0,05$ jakość badań określona jako słaba
			2	66	IPT		*SMD* = –1,41 (CI95% –1,97, –0,85)	I^2 = 0%; $p > 0,05$ jakość badań określona jako słaba

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)
4.	Brown i in., 2022 https://doi.org/10.1017/S0033291717000496	*systematic review* efektywności psychoterapii RCT, CT i UC	5	90	MCT	lista oczekujących	efekty w zakresie $d = -1{,}92$ do $d = -5{,}0$	jakość badań bardzo słaba
5.	Peeters i in., 2022 https://doi.org/10.1111/eip.13265	*systematic review* efektywności psychoterapii RCT, CT i UC	2	142	ST	lista oczekujących lub TF-CBT	efekty $d = -0{,}67$ i $d = -3{,}02$ ST > TF-CBT	jakość badań bardzo słaba
Terapia dzieci i młodzieży								
6.	de Haan i in., 2023 https://doi.org/10.1016/S2352-4642(23)00253-5	metaanaliza RCT (*individual participant data*)	38	1686	CBT-TF	TAU	b = –16,30 (–23,18, –9,43), $p < 0{,}0001$	$\tau^2 = 103{,}72$ (wysoka heterogeniczność); brak oceny jakości
						interwencje psychospołeczne nie-TF	b = –7,81 (–14·95, –0·67), $p = 0{,}032$	
						inne interwencje nie-TF	b = 2,30 (–6,37, 10,97), $p = 0{,}60$	
						brak interwencji	b = –19,06 (–25,53, –12,59), $p < 0{,}001$	
						wszystkie warunki	b = –13,17 (95%CI: –17,84, –8,50), SE = 2,38, t[1547,71] = –5,53, $p > 0{,}001$	
7.	Thielemann i in., 2022 https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105899	przegląd systematyczny i metaanaliza RCT i UC	61: 28 RCT, 33 UC	4523 (TF-CBT n = 3490, *control groups* n = 1033)	TF-CBT indywidualna i grupowa łącznie	wszystkie warunki	$g = -0{,}52$, (CI95% –0,73, –0,31)	Q = 336,13, $p < 0{,}001$, $I^2 = 87{,}80$; *high risk-bias studies* – wykluczone
						TAU/AT	$g = -1{,}18$, (CI95% –1,82, –0,55)	
						lista oczekujących	$g = -0{,}32$ (CI95% –0,50, –0,15)	
					TF-CBT łącznie – *efficacy trials*	wszystkie warunki	$g = -0{,}33$ (CI95% –0,50, –0,17)	
					TF-CBT łącznie – *effectivenes trials*	wszystkie warunki	$g = -0{,}70$ (CI95% –1,01, –0,38)	
					TF-CBT indywidualna	wszystkie warunki	$g = -0{,}37$ (CI95% –0,50, –0,23)	
					TF-CBT grupowa	wszystkie warunki	$g = -0{,}79$ (CI95% –1,20, –0,38)	
8.	Davis i in., 2023 https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.02.013	przegląd systematyczny i metaanaliza, terapia grupowa	42: 37 CBT-*based interventions*	5998	CBT-*based*	wszystkie warunki	$g = -0{,}55$ (CI95% –0,76, –0,35)	ogółem: Q1 = 0,30, $p = 0{,}86$; $I^2 = 92\%$; dla warunków: Q1 = 4,55, $p = 0{,}03$
						nieaktywne warunki kontrolne	$g = -0{,}71$ (CI95% –0,97, –0,45)	
						aktywne warunki kontrolne	$g = -0{,}25$ (CI95% –0,47, –0,03)	

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)
9.	Hoppen i in., 2023 https://doi.org/10.1037/ccp0000809	metaanaliza RCT	51 (traumy wielokrotne: 34)	4295	TF-CBT	nieaktywne warunki kontrolne	traumy wielokrotne: *g* = –1,33 (CI95% –1,86, –0,80)	I^2 = 84,66%; I^2 = 65,99%; I^2 = 78,93; większość RCT oceniona jako *moderate quality* (5,37/8)
							traumy incydentalne: *g* = –1,10 (CI95% –1,66, –0,54)	
						aktywne warunki kontrolne	traumy wielokrotne: *g* = –0,73 (CI95% –1,06, –0,40)	
						inne interwencje (EMDR, terapie multidyscyplinarne)	traumy wielokrotne: *g* = –0,15 (CI95% –0,58, 0,28)	
							traumy incydentalne: *g* = –0,03 (CI95% –0,33, 0,28)	
10.	Huang i in., 2023 https://doi.org/10.1186/s12888-022-03867-6	przegląd systematyczny i metaanaliza	6	278	terapia ekspozycyjna	wszystkie warunki (lista oczekujących, TAU, aktywne)	*SMD* = –0,47 (CI95% –0,91, –0,03)	I^2 = 66%, *p* = 0,01; *risk of bias*: 2 RCT – *low risk*, 4 RCTs – *some concerns*

Załącznik 1.9. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)
Terapia dorosłych								
1.	Song i in., 2022	metaanaliza RCT psychoterapii vs grupy kontrolne	39	*N* = 1793	ERP	wszystkie warunki kontrolne	*g* = –0,37 (95%CI, –0,54, –0,15)	1. I^2 = 77% jakość badań oceniona jako średnia
				n = 832		inna terapia	*g* = 0,07 (95%CI, –0,13, 0,26)	I^2 = 45%
				n = 508		placebo	*g* = –0,97 (95%CI, –1,37, –0,58)	I^2 = 77%
				n = 453		farmakoterapia	*g* = 0,59 (95%CI, –1,04, –0,14)	I^2 = 73%
2.	Schwartze i in., 2016 https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.05.001	systematyczny przegląd i metaanaliza RCT psychoterapii vs grupy kontrolne	12	*N* = 832 grupa interwencyjna *n* = 377, grupa kontrolna *n* = 455	CBT	*waitlist*	*g* = –0,97 (95%CI, –1,37, –0,58)	I^2 = 0–57% jakość badań oceniona jako niska
						aktywne grupy kontrolne	*g* = –0,02 (95%CI, –0,27, 0,23)	
						psychoterapia indywidualna	*g* = –0,23 (95%CI, –0,62, 0,15)	heterogniczność określona jako od umiarkowanej do wysokiej
						farmakoterapia	*g* = 0,18 (95%CI, –0,07, 0,44)	
						oddziaływania kontrolujące niespecyficzne czynniki leczące w psychoterapii	*g* = 0,05 (95%CI, –0,36, 0,45)	
3.	Hoppen i in., 2021 https://doi.org/10.1186/s12888-021-03272-5	metaanaliza psychoterapii vs grupy kontrolne	16	1546	CBT	pasywne grupy kontrolne Y-BOCS	*g* = –0,66 (95%CI, –1,08, –0,25)	I^2 = 68,62% jakość badań oceniona jako niska
						pasywne grupy kontrolne Y-BOCS + DOCS	*g* = –0,57 (95%CI, –0,85, –0,30)	I^2 = 30,74%
						grupa kontrolna z innym sposobem leczenia Y-BOCS	*g* = –0,13 (95%CI, –1,12, 0,87)	I^2 = 96,23
						grupa kontrolna z innym sposobem leczenia Y-BOCS +DOCS	*g* = –0,23 (95%CI, –1,09, 0,63)	I^2 = 95,63%

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)
4.	Skapinakis i in., 2016	przegląd systematyczny i metaanaliza sieciowa RCT psychoterapii i farmakoterapii vs grupy kontrolne	54	6652	CBT	pigułka placebo	*MD* = –13,36 (95%CI, –18,40, –8·21)	
						pigułka placebo (po usunięciu badań z listą oczekujących)	*MD* = –7,98 (95%CI, –11,02, –4,93)	
					CT	pigułka placebo	*MD* = –13,36 (95%CI, –18,40, –8,20)	
						pigułka placebo (po usunięciu badań z listą oczekujących)	*MD* = –9,45 (95%CI, –13,76, –5,19)	
					BT	pigułka placebo	*MD* = –14,48 (95%CI, –18,61, –10,23)	
						pigułka placebo (po usunięciu badań z listą oczekujących)	*MD* = –10,41 (95%CI, –14,04, –6,77)	
					CBT + fluoksetyna	pigułka placebo	*MD* = –7,50 (95%CI, –13,89, –1,17)	
						pigułka placebo (po usunięciu badań z listą oczekujących)	*MD* = –8,81 (95%CI, –13,75, –3,88)	
					BT+ klomipramina	pigułka placebo	*MD* = –12,98 (95%CI, –19,18, –6,94)	
						pigułka placebo (po usunięciu badań z listą oczekujących)	*MD* = –11,68 (95%CI, –16,73, –6,65)	
					CBT	SSRI	*MD* = –1,88 (95%CI, –5,52, –1,76)	
						SSRI (po usunięciu badań z listą oczekujących)	*MD* = –4,36 (95%CI, –7,34, –1,40)	
					CT	SSRI	*MD* = –9,87 (95%CI, –14,19, –4,74)	
						SSRI (po usunięciu badań z listą oczekujących)	*MD* = –5,83 (95%CI, –10,17, –1,51)	
					BT	SSRI	*MD* = –10,99 (95%CI, –15,14, –6,75)	
						SSRI (po usunięciu badań z listą oczekujących)	*MD* = –6,79 (95%CI, –10,44, –3,11)	

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)
					CBT + fluoksetyna	SSRI	*MD* = –4,03 (95%CI, –10,36, 2,21)	
						SSRI (po usunięciu badań z listą oczekujących)	*MD* = –5,19 (95%CI, –13,18, –0,33)	
					BT+ klomipramina	SSRI	*MD* = –9,48 (95%CI, –15,78, –3,14)	
						SSRI (po usunięciu badań z listą oczekujących)	*MD* = –8,01 (95%CI, –13,18, –2,95)	
5.	Soondrum i in., 2022 https://doi.org/10.3390/brainsci12050656	systematyczny przegląd i metaanaliza psychoterapii vs lista kontrolna	8	366	ACT	grupy kontrolne (lista oczekujących, farmakoterapia, inna terapia psychologiczna)	*SMD* = –1,19 (95%CI, –1,87, –0,51)	I^2 = 87% heterogeniczność oceniona jako znaczna
						grupa aktywna (farmakoterapia, inna terapia psychologiczna)	*SMD* = –1,38 (95%CI, –2,25, –0,51)	I^2 = 90%
						grupa nieaktywna (lista oczekujących)	*SMD* = –0,71 (95%CI, –1,74, –0,33)	I^2 = 72,1%
Terapia dzieci i młodzieży								
6.	Tao i in., 2022 https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.01.057	metaanaliza sieciowa RCT psychoterapii i farmakoterapii vs grupy kontrolne	18	1353	CBT	klomipramina	*MD* = –4,63 (CI95% –8,36, –0,95)	po wyłączeniu badania z wysoką heterogenicznością przeprowadzono globalne i lokalne testy niespójności i stwierdzono, że niezgodności nie były znaczące
						escitalopram	*MD* = –1,17 (CI95% –5,13, 2,67)	
						fluoksetyna	*MD* = –4,13 (CI95% –8,58, 0,36)	
						fluwoksamina	*MD* = –4,92 (CI95% –8,87, –0,93)	
						fluwoksamina + CBT	*MD* = –0,39 (CI95% –5,10, 4,42)	
						sertralina + CBT	*MD* = –1,11 (CI95% –4,74, 2,58)	
						PB + CBT	*MD* = 0,52 (CI95% –5,54, 6,71)	
						paroksetyna	*MD* = –4,01 (CI95% –8,32, –0,18)	
						PB	*MD* = –7,85 (CI95% –11,45, –4,38)	
						sertralina	*MD* = –4,75 (CI95% –8,48, –1,27)	
						fluwoksamina + rysperydon	*MD* = –2,01 (CI95% –6,85, 2,34)	

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)
7.	Uhre i in., 2020 https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.08.480	systematyczny przegląd i metaanaliza RCT psychoterapii vs brak leczenia lub farmakoterapia	12	819	CBT	brak leczenia (WL, PB, brak leczenia)	*MD* = –8,51 (CI95% –10,84, –6,18)	I^2 = 79% heterogeniczność określona jako znaczna
					CBT	SSRIs	*MD* = –0,75 (CI95% –3,79, 2,29)	I^2 = 17% heterogeniczność określona jako znikoma
8.	Öst i in., 2016 https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.08.003	systematyczny przegląd i metaanaliza RCT psychoterapii oraz farmakoterapii vs grupy kontrolne	34	1990	CBT	WL	*g* = –1,53 (CI95% –2,10, –0,95)	I^2 = 83% heterogeniczność określona jako znaczna
						SRI	*g* = 0,22 (CI95% 0,52, 0,08)	
						PB	*g* = –0,93 (CI95% –1,38, –0,47)	
						CBT + SRI	*g* = 0,14 (CI95% 0,14, 0,41)	
9.	Skapinakis i in., 2016 https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30069-4	przegląd systematyczny i metaanaliza sieciowa RCT psychoterapii i farmakoterapii vs grupy kontrolne	17	919	CBT	DPB	*MD* = –8,66 (CI95% –14,38, –3,14)	heterogeniczność określona jako niska do umiarkowanej
						SRI	*MD* = –5,09 (CI95% –12,33, 1,86)	
					BT	DPB	*MD* = –8,47 (CI95% –16,98, –0,39)	
						SRI	*MD* = –4,89 (CI95% –14,6, 4,28)	
10.	McGuire i in., 2015 https://doi.org/10.1002/da.22389	metaanaliza RCT psychoterapii oraz farmakoterapii vs grupy kontrolne	20 (wszystkie badania)	507 (n dla CBT)	CBT	nieaktywne warunki kontrolne	*g* = –1,48 (CI95% –1,04, –1,92)	Q(6) = 15,19, *p* = 0,02, I^2 = 60,50% heterogenicznosć określona jako minimalna
						aktywne warunki kontrolne	*g* = –0,71 (CI95% –0,16, –1,26)	Q(2) = 7,60 *p* = 0,02, I^2 = 73,69% heterogeniczność określona jako istotna

RCT – *randomized control studies*; NRS – *non-randomized studies*; SRI – *serotonin reuptake inhibitors* (inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny); WL – *wait list* (lista oczekujących); PB – placebo; DPB – *drug placebo* (placebo farmakologiczne)

Załącznik 1.10. Schizofrenia i ryzyko psychoz

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)	
Terapia dorosłych									
1.	Morales-Pillado i in., 2023 https://doi.org/10.1017/S0033291722003610	sieciowa metaanaliza RCT zdalnych psychoterapii	20 (wszystkie badania)	brak danych	trening funkcji poznawczych + CBT	TAU, interwencje zdalne i interwencje stacjonarne	SMC = –0,15 (CI95% –0,898, 0,601	brak danych	
					CBT		SMC = –0,16 (CI95% –0,828, 0,513)		
					CBT + rehabilitacja zawodowa		SMC = –0,32 (CI95% –1,074, 0,429)		
					trening funkcji poznawczych + CBT + rehabilitacja zawodowa		SMC = 0,03 (CI95% –0,685, 0,748)		
2.	Yip i in., 2022 https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2108551	metaanaliza RCT interwencji opartych na uważności	5	237	oparte na *mindfulness*, również z elementami CBT	*waitist* lub TAU lub aktywny warunek kontrolny	ogólne nasilenie objawów: *g* = 0,27 (CI95% –0,88, 1,42)	Q = 61,84, *p* < 0,001 I^2 = 94%.	ogólna ocena wyników GRADEpro wykazała, że jakość danych wahała się od „umiarkowanej” do „bardzo niskiej”; w przypadku ryzyka stronniczości badania zostały ocenione od „pewnych obaw” do dużego ryzyka”
			4	216	ACT		ogólne nasilenie objawów: *g* = –0,27 (CI95% –0,82, 0,29)	Q = 9,86, *p* < 0,05 I^2 = 70%	
			2	226	psychoedukacja oparta na *mindfulness*	TAU lub aktywny warunek kontrolny	ogólne nasilenie objawów: *g* = –2,78 (CI95% –3,92, –1,64)	Q = 11,45, *p* < 0,001 I^2 = 94%	
3.	Penney i in., 2022 https://doi:10.1001/jamapsychiatry.2022.0277	metaanaliza RCT treningu metapoznawczego w redukcji objawów psychotycznych	24	1331	MCT	TAU lub aktywny warunek kontrolny	objawy psychotyczne: *g* = –0,47 (CI95% –0,70, –0,25)	ryzyko tendencyjności wszystkich badań (nie tylko RCT) w metaanalizie zostało ocenione jako zróżnicowane; jako potencjalnie istotne źródła tendencyjności dla badań terapii wskazano nieadekwatną procedurę randomizacji, nierówność grup w pomiarze przed interwencją oraz niekompletne wyniki	
			15	908			urojenia: *g* = –0,64 (CI95% –0,97, –0,31)		
			6	464			halucynacje: *g* = –0,27 (CI95% –0,50, –0,03)		
			13	686			objawy negatywne: *g* = –0,25 (CI95% –0,40, –0,10)		
4.	Chai i in., 2022 https://doi.org/10.1007/s12671-022-01942-3	metaanaliza RCT terapii z elementami *mindfulness* w redukcji objawów psychotycznych	8	681	terapie oparte na *mindfulness*	*waitling list*, TAU lub terapia poznawczo-behawioralna	*SMD* = –0,96 (CI95% –1,50, –0,43)	I^2 = 89%	ryzyko tendencyjności w przedstawianych badaniach zostało ocenione jako niskie
			4	218	ACT	*waitling list* lub TAU	*SMD* = –0,22 (CI95% –0,64, 0,21)	I^2 = 53%	

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)	
5.	Liu i in., 2020 https://doi.org/10.1111/jan.14750	metaanaliza RCT terapii opartych na *mindfulness* w redukcji objawów psychotycznych	5	449	terapie oparte na *mindfulness*	TAU i w jednym przypadku *waiting list*	objawy psychotyczne: *g* = –0,79 (CI95% –0,98, –0,59)	Q = 1,88 I^2 = 0%	4 z 9 (44%) badań zostało ocenione jako posiadające wysokie ryzyko tendencyjności, trzy (33%) jako posiadające średnie ryzyko i dwa (22%) jako posiadające niskie ryzyko; jako potencjalnie istotne źródła tendencyjności wskazano m.in. niekompletne wyniki czy sposób wyboru opisywanych wyników
			6	537			objawy psychotyczne 3–6 miesięcy *follow-up*: *g* = –0,49 (CI95% –2,88, 1,91)	Q = 121, *p* < 0,001 I^2 = 98%	
			5	460			objawy wytwórcze: *g* = –0,31 (CI95% –0,54, –0,07)	Q = 7,75 I^2 = 36%	
			3	360			objawy wytwórcze 3–6 miesięcy *follow-up*: *g* = –0,33 (CI95% –0,99, 0,33)	Q = 48,52, *p* < 0,001 I^2 = 92%	
			5	519			objawy negatywne: *g* = –0,53 (CI95% –0,72, –0,35)	Q = 2,40 I^2 = 0%	
			5	460			objawy negatywne 3–6 miesięcy *follow-up*: *g* = –0,59 (CI 95% –0,78, –0,41)	Q = 2,06 I^2 = 0%	
Terapia osób w ryzyku klinicznym psychozy									
6.	Zheng i in., 2022 https://doi.org/10.1093/schbul/sbab044	metaanaliza RCT psychoterapii w zapobieganiu rozwinięcia pełnoobjawowej psychozy	7	839	CBT	TAU i niespecyficzne interwencje (np. terapia wspierająca czy monitorowanie stanu psychicznego)	do 6 miesięcy: RR = 0,52 (CI95% 0,26, 1,01)	Q = 8,70, *p* = 0,19 I^2 = 31%	większość badań miała wysokie ryzyko tendencyjności
			9	1025			6–12 miesięcy RR = 0,44 (CI95% 0,30, 0,64) NNT = 12.	Q = 7,25, *p* = 0,51 I^2 = 0%	
			5	778			12–24 miesięcy: RR = 0,46 (CI95% 0,30, 0,69) NNT = 11	Q = 3,12, *p* = 0,54 I^2 = 0%	
			3	319			powyżej 24 miesięcy: RR = 0,58 (CI95% 0,35, 0,95) NNT = 11	Q = 1,09, *p* = 0,58 I^2 = 0%	
7.	Mei i in., 2021 https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102005	metanaliza RCT oddziaływań mających na celu zapobieganie rozwinięciu pełnoobjawowej psychozy	7	790	CBT	terapia wspierająca, monitorowanie, placebo, TAU	zakończenie leczenia: RR = 0,55 (CI95% 0,31, 0,99)	Q = 7,09, *p* > 0,05 I^2 = 15%	46% wszystkich badań (nie tylko CBT) było obarczone znaczącym ryzykiem tendencyjności
							6 miesięcy: RR = 0,57 (CI95% 0,29,1,13)	Q = 7,75, *p* > 0,05 I^2 = 23%	
							12 miesięcy: RR = 0,52 (CI95% 0,33, 0,82) NNT = 16	Q = 6,36, *p* > 0,05 I^2 = 6%	
			6	733			18–48 miesięcy: RR = 0,60 (CI95% 0,42, 0,84)	Q = 2,09, *p* > 0,05 I^2 = 0%	

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)	
8.	Devoe i in., 2020 https://doi.org/10.4088/JCP.17r12053	metaanaliza RCT psychoterapii i farmakoterapii w zapobieganiu rozwinięcia pełnoobjawowej psychozy	6	729	CBT	terapia wspierająca, TAU lub monitorowanie stanu pacjenta	efekt dla 6 miesięcy od zakończenia terapii: RR = 0,66 (CI95% 0,33, 1,34)	I^2 = 0–19%, bez przedziałów ufności ryzyko tendencyjności wszystkich badań (nie tylko CBT) w metaanalizie zostało ocenione jako niskie; jako potencjalnie istotne źródła tendencyjności dla badań terapii wskazano brak zaślepienia oraz niekompletne wyniki	
			6	729			efekt dla 12 miesięcy od zakończenia terapii: RR = 0,57 (CI95% 0,35, 0,93)		
			3	540			efekt dla 18 miesięcy od zakończenia terapii: RR = 0,54 (CI95% 0,32, 0,92)		
			3	549			efekt dla 24 do 48 miesięcy od zakończenia terapii: RR = 0,69 (CI95% 0,44, 1,08)		
9.	Devoe i in., 2018 https://doi.org/10.1111/eip.12677	metaanaliza RCT psychoterapii i farmakoterapii w redukcji subklinicznych (oryg. *attenuated*) objawów psychotycznych	5	507	CBT	terapia wspierająca, TAU lub monitorowanie stanu pacjenta	efekt dla 6 miesięcy od zakończenia terapii: *SMD* = –0,08 (CI95% –0,26, 0,10)	I^2 = 0%, bez przedziałów ufności ryzyko tendencyjności wszystkich badań (nie tylko CBT) w metaanalizie zostało ocenione jako zróżnicowane, większość badań cechowała się przynajmniej dwoma źródłami tendencyjności; jako potencjalnie istotne źródła tendencyjności w badaniach psychoterapii wskazano brak zaślepienia oraz niekompletne wyniki	
			6	500			efekt dla 12 miesięcy od zakończenia terapii: *SMD* = –0,15 (CI95% –0,33, 0,02)		
			3	233			efekt dla 18 do 24 miesięcy od zakończenia terapii: *SMD*, –0,19; (CI95% –0,45, 0,06)		
10.	Davies i in., 2018 https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00187	sieciowa oraz ilościowa metaanaliza RCT psychoterapii i farmakoterapii w redukcji subklinicznych (oryg. *attenuated*) objawów psychotycznych; dla klarowności przedstawiono tylko wyniki porównania parami w ilościowej metaanalizie	5	652	CBT	farmakoterapia, terapia wspierająca	efekt dla 6 miesięcy od zakończenia terapii: *SMD* = –0,06 (CI95% –0,26, 0,13).	Q = 5,27, $p > 0,05$ I^2 = 24%	ryzyko stronniczości w przypadku większości badań zostało ocenione jako „wysokie" lub „pewne wątpliwości"
			6	712			efekt dla 12 miesięcy od zakończenia terapii: *SMD* = –0,22 (CI95% –0,37, –0,07)	Q = 3,27, $p > 0,05$ I^2 = 0% efekt ten był zależny od obecności jednego badania, po usunięciu którego efekt okazał się nieistotny: *SMD* = –0,12 (CI95% –0,32, 0,08)	

Załącznik 1.11. Anoreksja

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)	
1.	Linardon i in., 2017 https://doi.org/10.1037/ccp0000245	metaanaliza RCT psychoterapii anoreksji	5	b.d.	CBT	aktywne grupy kontrolne	objawy zaburzeń odżywiania po mniej niż 12 miesiącach od zakończenia terapii: *g* = –0,20 (CI95% –0,23, 0,18)	ryzyko tendencyjności wszystkich badań (nie tylko z udziałem adolescentów) w metaanalizie zostało ocenione jako zróżnicowane	
			6	b.d.			objawy zaburzeń odżywiania po czasie dłuższym niż 12 miesięcy od zakończenia terapii: *g* = 0,30 (CI95% –0,20, 0,26)		
2.	Berg i in,., 2019 https://doi.org/10.1002/erv.2683	metaanaliza RCT psychoterapii anoreksji	17 (wszystkie badania, w tym 5 CBT)	761 (we wszystkich badaniach)	CBT oraz inne rodzaje terapii	nieaktywne i aktywne grupy kontrolne	przyrost wagi (dla CBT-E): *g* = 0,07 (CI95% –0,29, 0,44) objawy zaburzeń odżywiania (dla CBT-E): *g* = –0,01 (CI95% –0,41, 0,39)	I^2 = 34% (CI95% 0, 78)	ryzyko tendencyjności wszystkich badań (nie tylko CBT) w metaanalizie zostało ocenione jako zróżnicowane.
							przyrost wagi (dla wszystkich terapii): *g* = 0,07 (95% CI –0,09, 0,23) objawy zaburzeń odżywiania (dla wszystkich terapii): *g* = 0,06, (95% CI –0,10, 0,21)	I^2 = 44% (CI95% 0, 83)	
3.	Zeeck i in., 2018 https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00158	sieciowa metaanaliza RCT psychoterapii anoreksji	11	720 (wszystkie badania)	CBT	tylko aktywne grupy kontrolne oraz inne rodzaje terapii	porównanie ze specjalistycznym wspierającym postępowaniem klinicznym *SMD* = –0,20 (CI95% –0,99, 0,60)	ryzyko tendencyjności wszystkich badań (nie tylko CBT) w metaanalizie zostało ocenione jako zróżnicowane; jako najistotniejsze źródło tendencyjności wskazano: ryzyka wynikające z brakujących obserwacji (rezygnacje z badania) i brak zaślepienia uczestników badania i badaczy	
					CBT-E		porównanie ze specjalistycznym wspierającym postępowaniem klinicznym: *SMD* = 0,31 (CI95% –1,64, 2,27)		
4.	Norris i in., 2019 https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1560240	metaanaliza badań różnego typu: 6 badań *pre-post*, 2 badania RCT	8	b.d.	CBT-E	brak grup kontrolnych w 6 badaniach, w 2 badaniach aktywne grupy kontrolne	objawy zaburzeń odżywiania (*pre-post*) *g* = –0,92 (CI95% –1,31, –0,51)	I^2 = 89,49%	ryzyko tendencyjności badań w metaanalizie zostało ocenione jako zróżnicowane
5.	Solmi i in., 2021 https://doi.org/10.1016/S2215-03662030566-6	sieciowa metaanaliza RCT psychoterapii anoreksji	13	1047	CBT	aktywne warunki kontrolne i inne terapie (TAU, SSCM, FBT, PSD-0, MANTRA)	w porównaniu z TAU: przyrost wagi: *g* = 0,22 (CI95% –0,25, 0,68) objawy zaburzeń odżywiania: *g* = 0,15 (CI95% –0,11, 0,42)	ryzyko tendencyjności badań w metaanalizie zostało ocenione jako zróżnicowane (niskie dla 6 badań, niejasne dla 4 i wysokie dla 3)	
					LEAP-CBT		w porównaniu z TAU: przyrost wagi: *g* = –0,88 (CI95% –2,49, 0,72) objawy zaburzeń odżywiania *g* = 0,31 (CI95% –0,29, 0,90).		

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)
Terapia dzieci i młodzieży								
6.	Alckmin-Carvalho i in., 2018 https://doi.org/10.1590/0101-60830000000154	systematyczny przegląd badań różnych terapii anoreksji u dzieci i młodzieży; w badaniach CBT: 2 badania RCT, 1 badanie bez grupy kontrolnej porównanie *pre-post*	3	238	CBT	terapia rodzinna (BFT) TAU; brak grupy kontrolnej	w badaniach RCT: CBT = BFT CBT = TAU zmniejszenie nasilenia objawów po terapii w porównaniu z pomiarami przed terapią	jakość badań w przeglądzie była dość zróżnicowana

Załącznik 1.12. Bulimia i napadowe objadanie się

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)	
Terapia dorosłych									
1.	Grohmann i Laws, 2021 https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110592	metaanaliza RCT psychoterapii napadowego objadania się	11	618	oparte na *mindfulness*	lista oczekujących i aktywne warunki kontrolne	nasilenie objadania się po zakończeniu terapii: $g = -0{,}39$ (CI95% –0,68, –0,11)	$I^2 = 58{,}67\%$	ryzyko tendencyjności badań w metaanalizie zostało ocenione jako zróżnicowane; jako potencjalnie istotne źródła tendencyjności wskazano m.in. niekompletne wyniki i brak zaślepienia pomiarów
			5	302			nasilenie objadania się po 3–6 miesiącach od zakończenia terapii: $g = -0{,}06$ (CI95% –0,31, 0,20)	$I^2 = 5{,}95\%$	
2.	Moghimi i in., 2021 https://doi.org/10.2196/17874	metaanaliza RCT internetowych psychoterapii napadowego objadania się	2	213	CBT przez internet lub *self-help*	lista oczekujących	liczba epizodów objadania się: *SMD* = –0,77 (CI95% –1,38, –0,16)	$I^2 = 77\%$	ryzyko tendencyjności zostało ocenione jako niskie
			3	218			objawy zaburzeń odżywiania: *SMD* = –0,71 (CI95% –1,20, –0,22)	$I^2 = 77\%$	
3.	Hilbert i in., 2019 http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000358	metaanaliza RCT psychoterapii napadowego objadania się	11	655	CBT	nieaktywne grupy kontrolne	liczba epizodów objadania się: *SMD* = –0,87 (CI95% –1,33, –0,42)	$Q = 35$, $p < 0{,}001$ $I^2 = 85\%$	jakość dowodów w systemie GRADE we wszystkich badaniach została oceniona jako niska
			11	655			abstynencja: OR = 10,0 (CI95% 5,3, 18,6)	$Q = 14$, $p = 0{,}19$ $I^2 = 36\%$	
			9	593			objawy zaburzeń odżywiania: *SMD* = –0,65 (CI95% –0,93, –0,37)	$Q = 21$, $p = 0{,}0073$ $I^2 = 63\%$	
			19	1159	CBT *self-help*		liczba epizodów objadania się: *SMD* = –0,74 (CI95% –1,08, –0,40)	$Q = 54$, $p < 0{,}001$ $I^2 = 81\%$	
			18	1153			abstynencja: OR = 9,0 (CI95% 5,3, 15,3)	$Q = 39$, $p = 0{,}0019$ $I^2 = 43\%$	
			12	829			objawy zaburzeń odżywiania: *SMD* = –0,54 (CI95% –0,76, –0,32)	$Q = 29$, $p = 0{,}0034$ $I^2 = 58\%$	
			2	257	CBT	inne psychoterapie (IPT, PDT i humanistyczna)	liczba epizodów objadania się: *SMD* = –0,26 (CI95% –0,50, –0,01)	$Q = 1$, $p = 0{,}48$ $I^2 = 0\%$	
			3	333			abstynencja po zakończeniu terapii: OR = 1,9 (CI95% 1,0, 3,6)	$Q = 4$, $p = 0{,}16$ $I^2 = 45\%$	
			3	306			abstynencja 6–12 miesięcy po zakończeniu terapii: OR = 1,2 (CI95% 0,7, 1,9)	$Q = 2$, $p = 0{,}33$ $I^2 = 0\%$	
			3	358			objawy zaburzeń odżywiania po zakończeniu terapii: *SMD* = –0,17 (CI95% –0,38, 0,04)	$Q = 1$, $p = 0{,}73$ $I^2 = 0\%$	

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)	
			2	218			objawy zaburzeń odżywiania 3–6 miesięcy po zakończeniu terapii: *SMD* = –0,06 (CI95% –0,33, 0,20)	Q = 1, *p* = 0,42 I^2 = 0%	
			2	239			objawy zaburzeń odżywiania 6–12 miesięcy po zakończeniu terapii: *SMD* = –0,08 (CI95% –0,33, 0,18)	Q = 0, *p* = 0,66 I^2 = 0%	
4.	Slade i in., 2018 https://doi.org/10.1017/S0033291718001071	sieciowa metaanaliza RCT remisji w psychoterapii bulimii	21 (wszystkie badania)	1828 (wszystkie badania)	grupowa BT	lista oczekujących	OR = 28,70 (CrI95% 3,11, 455,30)	ryzyko tendencyjności wszystkich badań (nie tylko CBT) w metaanalizie zostało ocenione jako zróżnicowane; jako najistotniejsze źródło tendencyjności wskazano brak zaślepienia badanych i badaczy	
					indywidualna BT		OR = 1,28 (CrI95% 0,25, 7,22)		
					grupowa CBT dla osób z zaburzeniami odżywiania		OR = 7,67 (CrI95% 1,51, 55,66)		
					CBT *self-help*		OR = 3,49 (CrI95% 1,20, 11,21)		
					kierowana CBT *self-help*		OR = 3,81 (CrI95% 1,51, 10,90)		
					indywidualna CBT dla osób z zaburzeniami odżywiania		OR = 3,89 (CrI95% 1,19, 14,02)		
5.	Linardon, 2018 https://doi.org/10.1002/eat.22897	metaanaliza RCT psychoterapii – % abstynencji w napadowym objadaniu się – analizy *intention-to-treat*	41	2245	CBT	brak; analiza % abstynencji	46,5% (CI95% 41,1, 52,0)	I^2 = 74%	ryzyko tendencyjności wszystkich badań (nie tylko CBT) w metaanalizie zostało ocenione jako zróżnicowane
			29	1499	CBT prowadzone przez terapeutę		48,4% (CI95% 42,4, 54,5)	I^2 = 68%	
			12	746	CBT *guided self-help*		42,5% (CI95% 32,5, 53,2)	I^2 = 81%	
			6	339	behawioralny program zmniejszenia wagi		41,0% (CI95% 26,3, 57,5)	I^2 = 81%	
			5	194	CBT + behawioralny program zmniejszenia wagi		51,1% (CI95% 43,0, 59,0)	I^2 = 0%	
			3	288	IPT		63,1% (CI95% 49,2, 75,1)	I^2 = 63%	
			3	b.d.	TB		25,7% (CI95% 11,7, 47,5)	I^2 = 66%	
			2	120	DBT		56,3% (CI95% 24,9, 83,4)	I^2 = 63%	
			2	90	terapia wspierająca		32,0% (CI95% 22,4, 44,3)	I^2 = 0%	

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)	
			1	59	terapia oparta na *mindfulness*		18,0% (CI95% 9,6, 31,1)	–	
			1	70	psychodynamiczna terapia interpersonalna		45,8% (CI95% 32,4, 59,9)	–	
			18	603	*waitlist*		10% (CI95% 7,6, 13,7)	$I^2 = 0\%$	
Terapia dzieci i młodzieży									
6.	Linardon i in., 2017 https://doi.org/10.1037/ccp0000245	metaanaliza RCT psychoterapii bulimii u adolescentów	1	b.d.	CBT	b.d.	remisja: OR = 0,36 (CI95% 0,12, 1,06)	ryzyko tendencyjności wszystkich badań (nie tylko z udziałem adolescentów) w metaanalizie zostało ocenione jako zróżnicowane i mniejszość miała niskie ryzyko tendencyjności	
			2	b.d.			częstość objadania się/oczyszczania: *g* = 0,01 (CI95% –0,49, 0,52)		
			2	b.d.			objawy zaburzeń odżywiania: *g* = 0,25 (CI95% –0,25, 0,76)		

Załącznik 1.13. Zaburzenia osobowości

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)
Terapia dorosłych								
Osobowość *borderline*								
1.	Katakis i in., 2023 https://doi.org/10.1186/s12888-022-04483-0	metaanaliza RCT psychoterapii vs *waitlist* lub TAU	6	486	CBT	TAU i lista oczekujących	*g* = –0,89 (CI95% –1,36, –0,42)	I^2 = 76,85% jakość badań oceniona jako umiarkowana
			5	269	DBT		*g* = –0,67 (CI95% –1,01, –0,32)	I^2 = 28,07% jakość badań oceniona jako niska
			2	104	terapia psychodynamiczna		*g* = –0,69 (CI95% –1,21, 0,18)	I^2 = 0% jakość badań oceniona jako niska
2.	Zhang i in., 2023 https://doi.org/10.1080/08039488.2023.2228304	metaanaliza RCT i *single-group trials* psychoterapii vs *waitlist* lub TAU	8	558	ST	TAU i lista oczekujących	*g* = –0,36 (CI95% –0,71, –0,01)	I^2 = 58,92% jakość badań oceniona jako niska
3.	Setkowski i in., 2023 https://doi.org/10.1017/S0033291723000685	sieciowa metaanaliza RCT psychoterapii vs TAU lub *acitve treatment*	5	480	TF-CBT	TAU	*SMD* = –0,24 (CI95% –0,70, 0,23)	b.d.
						terapia interpersonalna	*SMD* = 0,28 (CI95% –0,57, 1,13)	
						psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu	*SMD* = 0,32 (CI95% –0,41, 1,04)	
			19	1483	DBT	TAU	*SMD* = –0,42 (CI95% –0,73, –0,11)	I^2 = 32% jakość badań oceniona jako umiarkowana
						terapia Interpersonalna	*SMD* = 0,10 (CI95% –0,68, 0,88)	
						psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu	*SMD* = 0,13 (CI95% –0,45, 0,72)	
			3	84	ST	TAU	*SMD* = –1,14 (CI95% –1,80, –0,48)	b.d.
						terapia Interpersonalna	*SMD* = –0,62 (CI95% –1,59, 0,35)	
						psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu	*SMD* = –0,59 (CI95% –1,27, 0,10)	

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)
4.	Stoffers-Winterling i in., 2022 https://doi.org/10.1192/bjp.2021.204	metaanaliza RCT psychoterapii vs TAU	1	26	CBT	TAU	*MD* = –3,08 (CI95% –4,99, –1,17)	–
			2	90	DBT		*SMD* = –0,36 (CI95% –0,78, 0,05)	I^2 = 0% małe zróżnicowanie, trudno określić przy dwóch badaniach w analizie
			3	184	trening umiejętności DBT		*SMD* = –0,66 (CI95% –1,08, –0,25)	I^2 = 47% jakość badań oceniona jako umiarkowana
5.	Rameckers i in., 2021 https://doi.org/10.3390/jcm10235622	metaanaliza RCT psychoterapii vs TAU	10	273	DBT	TAU	*g* = –1,12 (CI95% –1,34, –0,90)	DBT miało mało wyników odstających, jednak po ich usunięciu wartość *g* spadła do *g* = –0,889
			11	263	ST		*g* = –1,23 (CI95% –1,46, –1,00)	wyniki odstające mogły zawyżyć siłę efektu dla terapii schematu; po ich usunięciu *g* = –1,11
Antyspołeczna								
6.	Hofmann i in., 2012 https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1	systematyczny przegląd *clinical trials* psychoterapii vs TAU/*waitlist*/*no therapy*	5	276	CBT	TAU i lista oczekujących	CBT skuteczne w redukcji wymiarów, ale nie w leczeniu zaburzeń osobowości	duże ryzyko błędu
Paranoidalna								
7.	Zhang i in., 2023 https://doi.org/10.1080/08039488.2023.2228304	metaanaliza RCT i *single-group trials* psychoterapii vs *waitlist* lub TAU	2	190	ST	TAU i farmakoterapia	*g* = –0,30 (CI95% –0,78, 0,18)	–
Unikająca								
8.	Zhang i in., 2023 https://doi.org/10.1080/08039488.2023.2228304	metaanaliza RCT i *single-group trials* psychoterapii vs *waitlist* lub TAU	3	172	ST	TAU i farmakoterapia	*g* = –0,61 (CI95% –1,27, 0,05)	–
Terapia dzieci i młodzieży								
Borderline								
9.	Kothgassner i in., 2021 https://doi.org/10.1017/S0033291721001355	metaanaliza RCT, CCT, i *pre-post evaluation studies*	21	1673 nastolatków (1063 DBT-A i 610 grupa kontrolna)	DBT-A	TAU/terapia wspierająca/brak	samookaleczenia: *g* = –0,44, (95% CI: –0,81, –0,07, *p* < 0,05);	wysokie ryzyko błędu
							myśli „S”: *g* = –0,31 (95% CI –0,52, –0,09, *p* < 0,01).	
							pre-post: samookaleczenia *g* = –0,98 (95% CI: –1,15, –0,81)	
							pre-post: myśli samobójcze *g* = –1,16 (95% CI: –1,51, –0,8)	
							pre-post: objawy BPD *g* = –0,97 (95% CI: –1,31, –0,63)	

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)
10.	Jørgensen i in., 2021 https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245331	metaanaliza RCT	10	775	MBT	TAU/EUC	*MD* = –3,06, (95% CI = –9,51, 3,39; *p* > 0,05)	MBT: I2 = 55%; wysokie ryzyko tendencyjności. DBT-A – brak możliwości oceny (1 badanie)
					DBT-A *post-treatment*	TAU/EUC	*MD* = –13,41, 95% CI = –21,77, –5,05; *p* = 0,002	
					DBT-A *follow-up* (12 mc)	TAU/EUC	*MD* = 1,36, 95% CI = –7,73, 10,45; *p* = 0,77	
					DBT-A *follow-up* (3 lata)	TAU/EUC	*MD* = –2,33, 95% CI = –12,20, 7,54; *p* = 0,64	

Załącznik 1.14. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)
Terapia dorosłych								
1.	Young i in., 2020 https://doi.org/10.1177/1087054716664413	systematyczny przegląd i metaanaliza	5 badań CBT vs lista oczekujących	160	CBT	lista oczekujących	*SMD* = –0,76 (CI95% –1,31, –0,21)	I2 = 63%; wysokie ryzyko błędu
			3 badania CBT vs aktywna kontrola	191	CBT	psychoedukacja; farmakoterapia; relaksacja; terapia wspierająca	*SMD* = –0,43 (CI95% –0,71, –0,14)	I2 = 31%; wysokie ryzyko błędu
2.	Scholz i in., 2023 https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1818189	systematyczny przegląd	DBT: *k* = 1; MCT: *k* = 2; MBCT: *k* = 7; CBT: *k* = 7	DBT: *N* = 17; MCT: *N* = 72; MBCT: *N* = 216; CBT: *N* = 213	DBT/MCT/MBCT/CBT	TAU i lista oczekujących	porównania terapii behawioralnej z TAU/*waitlist* miały dużą wielkość efektu	wysokie ryzyko stronniczości z uwagi na brak zaślepienia
						aktywne grupy kontrolne (np. hipnoterapia, grupa wsparcia)	poza jednym badaniem oceniającym skuteczność MCT, wyniki badań z wykorzystaniem aktywnego komparatora okazały się nieistotne statystycznie	
3.	Nimmo-Smith i in., 2020 https://doi.org/10.1017/S0033291720000069	systematyczny przegląd	CBT: *k* = 15	nie wskazano	CBT	TAU	zaobserwowano poprawę w zakresie nasilenia objawów zarówno w indywidualnej, jak i grupowej terapii	wysokie ryzyko stronniczości z uwagi na brak zaślepienia
						aktywne grupy kontrolne	wyniki były niejednoznaczne	
			DBT: *k* = 2	86	DBT	aktywne grupy kontrolne	brak istotnych statystycznie różnic	
			MBCT: *k* = 4	340	MBCT	TAU	zaobserwowano poprawę w zakresie nasilenia objawów bezpośrednio po terapii i w kolejnych pomiarach	
						psychoedukacja	brak istotnych statystycznie różnic	
Terapia dzieci i młodzieży								
6.	Groenman i in., 2022 https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.02.024	metaanaliza oddziaływań behawioralnych u dzieci i młodzieży	25	2885	interwencje behawioralne	lista oczekujących lub TAU lub aktywna grupa kontrolna	objawy ADHD: b = –0,42, *p* < 0,001	niska heterogeniczność (ICC = 0,05)
							nadaktywność, impulsywność b = –0,27, *p* < 0,001	niska heterogeniczność (ICC = 0,07)
							nieuwaga b = –0,46, *p* < 0,001	niska heterogeniczność (ICC = 0,01)
7.	Battagliese i in., 2015 https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.10.008	metaanaliza skuteczności CBT u dzieci	6	258	CBT	lista oczekujących lub TAU	nadaktywność, impulsywność: *d* = –0,55, (CI95% –0,77, –0,32)	Q = 6,41, *p* = 0,268; I^2 = 21,98 jakość badań oceniona jako umiarkowana

Załącznik 1.15. Bezsenność

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)
Terapia dorosłych								
1.	Simon i in., 2023 https://doi.org/10.1038/s41598-023-28853-0	sieciowa metaanaliza RCT różnych rodzajów CBT-I vs różne warunki kontrolne	116	4662	CBT-I indywidualna bezpośrednia	lista oczekujących	*SMD* = –1,27 (CI95% –1,70, –0,84)	ryzyko tendencyjności określone jako znaczne
					CBT-I grupowa bezpośrednia	lista oczekujących	*SMD* = –1,00 (CI95% –1,47, –0,59)	
					CBT-I biblioterapia bez wsparcia terapeutycznego	lista oczekujących	*SMD* = –0,67 (CI95% –1,38, 0,04)	
					CBT-I biblioterapia ze wsparciem terapeutycznym	lista oczekujących	*SMD* = –0,99 (CI95% –1,67, –0,32)	
					iCBT-I bez wsparcia terapeutycznego	lista oczekujących	*SMD* = –0,78 (CI95% –1,18, –0,38)	
					iCBT-I ze wsparciem terapeutycznym	lista oczekujących	*SMD* = –0,71 (CI95% –1,18, –0,24)	
					CBT-I przez aplikację bez wsparcia terapeutycznego	lista oczekujących	*SMD* = –1,07 (CI95% –2,43, 0,28)	
					CBT-I indywidualna online	lista oczekujących	*SMD* = –1,28 (CI95% –2,06, –0,50)	
2.	de Entrambasaguas i in., 2023 https://doi.org/10.1002/cpp.2874	metaanaliza terapii opartych na uważności vs lista oczekujących lub placebo	4	152	interwencje oparte na uważności	analiza wewnątrzgrupowa	PSQI: Δ = 0,52, *p* = 0,18, CI95% (–0,24, 1,28)	Q = 33,85 *p* < 0,01
3.	Hasan i in., 2022 https://doi.org/10.1016/j.smrv.2021.101567	sieciowa metaanaliza RCT różnych rodzajów cyfrowych CBT-I vs nieaktywne grupy kontrolne	54	11815	iCBT-I bez wsparcia terapeutycznego	nieaktywne grupy kontrolne	TST: *MD* = –16,67 (CI95% –22,54, –10,79)	jakość badań określona jako niska, heterogeniczność określona jako wysoka
							SOL: *MD* = 12,70 (CI95% 8,99,16,40)	
							WASO: *MD* = –9,67 (95% –13,33, –6,01)	
							SE: *MD* = 7,44 (CI95% 5,53, 9,35)	
							IS: *SMD* = –0,87 (CI95% –1,08, –0,66)	

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)
					iCBT-I ze wsparciem terapeuty realnego bądź wirtualnego	nieaktywne grupy kontrolne	TST: *MD* = 23,19 (CI95% 18,98,27,39)	
							SOL: *MD* = –18,76 (CI95% –24,20, –13,31)	
							WASO: *MD* = –31,40 (CI95% –36,26, –26,55)	
							SE: *MD* = 10,37 (CI95% 8,08,12,65)	
							IS: *SMD* = –0,87 (CI95% –1,08, –0,66)	
					CBT-I prowadzona przez telefon	nieaktywne grupy kontrolne	TST: *MD* = 5,33 (CI95% –2,31,12,98)	
							SOL: *MD* = –13,48 (CI95% –19,23, –7,74)	
							WASO: *MD* = –11,90 (CI95% –17,26, –6,55)	
							SE: *MD* = 6,74 (CI95% 3,56,9,92)	
							IS: *SMD* = –0,68 (95% –1,05, –0,31)	
					CBT-I przez aplikację bez wsparcia terapeutycznego	nieaktywne grupy kontrolne	TST: *MD* = 20,00 (CI95% 6,12,33,88)	
							SOL: *MD* = –10,00 (CI95% –21,01,1,01)	
							WASO: *MD* = –20,00 (CI95% –30,20, –9,80)	
							SE: *MD* = 6,50 (CI95% 1,41,11,59)	
							IS: *SMD* = –0,60 (CI95% –1,34,0,13)	
					CBT-I indywidualna bezpośrednia	nieaktywne grupy kontrolne	TST: *MD* = 16,55 (CI95% 8,01,25,10)	
							SOL: *MD* = –18,10 (CI95% –26,17, –10,03)	
							WASO: *MD* = –23,26 (CI95% –31,66, –14,86)	
							SE: *MD* = 10,61 (CI95% 6,86,14,36)	
							IS: *SMD* = –1,48 (95%CI –1,97, –0,99)	
					CBT-I grupowa bezpośrednia	nieaktywne grupy kontrolne	TST: *MD* = 30,19 (CI95% 0,54,59,83)	
							SOL: *MD* = –14,76 (CI95% –27,25, –2,26)	
							WASO: –	
							SE: *MD* = 9,36 (CI95% 3,44,15,29)	
							IS: *SMD* = –1,12 (CI95% –2,13, –0,11)	

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)
					CBT-I uproszczona	nieaktywne grupy kontrolne	TST: *MD* = 16,59 (CI95% –8,76,41,93)	
							SOL: *MD* = –5,76 (CI95% –21,86,10,34)	
							WASO: –	
							SE: *MD* = 3,47 (CI95% –3,14,10,07)	
							IS: *SMD* = –0,41 (95% –1,06,0,25)	
					CBT-I biblioterapia bez wsparcia terapeutycznego	nieaktywne grupy kontrolne	TST: *MD* = 20,10 (CI95% 9,54,30,66)	
							SOL: *MD* = –11,56 (CI95% –18,49, –4,62)	
							WASO: *MD* = –13,22 (CI95% –18,76, –7,69)	
							SE: *MD* = 5,06 (CI95% 1,98,8,13)	
							IS: *SMD* = –0,62 (CI95%–1,06, –0,18)	
4.	Xu i in., 2021 https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.798453	metaanaliza RCT F2F CBT-I vs różne grupy kontrolne	20	1398	CBT-I indywidualna bezpośrenia	aktywne i nieaktywne grupy kontrolne	*SMD* = –2,56 (CI95% –3,81, –1,30)	I^2 = 98,89%
5.	van der Zweerde i in., 2019 https://doi.org/10.1016/j.smrv.2019.08.002	metaanaliza RCT długoterminowych efektów CBT-I (indywidualna, grupowa, autoterapia) vs nieaktywne grupy kontrolne	30	2835	CBT-I	nieaktywne grupy kontrolne	*follow-up* po 3 miesiącach: *g* = –0,64 (CI95% –0,42, –0,86)	I^2 = 70,85%
							follow-up po 6 miesiącach: *g* = –0,40 (CI95% –0,23, –0,56)	I^2 = 45,26%
							follow-up po 12 miesiącach: *g* = –0,25 (CI95% –0,05, –0,46)	I^2 = 39,77%
Terapia dzieci i młodzieży								
6.	Griggs i in., 2020 https://doi.org/10.1016/j.smrv.2020.101356	metaanaliza interwencji behawioralnych dla młodzieży i młodych dorosłych	14	693 adolescentów, 239 młodych dorosłych	interwencje behawioralne	bez interwencji	długość snu: *SMD* = –34,92 minut (CI95% –8,7, –61,14)	I^2 = 100%
7.	Åslund i in., 2018 https://doi.org/10.5664/jcsm.7498	metaanaliza i systematyczny przegląd CBT-I dla dzieci i młodzieży	6	528	CBT	aktywna grupa kontrolna lub lista oczekujących lub TAU	bezpośrednio po terapii: TST: *SMD* = 0,21 (CI95% –0,01, 0,44)	wysoka heterogeniczność
							bezpośrednio po terapii: SOL: *SMD* = –0,81 (CI95% –1,09, –0,53)	
							bezpośrednio po terapii: WASO: *SMD*: –0,06 (CI95% –0,29, 0,17)	
							follow-up po 4–8 tygodniach: SOL: *SMD* = –1,16 (CL95% –1,53, –0,80)	

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)
							follow-up po 4–8 tygodniach: WASO: *SMD* = –0,42 (CI95% –0,76, –0,09)	
8.	Ma i in., 2018 https://doi.org/10.1590/1414-431x20187070	metaanaliza i systematyczny przegląd terapii CBT-I dla dzieci i młodzieży	10	464	CBT – I	bez interwencji lub lista oczekujących	aktygrafia SOL: *MD* = –14,77 (CI95%: –27,60, –1,93)	I^2 = 70%
							aktygrafia SE%: *MD* = 4,33, (CI95% 0,98, 7,68)	I^2 = 68%
							aktygrafia WASO: *MD* = –1,89 (CI95% –5,83, 2,05)	I^2 = 0%
							aktygrafia TST: *MD* = –16,64 (CI95%, –0,52, 33,79)	I^2 = 0%
							dziennik snu SOL: *MD* = –12,28 (CI95% –20,85, –3,72)	I^2 = 45%
							dziennik snu SE%: *MD* = –5,54 (CI95% –0,98, –10,09)	I^2 = 68%
							dziennik snu WASO: *MD* = –2,86 (CI95% –6,46, 0,74),	I^2 = 0%
							dziennik snu TST: *MD* = –9,56 (CI95% –5,78, 24,90)	I^2 = 0%
9.	Blake i in., 2017 https://doi.org/10.1007/s10567-017-0234-5	metaanaliza i systematyczny przegląd terapii CBT-I i MBCTu młodzieży	9	357	CBT-I lub MBCT	lista oczekujących lub aktywna grupa kontrolna	TST: *MD* = –29,47 min (CI95% –17,18, –41,75)	I^2 = 26,62
							SOL: *MD* = –21,44 min (CI95% –30,78, –12,11)	I^2 = 85,94
							SE: –5,34% (CI95% –2,64, –8,04)	I^2 = 69,60
							WASO: *d* = –0,59 (CI95% –0,36, –0,82)	I^2 = 28,64
							follow-up SOL: *MD* = –16,15 min (CI95% –26,13, –6,170	I^2 = 72,87
							follow-up SE: *MD* = –2,82% (CI95% –0,58, –5,05)	I^2 = 66,06

CBT-I – *cognitive-behavioral therapy for insomnia* (terapia poznawczo-behawioralna bezsenności); F2F – *face-to-face* (terapia w gabinecie); PSQI – *Pittsburgh Sleep Quality Index*; ISI – *Insomnia Severity Index*; TST – *total sleep time* (całkowity czas snu); SOL – *sleep onset latency* (latencja początku snu); WASO – *wake after sleep onset* (wybudzenie ze snu); SE – *sleep efficiency* (efektywność snu); IS – *insomnia severity* (nasilenie bezsenności); RCT – *randomized control studies*; NRS – *non-randomized studies*; *MD* – *mean difference*; *SMD* – *standardized mean difference*; WL – *waitlist* (lista oczekujących); PL – placebo; TAU – *treatment as usual* (zwykle zalecane leczenie); SHE – *sleep hygiene education* (edukacja na temat higieny snu); AC – *active control* (aktywna grupa kontrolna)

Załącznik 1.16. Uzależnienia od alkoholu i substancji

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)
Terapia dorosłych								
1.	Schmit i in., 2022 https://doi.org/10.1080/21501378.2020.1796481	metaanaliza RCT, *behaviour copule therapy*	17	2307	BCT	terapie alternatywne („tradycyjne")	dla utrzymywania abstynencji: *g* = –0,21 (CI95% –0,39, –0,04)	Q(15) = 2,95, *p* = 1,00; I^2 = 0,00
2.	Zhang i in., 2022 https://doi.org/10.2147/NDT.S372300	metaanaliza RCT, metaanaliza sieciowa	34	2646	CBT (spośród 8 innych)	TAU (dla PDA)	*MD* = –19,96 (CI95% –43,61, 3,68)	ocena tendencyjności badań: 14,71% – niskie ryzyko, 66,67% – niejasne ryzyko, 20,59% – wysokie ryzyko; *p* = 0,053–0,990;
						TAU+placebo (dla DDD)	*MD* = 0,69 (CI95% 0,24, 1,14)	
						TAU (dla DDD)	*MD* = 0,48 (CI95% –0,38, 1,34)	
						TAU+placebo (dla redukcji głodu)	*MD* = 0,54 (CI95% –0,03, 1,11)	
						TAU (dla redukcji głodu)	*MD* = –0,43 (CI95% –1,09, 0,23)	
3.	Ginley i in., 2021 https://doi.org/10.1037/ccp0000552	metaanaliza RCT	23	3320	sterowanie uwarunkowaniami (*contingency management*, CM)	wszystkie warunki kontrolne	średnia ważona OR = 1,22 (CI95% 1,01, 1,44)	ocena tendencyjności badań: 54% – jakość wysoka, 46% – niska; I^2 = 36,68; Q = 2,79, *p* = 0,25
						TAU	OR = 1,15 (CI95% 0,90, 1,48)	
						terapia środowiskowa	OR = 1,40 (CI95% 1,07, 1,83)	
						terapie oparte o protokół	OR = 0,91 (CI95% 0,58, 1,43)	
4.	Demina i in., 2023 https://doi.org/10.1186/s12868-023-00821-4	metaanaliza RCT	17	1228	interwencje oparte na *mindfulness*	wszystkie warunki kontrolne	*SMD* = –0,70 (CI95% –1,15, –0,26)	I^2 = 92%; większość badań: niska jakość, wysokie ryzyko tendencyjności
						oddziaływania aktywne (*active control*)	*SMD* = –0,28 (CI95% –0,68, 0,12)	
						bez aktywnych oddziaływań	*SMD* = –1,74 (CI95% –2,97, –0,51)	
5.	Gutierrez i in., 2023 https://doi.org/10.1007/s11469-023-01132-9	przegląd systematyczny i metaanaliza sieciowa (opisano efekty dla redukcji picia alkoholu)	22	17140	*face-to-face* CBT	brak terapii	*SMD* = –0,64 (CI95% –0,98, –0,29)	jakość oceniona na od średniej do niskiej; I^2 > 50% dla redukcji picia i *dropouts*; I^2 < 50% dla abstynencji i jakości życia
						TAU	*SMD* = –0,16 (CI95% –0,97, 0,66)	
					guided eCBT	brak terapii	*SMD* = –0,56 (CI95% –0,69, –0,42)	
						TAU	*SMD* = –0,24 (CI95% –0,99, 0,51)	
					self-guided eCBT	brak terapii	*SMD* = –0,56 (CI95% –0,69, –0,44)	
						TAU	*SMD* = –0,23 (CI95% –0,99, 0,53)	

Załącznik 1.17. Uzależnienia behawioralne

L.p.	Metaanaliza	Rodzaj analizy	*k*	*N*	Terapia	Warunek kontrolny	Wynik (*g*, *recovery*, NNT)	Heterogeniczność, ocena tendencyjności, ocena jakości (badań/dowodów)	
Terapia dorosłych									
1.	Stevens i in., 2018 https://doi.org/10.1002/cpp.2341	metaanaliza badań CBT uzależnienia od gier w internecie oparta tylko na analizie różnic przed terapią i po niej	3	204	CBT (indywidualna)	brak grup kontrolnych	redukcja objawów uzależnienia: *g* = –1,52 (CI95% –2,68, –0,37) czas spędzony na uprawianiu hazardu: brak istotnych wyników	badania uwzględnione w analizie są oparte na mało wiarygodnej metodzie badania skuteczności (brak grup kontrolnych)	I^2 = 79,86%
2.	Pfund i in., 2023 https://doi.org/10.1111/add.16221	metaanaliza RCT badań skuteczności CBT w leczeniu uzależnienia od hazardu	29	3991	CBT (indywidualna, grupowa, stacjonarna i dystalna)	nieaktywne grupy kontrolne: lista oczekujących albo brak terapii	objawy uzależnienia: *g* = –1,14 (CI95% –1,68; –0,60)	ryzyko tendencyjności wszystkich badań zostało ocenione jako dość wysokie (tylko w przypadku 10% badań było niskie); jako najistotniejsze źródło tendencyjności wskazano brak zaślepienia badanych i badaczy oraz oparcie pomiarów na narzędziach samoopisowych	I^2 = 91%
							częstotliwość uprawiania hazardu: *g* = –0,54 (CI95% –0,80, –0,27)		I^2 = 79%
							intensywność hazardu *g* = –0,32 (CI95% –0,51, –0,13)		I^2 = 34%
							objawy uzależnienia 1–22 mies. (mediana 7,5) po zakończenia terapii: *g* = –0,58 (CI95% –1,52, 0,36)		I^2 = 90%
							częstotliwość uprawiania hazardu 1–22 mce (mediana 7,5) po zakończenia terapii: *g* = –0,10 (CI95% –0,30, 0,10)		I^2 = 17%
3.	Eriksen i in., 2023 https://doi.org/10.1556/2006.2023.00034	metaanaliza RCT badań skuteczności terapii uzależnienia od hazardu	18	3139 (we wszystkich badaniach zawartych w metaanalize)	CBT (indywidualna, grupowa, stacjonarna i zdalna)	lista oczekujących, brak leczenia, TAU	redukcja objawów uzależniena: *g* = –0,85 (CI95% –1,36, –0,34) NNT = 2,2 (CI95% 1,5, 5,3)	ryzyko tendencyjności wszystkich badań (nie tylko CBT) zostało ocenione jako wysokie (zaklasyfikowano tak 73% badań); mniejsze było w nowszych badaniach oraz badaniach terapii zdalnych; jako najistotniejsze źródło tendencyjności wskazano brak zaślepienia badanych i badaczy oraz oparcie pomiarów na narzędziach samoopisowych	I^2 = 94,5
			9				remisja zaburzenia: OR = 0,45 (CI95% 0,19; 1,04)		I^2 = 81,6
Terapia dzieci i młodzieży									
4.	Stevens i in., 2018 https://doi.org/10.1002/cpp.2341	metaanaliza badań terapii CBT uzależnienia od gier w internecie; nie wszystkie badania były RCT (4/5), dla jednego badania analiza była oparta na porównaniu przed terapią i po niej	5	237	CBT (grupowa)	brak leczenia, sama farmakoterapia oraz brak grupy kontrolnej	redukcja objawów uzależnienia: *g* = –0,55 (CI95% –1,08, –0,01)	badania uwzględnione w analizie są niejednorodne; obok badań RCT zawierają też badania bez grupy kontrolnej; poziom heterogeniczności można określić jako średni; jakość niektórych badań (procedura randomizacji, zaślepienie badacza i osób badanych) może skutkować wysokim ryzykiem tendencyjności	I^2 = 58,53

Załącznik 2. Lista metaanaliz i przeglądów systematycznych opublikowanych w latach 2010–2023 w podziale na opisywane w przeglądzie zaburzenia

Załącznik 2.1. Lista wyselekcjonowanych metaanaliz i przeglądów systematycznych dotyczących zaburzenia depresyjnego

Ahern, E., Kinsella, S., & Semkovska, M. (2018). Clinical efficacy and economic evaluation of online cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, *18*(1), 25–41. https://doi.org/10.1080/14737167.2018.1407245

Amick, H. R., Gartlehner, G., Gaynes, B. N., Forneris, C., Asher, G. N., Morgan, L. C., Coker-Schwimmer, E., Boland, E., Lux, L. J., Gaylord, S., Bann, C., Pierl, C. B., & Lohr, K. N. (2015). Comparative benefits and harms of second generation antidepressants and cognitive behavioral therapies in initial treatment of major depressive disorder: Systematic review and meta-analysis. *Bmj (Clinical research ed.)*, *351*, h6019. https://doi.org/10.1136/bmj.h6019

Andersen, P., Toner, P., Bland, M., & McMillan, D. (2016). Effectiveness of transdiagnostic cognitive behaviour therapy for anxiety and depression in adults: A systematic review and meta-analysis. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, *44*(6), 673–690. https://doi.org/10.1017/S1352465816000229

Andersson, G., Carlbring, P., & Rozental, A. (2019). Response and remission rates in internet-based cognitive behavior therapy: An individual patient data meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, *10*, 749. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00749

Andrews, G., Basu, A., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., English, C. L., & Newby, J. M. (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, *55*, 70–78. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.01.001

Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. *PloS one*, *5*(10), e13196. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013196

Angelakis, I., Huggett, C., Gooding, P., Panagioti, M., & Hodkinson, A. (2022). Effectiveness of cognitive--behavioural therapies of varying complexity in reducing depression in adults: Systematic review and network meta-analysis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *221*(2), 459–467. https://doi.org/10.1192/bjp.2022.35

Arnberg, F. K., Linton, S. J., Hultcrantz, M., Heintz, E., & Jonsson, U. (2014). Internet-delivered psychological treatments for mood and anxiety disorders: A systematic review of their efficacy, safety, and cost-effectiveness. *PloS one*, *9*(5), e98118. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0098118

Arnberg, A., & Öst, L.-G. (2014). CBT for children with depressive symptoms: A meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, *43*(4), 275–288. https://doi.org/10.1080/16506073.2014.947316

Biesheuvel-Leliefeld, K. E., Kok, G. D., Bockting, C. L., Cuijpers, P., Hollon, S. D., van Marwijk, H. W., & Smit, F. (2015). Effectiveness of psychological interventions in preventing recurrence of depressive disorder: Meta-analysis and meta-regression. *Journal of affective disorders*, *174*, 400–410. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.016

Boschloo, L., Bekhuis, E., Weitz, E. S., Reijnders, M., DeRubeis, R. J., Dimidjian, S., Dunner, D. L., Dunlop, B. W., Hegerl, U., Hollon, S. D., Jarrett, R. B., Kennedy, S. H., Miranda, J., Mohr, D. C., Simons, A. D., Parker, G., Petrak, F., Herpertz, S., Quilty, L. C., John Rush, A., ... Cuijpers, P. (2019). The symptom-specific efficacy of antidepressant medication vs. cognitive behavioral therapy in the treatment of depression: Results from an individual patient data meta-analysis. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *18*(2), 183–191. https://doi.org/10.1002/wps.20630

Brown, M., Glendenning, A., Hoon, A. E., & John, A. (2016). Effectiveness of web-delivered acceptance and commitment therapy in relation to mental health and well-being: A systematic review and meta-analysis. *Journal of medical Internet research*, *18*(8), e221. https://doi.org/10.2196/jmir.6200

Calati, R., Pedrini, L., Alighieri, S., Alvarez, M. I., Desideri, L., Durante, D., Favero, F., Iero, L., Magnani, G., Pericoli, V., Polmonari, A., Raggini, R., Raimondi, E., Riboni, V., Scaduto, M. C., Serretti, A., & De Girolamo, G. (2011). Is cognitive behavioural therapy an effective complement to antidepressants in adolescents? A meta-analysis. *Acta neuropsychiatrica*, *23*(6), 263–271. https://doi.org/10.1111/j.1601-5215.2011.00595.x

Chen, C., & Shan, W. (2019). Pharmacological and non-pharmacological treatments for major depressive disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis. *Psychiatry research*, *281*, 112595. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112595

Chen, H., He, Q., Wang, M., Wang, X., Pu, C., Li, S., & Li, M. (2022). Effectiveness of CBT and its modifications for prevention of relapse/recurrence in depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of affective disorders*, *319*, 469–481. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.027

Chiesa, A., & Serretti, A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, *187*(3), 441–453. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.011

Christ, C., Schouten, M. J., Blankers, M., van Schaik, D. J., Beekman, A. T., Wisman, M. A., Stikkelbroek, Y. A., & Dekker, J. J. (2020). Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in adolescents and young adults: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, *22*(9). https://doi.org/10.2196/17831

Cox, G. R., Callahan, P., Churchill, R., Hunot, V., Merry, S. N., Parker, A. G., & Hetrick, S. E. (2014). Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews*, *2014*(11), CD008324. https://doi.org/10.1002/14651858.CD008324.pub3

Cuijpers, P., Andersson, G., Donker, T., & van Straten, A. (2011). Psychological treatment of depression: results of a series of meta-analyses. *Nordic journal of psychiatry*, *65*(6), 354–364. https://doi.org/10.3109/08039488.2011.596570

Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Canadian journal of psychiatry. Revue Canadienne de psychiatrie*, *58*(7), 376–385. https://doi.org/10.1177/070674371305800702

Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Huibers, M. J. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *15*(3), 245–258. https://doi.org/10.1002/wps.20346

Cuijpers, P., Cristea, I. A., Weitz, E., Gentili, C., & Berking, M. (2016). The effects of cognitive and behavioural therapies for anxiety disorders on depression: A meta-analysis. *Psychological medicine*, *46*(16), 3451–3462. https://doi.org/10.1017/S0033291716002348

Cuijpers, P., Karyotaki, E., Ciharova, M., Miguel, C., Noma, H., & Furukawa, T. A. (2021). The effects of psychotherapies for depression on response, remission, reliable change, and deterioration: A meta-analysis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *144*(3), 288–299. https://doi.org/10.1111/acps.13335

Cuijpers, P., Karyotaki, E., Ciharova, M., Miguel, C., Noma, H., Stikkelbroek, Y., Weisz, J. R., & Furukawa, T. A. (2023). The effects of psychological treatments of depression in children and adolescents on response, reliable change, and deterioration: A systematic review and meta-analysis. *European child & adolescent psychiatry*, *32*(1), 177–192. https://doi.org/10.1007/s00787-021-01884-6

Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., & van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *159*, 118–126. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.026

Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C. Y., Ciharova, M., Ebert, D., & Karyotaki, E. (2023). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: A comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World psychiatry*, *22*(1), 105–115. https://doi.org/10.1002/wps.21069

Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Cipriani, A., & Furukawa, T. A. (2019). Effectiveness and acceptability of cognitive behavior therapy delivery formats in adults with depression: A network meta-analysis. *JAMA psychiatry*, *76*(7), 700–707. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0268

Das, J. K., Salam, R. A., Lassi, Z. S., Khan, M. N., Mahmood, W., Patel, V., & Bhutta, Z. A. (2016). Interventions for adolescent mental health: an overview of systematic reviews. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, *59*(4S), S49–S60. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.020

Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., & Reynolds, C. F. (2014). Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: A meta-analysis. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *13*(1), 56–67. https://doi.org/10.1002/wps.20089

Cuijpers, P., van Straten, A., Bohlmeijer, E., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: A meta-analysis of study quality and effect size. *Psychological medicine*, *40*(2), 211–223. https://doi.org/10.1017/S0033291709006114

Cuijpers, P., de Wit, L., Weitz, E., Andersson, G., & Huibers, M. J. H. (2015). The combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of adult depression: A comprehensive meta-analysis. *Journal of evidence-based psychotherapies, 15*(2), 147–168.

Ding, F., Wu, J., & Zhang, Y. (2023). Can mindfulness-based stress reduction relieve depressive symptoms? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Pacific Rim psychology*, *17*. https://doi.org/10.1177/18344909221145814

Dubicka, B., Elvins, R., Roberts, C., Chick, G., Wilkinson, P., & Goodyer, I. M. (2010). Combined treatment with cognitive-behavioural therapy in adolescent depression: Meta-analysis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *197*(6), 433–440. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.075853

Forti-Buratti, M. A., Saikia, R., Wilkinson, E. L., & Ramchandani, P. G. (2016). Psychological treatments for depression in pre-adolescent children (12 years and younger): Systematic Review and meta-analysis of Randomised Controlled Trials. *European child &; adolescent psychiatry*, *25*(10), 1045–1054. https://doi.org/10.1007/s00787-016-0834-5

Furukawa, T. A., Suganuma, A., Ostinelli, E. G., Andersson, G., Beevers, C. G., Shumake, J., Berger, T., Boele, F. W., Buntrock, C., Carlbring, P., Choi, I., Christensen, H., Mackinnon, A., Dahne, J., Huibers, M. J. H., Ebert, D. D., Farrer, L., Forand, N. R., Strunk, D. R., Ezawa, I. D., ... Cuijpers, P. (2021). Dismantling, optimising, and personalising internet cognitive behavioural therapy for depression: A systematic review and component network meta-analysis using individual participant data. *The lancet. Psychiatry*, *8*(6), 500–511. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00077-8

Galante, J., Iribarren, S. J., & Pearce, P. F. (2013). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on mental disorders: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of research in nursing: JRN*, *18*(2), 133–155. https://doi.org/10.1177/1744987112466087

Gartlehner, G., Dobrescu, A., Chapman, A., Toromanova, A., Emprechtinger, R., Persad, E., Affengruber, L., Pieh, C., Klerings, I., & Wagner, G. (2023). Nonpharmacologic and pharmacologic treatments of adult patients with major depressive disorder: A systematic review and network meta-analysis for a clinical guideline by the american college of physicians. *Annals of internal medicine*, *176*(2), 196–211. https://doi.org/10.7326/M22-1845

Gartlehner, G., Wagner, G., Matyas, N., Titscher, V., Greimel, J., Lux, L., Gaynes, B. N., Viswanathan, M., Patel, S., & Lohr, K. N. (2017). Pharmacological and non-pharmacological treatments for major depressive disorder: Review of systematic reviews. *BMJ open*, *7*(6), e014912. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014912

Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of current depressive symptoms: A meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, *48*(6), 445–462. https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1556330

Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, *59*, 52–60. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.011

Guidi, J., Tomba, E., & Fava, G. A. (2016). The sequential integration of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of major depressive disorder: A meta-analysis of the sequential model and a critical review of the literature. *The American journal of psychiatry*, *173*(2), 128–137. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15040476

Hans, E., & Hiller, W. (2013). Effectiveness of and dropout from outpatient cognitive behavioral therapy for adult unipolar depression: A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies. *Journal of consulting and clinical psychology*, *81*(1), 75–88. https://doi.org/10.1037/a0031080

Health Quality Ontario (2017). Psychotherapy for major depressive disorder and generalized anxiety disorder: A health technology assessment. *Ontario health technology assessment series*, *17*(15), 1–167.

Hedman, E., Ljótsson, B., & Lindefors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the internet: A systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, *12*(6), 745–764. https://doi.org/10.1586/erp.12.67

Hedman-Lagerlöf, E., Carlbring, P., Svärdman, F., Riper, H., Cuijpers, P., & Andersson, G. (2023). Therapist-supported Internet-based cognitive behaviour therapy yields similar effects as face-to-face therapy for psychiatric and somatic disorders: An updated systematic review and meta-analysis. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *22*(2), 305–314. https://doi.org/10.1002/wps.21088

Hollis, C., Falconer, C. J., Martin, J. L., Whittington, C., Stockton, S., Glazebrook, C., & Davies, E. B. (2017). Annual Research Review: Digital health interventions for children and young people with mental health problems – a systematic and meta-review. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, *58*(4), 474–503. https://doi.org/10.1111/jcpp.12663

Jakobsen, J. C., Lindschou Hansen, J., Storebø, O. J., Simonsen, E., & Gluud, C. (2011). The effects of cognitive therapy versus 'treatment as usual' in patients with major depressive disorder. *PloS one*, *6*(8), e22890. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0022890

Jatchavala, C., & Chan, S. (2018). Psychological interventions for recurrence prevention in adolescent depression: A systematic review. *Journal of health science and medical research*, 36, 171. https://doi.org/10.31584/jhsmr.2018.36.3.15.

Jonsson, U., Linton, S. J., Ybrandt, H., Ringborg, A., Leander, L., Moberg, K., Hultcrantz, M., & Arnberg, F. K. (2023). Internet-delivered psychological treatment as an add-on to treatment as usual

for common mental disorders: A systematic review with meta-analysis of Randomized Trials. *Journal of affective disorders*, *322*, 221–234. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.036

Juul, S., Jakobsen, J. C., Jørgensen, C. K., Poulsen, S., Sørensen, P., & Simonsen, S. (2023). The difference between shorter- versus longer-term psychotherapy for adult mental health disorders: A systematic review with meta-analysis. *BMC psychiatry*, *23*(1), 438. https://doi.org/10.1186/s12888-023-04895-6

Kallapiran, K., Koo, S., Kirubakaran, R., & Hancock, K. (2015). Review: Effectiveness of mindfulness in improving mental health symptoms of children and adolescents: A meta-analysis. *Child and adolescent mental health*, *20*(4), 182–194. https://doi.org/10.1111/camh.12113

Kambeitz-Ilankovic, L., Rzayeva, U., Völkel, L., Wenzel, J., Weiske, J., Jessen, F., Reininghaus, U., Uhlhaas, P. J., Alvarez-Jimenez, M., & Kambeitz, J. (2022). A systematic review of digital and face--to-face cognitive behavioral therapy for depression. *NPJ digital medicine*, *5*(1), 144. https://doi.org/10.1038/s41746-022-00677-8

Karukivi, J., Herrala, O., Säteri, E., Tornivuori, A., Salanterä, S., Aromaa, M., Kronström, K., & Karukivi, M. (2021). The effectiveness of individual mental health interventions for depressive, anxiety and conduct disorder symptoms in school environment for adolescents aged 12–18-a systematic review. *Frontiers in psychiatry*, *12*, 779933. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.779933

Karyotaki, E., Smit, Y., de Beurs, D. P., Henningsen, K. H., Robays, J., Huibers, M. J., Weitz, E., & Cuijpers, P. (2016). The long-term efficacy of acute-phase psychotherapy for depression: A meta-analysis of randomized trials. *Depression and anxiety*, *33*(5), 370–383. https://doi.org/10.1002/da.22491

Karyotaki, E., Smit, Y., Holdt Henningsen, K., Huibers, M. J., Robays, J., de Beurs, D., & Cuijpers, P. (2016). Combining pharmacotherapy and psychotherapy or monotherapy for major depression? A meta--analysis on the long-term effects. *Journal of affective disorders*, *194*, 144–152. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.036

Kelley, M. E., Dunlop, B. W., Nemeroff, C. B., Lori, A., Carrillo-Roa, T., Binder, E. B., Kutner, M. H., Rivera, V. A., Craighead, W. E., & Mayberg, H. S. (2018). Response rate profiles for major depressive disorder: Characterizing early response and longitudinal nonresponse. *Depression and anxiety*, *35*(10), 992–1000. https://doi.org/10.1002/da.22832

Krijnen-de Bruin, E., Scholten, W., Muntingh, A., Maarsingh, O., van Meijel, B., van Straten, A., & Batelaan, N. (2022). Psychological interventions to prevent relapse in anxiety and depression: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, *17*(8), e0272200. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272200

Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., Hayes, R., Huijbers, M., Ma, H., Schweizer, S., Segal, Z., Speckens, A., Teasdale, J. D., Van Heeringen, K., Williams, M., Byford, S., Byng, R., & Dalgleish, T. (2016). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: An individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA psychiatry*, *73*(6), 565–574. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0076

Linde, K., Rücker, G., Sigterman, K., Jamil, S., Meissner, K., Schneider, A., & Kriston, L. (2015). Comparative effectiveness of psychological treatments for depressive disorders in primary care: Network meta-analysis. *BMC family practice*, *16*, 103. https://doi.org/10.1186/s12875-015-0314-x

Luo, C., Sanger, N., Singhal, N., Pattrick, K., Shams, I., Shahid, H., Hoang, P., Schmidt, J., Lee, J., Haber, S., Puckering, M., Buchanan, N., Lee, P., Ng, K., Sun, S., Kheyson, S., Chung, D. C., Sanger, S., Thabane, L., & Samaan, Z. (2020). A comparison of electronically-delivered and face to face cognitive behavioural therapies in depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, *24*, 100442. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100442

Ma, D., Zhang, Z., Zhang, X., & Li, L. (2014). Comparative efficacy, acceptability, and safety of medicinal, cognitive-behavioral therapy, and placebo treatments for acute major depressive disorder in children and adolescents: A multiple-treatments meta-analysis. *Current medical research and opinion*, *30*(6), 971–995. https://doi.org/10.1185/03007995.2013.860020

MacQueen, G. M., Frey, B. N., Ismail, Z., Jaworska, N., Steiner, M., Lieshout, R. J., Kennedy, S. H., Lam, R. W., Milev, R. V., Parikh, S. V., Ravindran, A. V., & CANMAT Depression Work Group (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 6. Special Populations: Youth, Women, and the Elderly. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, *61*(9), 588–603. https://doi.org/10.1177/0706743716659276

Mamukashvili-Delau, M., Koburger, N., Dietrich, S., & Rummel-Kluge, C. (2023). Long-term efficacy of internet-based cognitive behavioral therapy self-help programs for adults with depression: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *JMIR mental health*, *10*. https://doi.org/10.2196/46925

Matsumoto, K., Hamatani, S., & Shimizu, E. (2021). Effectiveness of videoconference-delivered cognitive behavioral therapy for adults with psychiatric disorders: Systematic and meta-analytic review. *Journal of medical Internet research*, *23*(12), e31293. https://doi.org/10.2196/31293

McCartney, M., Nevitt, S., Lloyd, A., Hill, R., White, R., & Duarte, R. (2021). Mindfulness-based cognitive therapy for prevention and time to depressive relapse: Systematic review and network meta-analysis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *143*(1), 6–21. https://doi.org/10.1111/acps.13242

McIntyre, R. S., Suppes, T., Tandon, R., & Ostacher, M. (2017). Florida best practice psychotherapeutic medication guidelines for adults with major depressive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, *78*(6), 703–713. https://doi.org/10.4088/JCP.16cs10885

Newby, J. M., Twomey, C., Yuan Li, S. S., & Andrews, G. (2016). Transdiagnostic computerised cognitive behavioural therapy for depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *199*, 30–41. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.018

Öst L. G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, *61*, 105–121. https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018

Oud, M., de Winter, L., Vermeulen-Smit, E., Bodden, D., Nauta, M., Stone, L., van den Heuvel, M., Taher, R. A., de Graaf, I., Kendall, T., Engels, R., & Stikkelbroek, Y. (2019). Effectiveness of CBT for children and adolescents with depression: A systematic review and meta-regression analysis. *European psychiatry: The journal of the Association of European Psychiatrists*, *57*, 33–45. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.12.008

Parikh, S. V., Quilty, L. C., Ravitz, P., Rosenbluth, M., Pavlova, B., Grigoriadis, S., Velyvis, V., Kennedy, S. H., Lam, R. W., MacQueen, G. M., Milev, R. V., Ravindran, A. V., Uher, R., & CANMAT Depression Work Group (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 2. Psychological Treatments. *Canadian journal of psychiatry. Revue Canadienne de psychiatrie*, *61*(9), 524–539. https://doi.org/10.1177/0706743716659418

Păsărelu, C. R., Andersson, G., Bergman Nordgren, L., & Dobrean, A. (2017). Internet-delivered transdiagnostic and tailored cognitive behavioral therapy for anxiety and depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Cognitive behaviour therapy*, *46*(1), 1–28. https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1231219

Pennant, M. E., Loucas, C. E., Whittington, C., Creswell, C., Fonagy, P., Fuggle, P., Kelvin, R., Naqvi, S., Stockton, S., Kendall, T., & Expert Advisory Group (2015). Computerised therapies for anxiety and depression in children and young people: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, *67*, 1–18. https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.01.009

Philipp, R., Kriston, L., Lanio, J., Kühne, F., Härter, M., Moritz, S., & Meister, R. (2019). Effectiveness of metacognitive interventions for mental disorders in adults: A systematic review and meta-analysis (METACOG). *Clinical psychology & psychotherapy*, *26*(2), 227–240. https://doi.org/10.1002/cpp.2345

Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, *31*(6), 1032–1040. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.002

Qaseem, A., Barry, M. J., Kansagara, D., & Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians (2016). Nonpharmacologic versus pharmacologic treatment of adult patients with major depressive disorder: A clinical practice guideline from the American college of physicians. *Annals of internal medicine*, *164*(5), 350–359. https://doi.org/10.7326/M15-2570

Qaseem, A., Owens, D. K., Etxeandia-Ikobaltzeta, I., Tufte, J., Cross, J. T., Jr, Wilt, T. J., Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians, Crandall, C. J., Balk, E., Cooney, T. G., Fitterman, N., Hicks, L. A., Lin, J. S., Maroto, M., Obley, A. J., Tice, J. A., & Yost, J. (2023). Nonpharmacologic and pharmacologic treatments of adults in the acute phase of major depressive disorder: A living clinical guideline from the American college of physicians. *Annals of internal medicine*, *176*(2), 239–252. https://doi.org/10.7326/M22-2056

Saddichha, S., Al-Desouki, M., Lamia, A., Linden, I. A., & Krausz, M. (2014). Online interventions for depression and anxiety – a systematic review. *Health psychology and behavioral medicine*, *2*(1), 841–881. https://doi.org/10.1080/21642850.2014.945934

Schefft, C., Guhn, A., Brakemeier, E. L., Sterzer, P., & Köhler, S. (2019). Efficacy of inpatient psychotherapy for major depressive disorder: A meta-analysis of controlled trials. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *139*(4), 322–335. https://doi.org/10.1111/acps.12995

Schefft, C., Heinitz, C., Guhn, A., Brakemeier, E.-L., Sterzer, P., & Köhler, S. (2023). Efficacy and acceptability of third-wave psychotherapies in the treatment of depression: A network meta-analysis of controlled trials. *Frontiers in psychiatry*, *14*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1189970

Serrano-Ripoll, M. J., Zamanillo-Campos, R., Fiol-DeRoque, M. A., Castro, A., & Ricci-Cabello, I. (2022). Impact of smartphone app-based psychological interventions for reducing depressive symptoms in people with depression: Systematic literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *JMIR mHealth and uHealth*, *10*(1), e29621. https://doi.org/10.2196/29621

Sevilla-Llewellyn-Jones, J., Santesteban-Echarri, O., Pryor, I., McGorry, P., & Alvarez-Jimenez, M. (2018). Web-based mindfulness interventions for mental health treatment: Systematic review and meta-analysis. *JMIR mental health*, *5*(3), e10278. https://doi.org/10.2196/10278

Singh, N., & Reece, J. (2014). Psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination for adolescents with major depressive disorder: A meta-analysis. *The Australian educational and developmental psychologist, 31*(1), 47–65. https://doi.org/10.1017/edp.2013.20

Steinert, C., Hofmann, M., Kruse, J., & Leichsenring, F. (2014). Relapse rates after psychotherapy for depression – stable long-term effects? A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *168*, 107–118. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.043

Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A., & Pettman, D. (2014). Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: A meta-analysis of randomised controlled trials. *PloS one*, *9*(4), e96110. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096110

Tseng, H. W., Chou, F. H., Chen, C. H., & Chang, Y. P. (2023). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on major depressive disorder with multiple episodes: A systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, *20*(2), 1555. https://doi.org/10.3390/ijerph20021555

Walter, H. J., Abright, A. R., Bukstein, O. G., Diamond, J., Keable, H., Ripperger-Suhler, J., & Rockhill, C. (2023). Clinical practice guideline for the assessment and treatment of children and adolescents with major and persistent depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *62*(5), 479–502. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.10.001

Watts, S. E., Turnell, A., Kladnitski, N., Newby, J. M., & Andrews, G. (2015). Treatment-as-usual (TAU) is anything but usual: a meta-analysis of CBT versus TAU for anxiety and depression. *Journal of affective disorders*, *175*, 152–167. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.025

Weitz, E. S., Hollon, S. D., Twisk, J., van Straten, A., Huibers, M. J., David, D., DeRubeis, R. J., Dimidjian, S., Dunlop, B. W., Cristea, I. A., Faramarzi, M., Hegerl, U., Jarrett, R. B., Kheirkhah, F., Kennedy, S. H., Mergl, R., Miranda, J., Mohr, D. C., Rush, A. J., Segal, Z. V., ... Cuijpers, P. (2015). Baseline depression severity as moderator of depression outcomes between cognitive behavioral therapy vs pharmacotherapy: An individual patient data meta-analysis. *JAMA psychiatry*, *72*(11), 1102–1109. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1516

Weitz, E., Kleiboer, A., van Straten, A., & Cuijpers, P. (2018). The effects of psychotherapy for depression on anxiety symptoms: A meta-analysis. *Psychological medicine*, *48*(13), 2140–2152. https://doi.org/10.1017/S0033291717003622

Werson, A. D., Meiser-Stedman, R., & Laidlaw, K. (2022). A meta-analysis of CBT efficacy for depression comparing adults and older adults. *Journal of affective disorders*, *319*, 189–201. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.020

Wilks, C. R., Zieve, G. G., & Lessing, H. K. (2016). Are trials of computerized therapy generalizable? A multidimensional meta-analysis. *Telemedicine journal and e-health: the official journal of the American Telemedicine Association*, *22*(5), 450–457. https://doi.org/10.1089/tmj.2015.0129

Wright, J. H., Owen, J. J., Richards, D., Eells, T. D., Richardson, T., Brown, G. K., Barrett, M., Rasku, M. A., Polser, G., & Thase, M. E. (2019). Computer-assisted cognitive-behavior therapy for depression: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, *80*(2), 18r12188. https://doi.org/10.4088/JCP.18r12188

Zakhour, S., Nardi, A. E., Levitan, M., & Appolinario, J. C. (2020). Cognitive-behavioral therapy for treatment-resistant depression in adults and adolescents: A systematic review. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, *42*(1), 92–101. https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0033

Zhang, A., Franklin, C., Jing, S., Bornheimer, L. A., Hai, A. H., Himle, J. A., Kong, D., & Ji, Q. (2019). The effectiveness of four empirically supported psychotherapies for primary care depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *245*, 1168–1186. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.008

Zhang, Z., Zhang, L., Zhang, G., Jin, J., & Zheng, Z. (2018). The effect of CBT and its modifications for relapse prevention in major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, *18*(1), 50. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1610-5

Zhou, S. G., Hou, Y. F., Liu, D., & Zhang, X. Y. (2017). Effect of Cognitive Behavioral Therapy Versus Interpersonal Psychotherapy in Patients with Major Depressive Disorder: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Chinese medical journal*, *130*(23), 2844–2851. https://doi.org/10.4103/0366-6999.219149

Zhou, X., Teng, T., Zhang, Y., Del Giovane, C., Furukawa, T. A., Weisz, J. R., Li, X., Cuijpers, P., Coghill, D., Xiang, Y., Hetrick, S. E., Leucht, S., Qin, M., Barth, J., Ravindran, A. V., Yang, L., Curry, J., Fan, L., Silva, S. G., ... Xie, P. (2020). Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: A systematic review and network meta-analysis. *The lancet psychiatry*, *7*(7), 581–601. https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30137-1

Załącznik 2.2. Lista wyselekcjonowanych metaanaliz i przeglądów systematycznych dotyczących choroby afektywnej dwubiegunowej

Anmella, G., Faurholt-Jepsen, M., Hidalgo-Mazzei, D., Radua, J., Passos, I. C., Kapczinski, F., Minuzzi, L., Alda, M., Meier, S., Hajek, T., Ballester, P., Birmaher, B., Hafeman, D., Goldstein, T., Brietzke, E., Duffy, A., Haarman, B., López-Jaramillo, C., Yatham, L. N., Lam, R. W., ... Kessing, L. V. (2022). Smartphone-based interventions in bipolar disorder: Systematic review and meta-analyses of efficacy. A position paper from the International Society for Bipolar Disorders (ISBD) Big Data Task Force. *Bipolar disorders*, *24*(6), 580–614. https://doi.org/10.1111/bdi.13243

Bojic, S., & Becerra, R. (2017). Mindfulness-based treatment for bipolar disorder: A systematic review of the literature. *Europe's journal of psychology*, *13*(3), 573–598. https://doi.org/10.5964/ejop.v13i3.1138

Burgos-Julián, F. A., Ruiz-Íñiguez, R., Peña-Ibáñez, F., Montero, A. C., & Santed-Germán, M. A. (2022). Mindfulness-based and mindfulness-informed interventions in bipolar disorder: A meta-analysis based on Becker's method. *Clinical psychology & psychotherapy*, *29*(4), 1172–1185. https://doi.org/10.1002/cpp.2717

Chatterton, M. L., Stockings, E., Berk, M., Barendregt, J. J., Carter, R., & Mihalopoulos, C. (2017). Psychosocial therapies for the adjunctive treatment of bipolar disorder in adults: Network meta-analysis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *210*(5), 333–341. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.195321

Chiang, K. J., Tsai, J. C., Liu, D., Lin, C. H., Chiu, H. L., & Chou, K. R. (2017). Efficacy of cognitive--behavioral therapy in patients with bipolar disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PloS one*, *12*(5), e0176849. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176849

Chiesa, A., & Serretti, A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, *187*(3), 441–453. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.011

Chu, C. S., Stubbs, B., Chen, T. Y., Tang, C. H., Li, D. J., Yang, W. C., Wu, C. K., Carvalho, A. F., Vieta, E., Miklowitz, D. J., Tseng, P. T., & Lin, P. Y. (2018). The effectiveness of adjunct mindfulness-based intervention in treatment of bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *225*, 234–245. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.025

Gregory V. L., Jr (2010). Cognitive-behavioral therapy for depression in bipolar disorder: A meta-analysis. *Journal of evidence-based social work*, *7*(4), 269–279. https://doi.org/10.1080/15433710903176088

Gregory, V. L., Jr. (2010). Cognitive-behavioral therapy for mania: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Social work in mental health, 8*(6), 483–494. https://doi.org/10.1080/15332981003744388

Gutierrez, G., Gizzarelli, T., Moghimi, E., Vazquez, G., & Alavi, N. (2023). Online cognitive behavioral therapy (eCBT) for the management of depression symptoms in unipolar and bipolar spectrum disorders, a systematic review and network meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *341*, 379–392. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.09.005

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, *36*(5), 427–440. https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1

Janis, R. A., Burlingame, G. M., Svien, H., Jensen, J., & Lundgreen, R. (2021). Group therapy for mood disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy research: journal of the society for psychotherapy research*, *31*(3), 342–358. https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1817603

Jones, B. D. M., Umer, M., Kittur, M. E., Finkelstein, O., Xue, S., Dimick, M. K., Ortiz, A., Goldstein, B. I., Mulsant, B. H., & Husain, M. I. (2023). A systematic review on the effectiveness of dialectical

behavior therapy for improving mood symptoms in bipolar disorders. *International journal of bipolar disorders*, *11*(1), 6. https://doi.org/10.1186/s40345-023-00288-6

Leichsenring, F., Steinert, C., Rabung, S., & Ioannidis, J. P. A. (2022). The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *21*(1), 133–145. https://doi.org/10.1002/wps.20941

Lovas, D. A., & Schuman-Olivier, Z. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A systematic review. *Journal of affective disorders*, *240*, 247–261. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.017

Macheiner, T., Skavantzos, A., Pilz, R., & Reininghaus, E. Z. (2017). A meta-analysis of adjuvant group-interventions in psychiatric care for patients with bipolar disorders. *Journal of affective disorders*, *222*, 28–31. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.057

Marchionatti, L. E., Antonelli-Salgado, T., Erthal, I. N., Lopes, S. L. S., Lucas, L. S., Rebouças, D. B., & Passos, I. C. (2022). Bipolar disorder treatment according to illness trajectory: a systematic review of clinical trials. *Psychiatry research*, *312*, 114572. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114572

Miklowitz, D. J., Efthimiou, O., Furukawa, T. A., Scott, J., McLaren, R., Geddes, J. R., & Cipriani, A. (2021). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: A systematic review and component network meta--analysis. *JAMA psychiatry*, *78*(2), 141–150. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2993

Miziou, S., Tsitsipa, E., Moysidou, S., Karavelas, V., Dimelis, D., Polyzoidou, V., & Fountoulakis, K. N. (2015). Psychosocial treatment and interventions for bipolar disorder: A systematic review. *Annals of general psychiatry*, *14*, 19. https://doi.org/10.1186/s12991-015-0057-z

Oud, M., Mayo-Wilson, E., Braidwood, R., Schulte, P., Jones, S. H., Morriss, R., Kupka, R., Cuijpers, P., & Kendall, T. (2016). Psychological interventions for adults with bipolar disorder: Systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *208*(3), 213–222. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.157123

Perich, T., & Mitchell, P. B. (2019). Psychological interventions for young people at risk for bipolar disorder: A systematic review. *Journal of affective disorders*, *252*, 84–91. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.058

Ratheesh, A., Hett, D., Ramain, J., Wong, E., Berk, L., Conus, P., Fristad, M. A., Goldstein, T., Hillegers, M., Jauhar, S., Kessing, L. V., Miklowitz, D. J., Murray, G., Scott, J., Tohen, M., Yatham, L. N., Young, A. H., Berk, M., & Marwaha, S. (2023). A systematic review of interventions in the early course of bipolar disorder I or II: a report of the International Society for Bipolar Disorders Taskforce on early intervention. *International journal of bipolar disorders*, *11*(1), 1. https://doi.org/10.1186/s40345-022-00275-3

Saraf, G., Moazen-Zadeh, E., Pinto, J. V., Ziafat, K., Torres, I. J., Kesavan, M., & Yatham, L. N. (2021). Early intervention for people at high risk of developing bipolar disorder: a systematic review of clinical trials. *The lancet. Psychiatry*, *8*(1), 64–75. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30188-7

Tamayo, J., Mejía-Rodríguez, D., Navarro-Montoya, A., Alvarez, L., Vieta, E., & Vázquez, G. (2013). Therapy of No-Type I Bipolar Spectrum Disorders: A systematic review. *Current psychiatry reviews, 9*, 41–50. 10.2174/1573400511309010006

Tan, M. K., Chia, E. C., Tam, W. W., McIntyre, R. S., Zhang, Z., Dam, V. A., Nguyen, T. T., Do, H. T., Ho, R. C., & Ho, C. S. H. (2022). A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy and group psychoeducation for treating symptoms and preventing relapse in people living with bipolar disorder. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *10*(11), 2288. https://doi.org/10.3390/healthcare10112288

Tremain, H., Fletcher, K., Scott, J., McEnery, C., Berk, M., & Murray, G. (2020). The influence of stage of illness on functional outcomes after psychological treatment in bipolar disorder: A systematic review. *Bipolar disorders*, *22*(7), 666–692. https://doi.org/10.1111/bdi.12974

Xuan, R., Li, X., Qiao, Y., Guo, Q., Liu, X., Deng, W., Hu, Q., Wang, K., & Zhang, L. (2020). Mindfulness--based cognitive therapy for bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, *290*, 113116. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113116

Ye, B. Y., Jiang, Z. Y., Li, X., Cao, B., Cao, L. P., Lin, Y., Xu, G. Y., & Miao, G. D. (2016). Effectiveness of cognitive behavioral therapy in treating bipolar disorder: An updated meta-analysis with randomized controlled trials. *Psychiatry and clinical neurosciences*, *70*(8), 351–361. https://doi.org/10.1111/pcn.12399

Yilmaz, S., Huguet, A., Kisely, S., Rao, S., Wang, J., Baur, K., Price, M., O'Mahen, H., & Wright, K. (2022). Do psychological interventions reduce symptoms of depression for patients with bipolar I or II disorder? A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *301*, 193–204. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.112

Załącznik 2.3. Lista wyselekcjonowanych metaanaliz i przeglądów systematycznych dotyczących zaburzenia z lękiem uogólnionym

Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. *PloS one*, *5*(10), e13196. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013196

Bandelow, B., Reitt, M., Röver, C., Michaelis, S., Görlich, Y., & Wedekind, D. (2015). Efficacy of treatments for anxiety disorders: A meta-analysis. *International clinical psychopharmacology*, *30*(4), 183–192. https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000078

Barkowski, S., Schwartze, D., Strauss, B., Burlingame, G. M., & Rosendahl, J. (2020). Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy research: journal of the society for psychotherapy research*, *30*(8), 965–982. https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1729440

Carl, E., Witcraft, S. M., Kauffman, B. Y., Gillespie, E. M., Becker, E. S., Cuijpers, P., Van Ameringen, M., Smits, J. A. J., & Powers, M. B. (2020). Psychological and pharmacological treatments for generalized anxiety disorder (GAD): A meta-analysis of randomized controlled trials. *Cognitive behaviour therapy*, *49*(1), 1–21. https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1560358

Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and anxiety*, *35*(6), 502–514. https://doi.org/10.1002/da.22728

Chen, T.-R., Huang, H.-C., Hsu, J.-H., Ouyang, W.-C., & Lin, K.-C. (2019). Pharmacological and psychological interventions for generalized anxiety disorder in adults: A network meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, *118*, 73–83. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.08.014

Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World psychiatry*, *15*(3), 245–258. https://doi.org/10.1002/wps.20346

Cuijpers, P., Gentili, C., Banos, R. M., Garcia-Campayo, J., Botella, C., & Cristea, I. A. (2016). Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: A meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, *43*, 79–89. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.003

Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M., & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, *34*(2), 130–140. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.002

van Dis, E. A. M., van Veen, S. C., Hagenaars, M. A., Batelaan, N. M., Bockting, C. L. H., van den Heuvel, R. M., Cuijpers, P., & Engelhard, I. M. (2020). Long-term outcomes of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: A systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, *77*(3), 265–273. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3986

Eilert, N., Enrique, A., Wogan, R., Mooney, O., Timulak, L., & Richards, D. (2021). The effectiveness of Internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder: An updated systematic review and meta-analysis. *Depression and anxiety*, *38*(2), 196–219. https://doi.org/10.1002/da.23115

Flückiger, C., Carratta, K., Re, A. C. D., Probst, G., Vîslă, A., Penedo, J. M. G., & Wampold, B. E. (2022). The relative efficacy of bona fide cognitive behavioral therapy and applied relaxation for generalized anxiety disorder at follow-up: A longitudinal multilevel meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, *90*(4), 339–352. https://doi.org/10.1037/ccp0000717

Ghahari, S., Mohammadi-Hasel, K., Malakouti, S. K., & Roshanpajouh, M. (2020). Mindfulness-based cognitive therapy for generalised anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *East Asian archives of psychiatry: official journal of the Hong Kong College of Psychiatrists = Dong*

Ya jing shen ke xue zhi: Xianggang jing shen ke yi xue yuan qi kan, *30*(2), 52–56. https://doi.org/10.12809/eaap1885

Hanrahan, F., Field, A. P., Jones, F. W., & Davey, G. C. L. (2013). A meta-analysis of cognitive therapy for worry in generalized anxiety disorder. *Clinical psychology review*, *33*(1), 120–132. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.008

Kelson, J., Rollin, A., Ridout, B., & Campbell, A. (2019). Internet-delivered acceptance and commitment therapy for anxiety treatment: Systematic review. *Journal of medical internet research*, *21*(1). https://doi.org/10.2196/12530

Montero-Marin, J., Garcia-Campayo, J., López-Montoyo, A., Zabaleta-Del-Olmo, E., & Cuijpers, P. (2018). Is cognitive-behavioural therapy more effective than relaxation therapy in the treatment of anxiety disorders? A meta-analysis. *Psychological medicine*, *48*(9), 1427–1436. https://doi.org/10.1017/S0033291717003099

Papola, D., Miguel, C., Mazzaglia, M., Franco, P., Tedeschi, F., Romero, S. A., Patel, A. R., Ostuzzi, G., Gastaldon, C., Karyotaki, E., Harrer, M., Purgato, M., Sijbrandij, M., Patel, V., Furukawa, T. A., Cuijpers, P., & Barbui, C. (2023). Psychotherapies for generalized anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis of randomized clinical trials. *JAMA psychiatry*. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.3971

Richards, D., Richardson, T., Timulak, L., & McElvaney, J. (2015). The efficacy of internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Internet interventions*, *2*(3), 272–282. https://doi.org/10.1016/j.invent.2015.07.003

Stefanopoulou, E., Lewis, D., Taylor, M., Broscombe, J., & Larkin, J. (2019). Digitally Delivered Psychological Interventions for Anxiety Disorders: A Comprehensive Review. *Psychiatric quarterly*, *90*(1), 197–215. https://doi.org/10.1007/s11126-018-9620-5

Trenoska Basile, V., Newton-John, T., & Wootton, B. M. (2022). Remote cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, *78*(12), 2381–2395. https://doi.org/10.1002/jclp.23360

Wang, Z., Whiteside, S. P. H., Sim, L., Farah, W., Morrow, A. S., Alsawas, M., Barrionuevo, P., Tello, M., Asi, N., Beuschel, B., Daraz, L., Almasri, J., Zaiem, F., Larrea-Mantilla, L., Ponce, O. J., LeBlanc, A., Prokop, L. J., & Murad, M. H. (2017). Comparative effectiveness and safety of cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy for childhood anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *JAMA pediatrics*, *171*(11), 1049–1056. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.3036

Williams, M., Honan, C., Skromanis, S., Sanderson, B., & Matthews, A. J. (2023). Psychological outcomes and mechanisms of mindfulness-based training for generalised anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Current psychology*. https://doi.org/10.1007/s12144-023-04695-x

Zhang, W., Du, Y., Yang, X., Wang, E., Fang, J., Liu, Z., Wu, S., Liu, Q., & Hu, Y. (2022). Comparative efficacy of face-to-face and internet-based cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder: A meta-analysis of randomized controlled trial. *Frontiers in psychiatry*, *13*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.832167

Załącznik 2.4. Lista wyselekcjonowanych metaanaliz i przeglądów systematycznych dotyczących lęku społecznego

Andrews, G., Basu, A., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., English, C. L., & Newby, J. M. (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, *55*, 70–78. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.01.001

Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. *PloS one*, *5*(10), e13196. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013196

Arnberg, F. K., Linton, S. J., Hultcrantz, M., Heintz, E., & Jonsson, U. (2014). Internet-delivered psychological treatments for mood and anxiety disorders: A systematic review of their efficacy, safety, and cost-effectiveness. *PloS one*, *9*(5), e98118. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0098118

Bandelow, B., Reitt, M., Röver, C., Michaelis, S., Görlich, Y., & Wedekind, D. (2015). Efficacy of treatments for anxiety disorders: A meta-analysis. *International clinical psychopharmacology*, *30*(4), 183–192. https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000078

Barkowski, S., Schwartze, D., Strauss, B., Burlingame, G. M., Barth, J., & Rosendahl, J. (2016). Efficacy of group psychotherapy for social anxiety disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *Journal of anxiety disorders*, *39*, 44–64. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.005

Carl, E., Stein, A. T., Levihn-Coon, A., Pogue, J. R., Rothbaum, B., Emmelkamp, P., Asmundson, G. J. G., Carlbring, P., & Powers, M. B. (2019). Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of anxiety disorders*, *61*, 27–36. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.08.003

Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and anxiety*, *35*(6), 502–514. https://doi.org/10.1002/da.22728

Cuijpers, P., Gentili, C., Banos, R. M., Garcia-Campayo, J., Botella, C., & Cristea, I. A. (2016). Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: A meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, *43*, 79–89. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.003

Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., & Reynolds III, C. F. (2013). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: A meta-analysis of direct comparisons. *World psychiatry*, *12*(2), 137–148. https://doi.org/10.1002/wps.20038

van Dis, E. A. M., van Veen, S. C., Hagenaars, M. A., Batelaan, N. M., Bockting, C. L. H., van den Heuvel, R. M., Cuijpers, P., & Engelhard, I. M. (2020). Long-term outcomes of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: A systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, *77*(3), 265–273. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3986

Farrand, P., & Woodford, J. (2013). Impact of support on the effectiveness of written cognitive behavioural self-help: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical psychology review*, *33*(1), 182–195. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.11.001

Guo, S., Deng, W., Wang, H., Liu, J., Liu, X., Yang, X., He, C., Zhang, Q., Liu, B., Dong, X., Yang, Z., Li, Z., & Li, X. (2021). The efficacy of internet-based cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology & psychotherapy*, *28*(3), 656–668. https://doi.org/10.1002/cpp.2528

Hans, E., & Hiller, W. (2013). A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies on outpatient cognitive behavioral therapy for adult anxiety disorders. *Clinical psychology review*, *33*(8), 954–964. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.003

Haug, T., Nordgreen, T., Öst, L. G., & Havik, O. E. (2012). Self-help treatment of anxiety disorders: A meta-analysis and meta-regression of effects and potential moderators. *Clinical psychology review*, *32*(5), 425–445. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.04.002

Hedman, E., Ljótsson, B., & Lindefors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the Internet: A systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, *12*(6), 745–764. https://doi.org/10.1586/erp.12.67

Huhn, M., Tardy, M., Spineli, L. M., Kissling, W., Förstl, H., Pitschel-Walz, G., Leucht, C., Samara, M., Dold, M., Davis, J. M., & Leucht, S. (2014). Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: A systematic overview of meta-analyses. *JAMA psychiatry*, *71*(6), 706–715. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.112

Kampmann, I. L., Emmelkamp, P. M. G., & Morina, N. (2016). Meta-analysis of technology-assisted interventions for social anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, *42*, 71–84. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.06.007

Kelson, J., Rollin, A., Ridout, B., & Campbell, A. (2019). Internet-delivered acceptance and commitment therapy for anxiety treatment: Systematic review. *Journal of medical Internet research*, *21*(1), e12530. https://doi.org/10.2196/12530

Kindred, R., Bates, G. W., & McBride, N. L. (2022). Long-term outcomes of cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of anxiety disorders*, *92*, 102640. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102640

Li, J., Cai, Z., Li, X., Du, R., Shi, Z., Hua, Q., Zhang, M., Zhu, C., Zhang, L., & Zhan, X. (2021). Mindfulness--based therapy versus cognitive behavioral therapy for people with anxiety symptoms: A systematic review and meta-analysis of random controlled trials. *Annals of palliative medicine*, *10*(7), 7596–7612. https://doi.org/10.21037/apm-21-1212

Linardon, J., Cuijpers, P., Carlbring, P., Messer, M., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2019). The efficacy of app-supported smartphone interventions for mental health problems: A meta-analysis of randomized controlled trials. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *18*(3), 325–336. https://doi.org/10.1002/wps.20673

Liu, X., Yi, P., Ma, L., Liu, W., Deng, W., Yang, X., Liang, M., Luo, J., Li, N., & Li, X. (2021). Mindfulness--based interventions for social anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, *300*, 113935. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113935

Mayo-Wilson, E., Dias, S., Mavranezouli, I., Kew, K., Clark, D. M., Ades, A. E., & Pilling, S. (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet. Psychiatry*, *1*(5), 368–376. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70329-3

Meyerbröker, K., & Emmelkamp, P. M. G. (2010). Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: A systematic review of process-and-outcome studies. *Depression and anxiety*, *27*(10), 933–944. https://doi.org/10.1002/da.20734

Montero-Marin, J., Garcia-Campayo, J., López-Montoyo, A., Zabaleta-Del-Olmo, E., & Cuijpers, P. (2018). Is cognitive-behavioural therapy more effective than relaxation therapy in the treatment of anxiety disorders? A meta-analysis. *Psychological medicine*, *48*(9), 1427–1436. https://doi.org/10.1017/S0033291717003099

Norton, A. R., Abbott, M. J., Norberg, M. M., & Hunt, C. (2015). A systematic review of mindfulness and acceptance-based treatments for social anxiety disorder. *Journal of clinical psychology*, *71*(4), 283–301. https://doi.org/10.1002/jclp.22144

Oldham-Cooper, R., & Loades, M. (2017). Disorder-specific versus generic cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children and young people: A systematic narrative review

of evidence for the effectiveness of disorder-specific CBT compared with the disorder-generic treatment, Coping Cat. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing: official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, *30*(1), 6–17. https://doi.org/10.1111/jcap.12165

Opriş, D., Pintea, S., García-Palacios, A., Botella, C., Szamosközi, Ş., & David, D. (2012). Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: A quantitative meta-analysis. *Depression and anxiety*, *29*(2), 85–93. https://doi.org/10.1002/da.20910

Öst, L.-G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, *61*, 105–121. https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018

Öst, L.-G., Enebrink, P., Finnes, A., Ghaderi, A., Havnen, A., Kvale, G., Salomonsson, S., & Wergeland, G. J. (2023). Cognitive behavior therapy for adult anxiety disorders in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology: Science and practice*, *30*(3), 272–290. https://doi.org/10.1037/cps0000144

Öst, L.-G., & Ollendick, T. H. (2017). Brief, intensive and concentrated cognitive behavioral treatments for anxiety disorders in children: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, *97*, 134–145. https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.07.008

Ougrin, D. (2011). Efficacy of exposure versus cognitive therapy in anxiety disorders: Systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, *11*, 200. https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-200

Pennant, M. E., Loucas, C. E., Whittington, C., Creswell, C., Fonagy, P., Fuggle, P., Kelvin, R., Naqvi, S., Stockton, S., Kendall, T., Bevington, D., Fairburn, C., Keen, D., Lamb, S., Larsson, L., Murphy, M., Pilling, S., Pugh, K., Ringwood, S., ... Williams, P. (2015). Computerised therapies for anxiety and depression in children and young people: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, *67*, 1–18. https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.01.009

Rozen, N., & Aderka, I. M. (2020). Do depressive symptoms affect the outcome of treatments for SAD? A meta analysis of randomized controlled trials. *Clinical psychology review*, *80*, 101874. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101874

Sadeghi, R., Mokhber, N., Mahmoudi, L. Z., Asgharipour, N., & Seyfi, H. (2015). A systematic review and meta-analysis on controlled treatment trials of metacognitive therapy for anxiety disorders. *Journal of research in medical sciences*, *20*(9), 901–909. https://doi.org/10.4103/1735-1995.170632

Sakiris, N., & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical psychology review*, *72*. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751

Scaini, S., Belotti, R., Ogliari, A., & Battaglia, M. (2016). A comprehensive meta-analysis of cognitive--behavioral interventions for social anxiety disorder in children and adolescents. *Journal of anxiety disorders*, *42*, 105–112. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.05.008

Springer, K. S., Levy, H. C., & Tolin, D. F. (2018). Remission in CBT for adult anxiety disorders: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, *61*, 1–8. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.002

Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of anxiety: A systematic review. *Clinical psychology review*, *33*(8), 965–978. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.002

Tafuro, A., Masi, G., Terracciano, M., Maldonato, N. M., Bottone, M., Sperandeo, R., Scandurra, C., & Muzii, B. (2022). Virtual reality in the treatment of social anxiety disorder: A systematic review. *IEEE Int. Conf. Cogn. Infocommunications, CogInfoCom*, 23–28. https://doi.org/10.1109/CogInfoCom55841.2022.10081858

Vigerland, S., Lenhard, F., Bonnert, M., Lalouni, M., Hedman, E., Ahlen, J., Olén, O., Serlachius, E., & Ljótsson, B. (2016). Internet-delivered cognitive behavior therapy for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, *50*, 1–10. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.005

Wang, Z., Whiteside, S. P. H., Sim, L., Farah, W., Morrow, A. S., Alsawas, M., Barrionuevo, P., Tello, M., Asi, N., Beuschel, B., Daraz, L., Almasri, J., Zaiem, F., Larrea-Mantilla, L., Ponce, O. J., LeBlanc, A., Prokop, L. J., & Murad, M. H. (2017). Comparative effectiveness and safety of cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy for childhood anxiety disorders: a systematic review and meta--analysis. *JAMA pediatrics*, *171*(11), 1049–1056. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.3036

Wechsler, T. F., Mühlberger, A., & Kümpers, F. (2019). Inferiority or even superiority of virtual reality exposure therapy in phobias? – A systematic review and quantitative meta-analysis on randomized controlled trials specifically comparing the efficacy of virtual reality exposure to gold standard in vivo exposure in Agoraphobia, Specific Phobia and Social Phobia. *Frontiers in psychology*, *10*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01758

Wersebe, H., Sijbrandij, M., & Cuijpers, P. (2013). Psychological group-treatments of social anxiety disorder: A meta-analysis. *PloS one*, *8*(11), e79034. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0079034

Winter, H. R., Norton, A. R., Burley, J. L., & Wootton, B. M. (2023). Remote cognitive behaviour therapy for social anxiety disorder: A meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, *100*, 102787. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102787

Wong, K. P., Lai, C. Y. Y., & Qin, J. (2023). Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials for evaluating the effectiveness of virtual reality therapy for social anxiety disorder. *Journal of affective disorders*, *333*, 353–364. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.04.043

Yang, L., Zhou, X., Pu, J., Liu, L., Cuijpers, P., Zhang, Y., Zhang, H., Yuan, S., Teng, T., Tian, L., & Xie, P. (2019). Efficacy and acceptability of psychological interventions for social anxiety disorder in children and adolescents: A meta-analysis of randomized controlled trials. *European child & adolescent psychiatry*, *28*(1), 79–89. https://doi.org/10.1007/s00787-018-1189-x

Zhang, Q., Yi, P., Song, G., Xu, K., Wang, Y., Liu, J., Chen, Z., Zhang, H., Ma, L., Liu, W., & Li, X. (2022). The efficacy of psychodynamic therapy for social anxiety disorder-A comprehensive meta-analysis. *Psychiatry research*, *309*, 114403. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114403

Załącznik 2.5. Lista wyselekcjonowanych metaanaliz i przeglądów systematycznych dotyczących zaburzenia panicznego

Andersson, G., Carlbring, P., Titov, N., & Lindefors, N. (2019). internet interventions for adults with anxiety and mood disorders: A narrative umbrella review of recent meta-analyses. *Canadian journal of psychiatry*, *64*(7), 465–470. https://doi.org/10.1177/0706743719839381

Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. Face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *World psychiatry*, *13*(3), 288–295. https://doi.org/10.1002/wps.20151

Andrews, G., Basu, A., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., English, C. L., & Newby, J. M. (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, *55*, 70–78. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.01.001

Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. *PLoS one*, *5*(10). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013196

Bandelow, B., Reitt, M., Röver, C., Michaelis, S., Görlich, Y., & Wedekind, D. (2015). Efficacy of treatments for anxiety disorders: A meta-analysis. *International clinical psychopharmacology*, *30*(4), 183–192. https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000078

Barkowski, S., Schwartze, D., Strauss, B., Burlingame, G. M., & Rosendahl, J. (2020). Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy research*, *30*(8), 965–982. https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1729440

Berryhill, M. B., Halli-Tierney, A., Culmer, N., Williams, N., Betancourt, A., King, M., & Ruggles, H. (2018). Videoconferencing psychological therapy and anxiety: A systematic review. *Family practice*, *36*(1), 53–63. https://doi.org/10.1093/fampra/cmy072

Breuninger, C., Tuschen-Caffier, B., & Svaldi, J. (2019). Dysfunctional cognition and self-efficacy as mediators of symptom change in exposure therapy for agoraphobia – Systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, *120*. https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103443

Carl, E., Stein, A. T., Levihn-Coon, A., Pogue, J. R., Rothbaum, B., Emmelkamp, P., Asmundson, G. J. G., Carlbring, P., & Powers, M. B. (2019). Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of anxiety disorders*, *61*, 27–36. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.08.003

Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and anxiety*, *35*(6), 502–514. https://doi.org/10.1002/da.22728

Cuijpers, P., Cristea, I. A., Weitz, E., Gentili, C., & Berking, M. (2016). The effects of cognitive and behavioural therapies for anxiety disorders on depression: A meta-analysis. *Psychological medicine*, *46*(16), 3451–3462. https://doi.org/10.1017/S0033291716002348

Cuijpers, P., Gentili, C., Banos, R. M., Garcia-Campayo, J., Botella, C., & Cristea, I. A. (2016). Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: A meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, *43*, 79–89. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.003

Van Dis, E. A. M., Van Veen, S. C., Hagenaars, M. A., Batelaan, N. M., Bockting, C. L. H., Van Den Heuvel, R. M., Cuijpers, P., & Engelhard, I. M. (2020). Long-term outcomes of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: A systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, *77*(3), 265–273. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3986

Domhardt, M., Letsch, J., Kybelka, J., Koenigbauer, J., Doebler, P., & Baumeister, H. (2020). Are Internet- and mobile-based interventions effective in adults with diagnosed panic disorder and/or agoraphobia? A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *276*, 169–182. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.059

Esfandiari, N., Mazaheri, M. A., Akbari-Zardkhaneh, S., Sadeghi-Firoozabadi, V., & Cheraghi, M. (2021). Internet-delivered versus face-to-face cognitive behavior therapy for anxiety disorders: Systematic review and meta-analysis. *International journal of preventive medicine*, *12*(1). https://doi.org/10.4103/ijpvm.ijpvm-208-21

Firth, J., Torous, J., Nicholas, J., Carney, R., Rosenbaum, S., & Sarris, J. (2017). Can smartphone mental health interventions reduce symptoms of anxiety? A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of affective disorders*, *218*, 15–22. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.046

Hedman, E., Ljótsson, B., & Lindefors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the Internet: A systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert review of pharmacoeconomics and outcomes research*, *12*(6), 745–764. https://doi.org/10.1586/erp.12.67

Meyerbröker, K., & Emmelkamp, P. M. G. (2010). Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: A systematic review of process-and-outcome studies. *Depression and anxiety*, *27*(10), 933–944. https://doi.org/10.1002/da.20734

Montero-Marin, J., Garcia-Campayo, J., López-Montoyo, A., Zabaleta-Del-Olmo, E., & Cuijpers, P. (2018). Is cognitive-behavioural therapy more effective than relaxation therapy in the treatment of anxiety disorders? A meta-analysis. *Psychological medicine*, *48*(9), 1427–1436. https://doi.org/10.1017/S0033291717003099

O'Kearney, R., Kim, S., Dawson, R. L., & Calear, A. L. (2019). Are claims of non-inferiority of Internet and computer-based cognitive-behavioural therapy compared with in-person cognitive-behavioural therapy for adults with anxiety disorders supported by the evidence from head-to-head randomised controlled trials? A systematic review. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, *53*(9), 851–865. https://doi.org/10.1177/0004867419864433

Öst, L.-G., Enebrink, P., Finnes, A., Ghaderi, A., Havnen, A., Kvale, G., Salomonsson, S., & Wergeland, G. J. (2023). Cognitive behavior therapy for adult anxiety disorders in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology: science and practice*. https://doi.org/10.1037/cps0000144

Ougrin, D. (2011). Efficacy of exposure versus cognitive therapy in anxiety disorders: Systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, *11*. https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-200

Papola, D., Ostuzzi, G., Tedeschi, F., Gastaldon, C., Purgato, M., Del Giovane, C., Pompoli, A., Pauley, D., Karyotaki, E., Sijbrandij, M., Furukawa, T. A., Cuijpers, P., & Barbui, C. (2022). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for panic disorder with or without agoraphobia: Systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *British journal of psychiatry*, *221*(3), 507–519. https://doi.org/10.1192/bjp.2021.148

Papola, D., Ostuzzi, G., Tedeschi, F., Gastaldon, C., Purgato, M., Del Giovane, C., Pompoli, A., Pauley, D., Karyotaki, E., Sijbrandij, M., Furukawa, T. A., Cuijpers, P., & Barbui, C. (2023). CBT treatment delivery formats for panic disorder: A systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychological medicine*, *53*(3), 614–624. https://doi.org/10.1017/S0033291722003683

Peeters, N., van Passel, B., & Krans, J. (2022). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British journal of clinical psychology*, *61*(3), 579–597. https://doi.org/10.1111/bjc.12324

Pompoli, A., Furukawa, T. A., Efthimiou, O., Imai, H., Tajika, A., & Salanti, G. (2018). Dismantling cognitive--behaviour therapy for panic disorder: A systematic review and component network meta-analysis. *Psychological medicine*, *48*(12), 1945–1953. https://doi.org/10.1017/S0033291717003919

Pompoli, A., Furukawa, T. A., Imai, H., Tajika, A., Efthimiou, O., & Salanti, G. (2016). Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: A network meta-analysis. *Cochrane database of systematic reviews*, *2016*(4). https://doi.org/10.1002/14651858.CD011004.pub2

Sakiris, N., & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical psychology review*, *72*. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751

Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I., Marín-Martínez, F., & Gómez-Conesa, A. (2010). Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, *30*(1), 37–50. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.011

Schröder, D., Wrona, K. J., Müller, F., Heinemann, S., Fischer, F., & Dockweiler, C. (2023). Impact of virtual reality applications in the treatment of anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *81*. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2023.101893

Schwartze, D., Barkowski, S., Strauss, B., Burlingame, G. M., Barth, J., & Rosendahl, J. (2017). Efficacy of group psychotherapy for panic disorder: Meta-Analysis of randomized, controlled trials. *Group dynamics*, *21*(2), 77–93. https://doi.org/10.1037/gdn0000064

Stech, E. P., Lim, J., Upton, E. L., & Newby, J. M. (2020). Internet-delivered cognitive behavioral therapy for panic disorder with or without agoraphobia: A systematic review and meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, *49*(4), 270–293. https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1628808

Wiebe, A., Kannen, K., Selaskowski, B., Mehren, A., Thöne, A.-K., Pramme, L., Blumenthal, N., Li, M., Asché, L., Jonas, S., Bey, K., Schulze, M., Steffens, M., Pensel, M. C., Guth, M., Rohlfsen, F., Ekhlas, M., Lügering, H., Fileccia, H., ... Braun, N. (2022). Virtual reality in the diagnostic and therapy for mental disorders: A systematic review. *Clinical psychology review*, *98*, 102213. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102213

Załącznik 2.6. Lista wyselekcjonowanych metaanaliz i przeglądów systematycznych dotyczących fobii specyficznych

Arroll, B., Wallace, H. B., Mount, V., Humm, S. P., & Kingsford, D. W. (2017). A systematic review and meta-analysis of treatments for acrophobia. *The medical journal of Australia*, *206*(6), 263–267. https://doi.org/10.5694/mja16.00540

Carl, E., Stein, A. T., Levihn-Coon, A., Pogue, J. R., Rothbaum, B., Emmelkamp, P., Asmundson, G. J. G., Carlbring, P., & Powers, M. B. (2019). Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of anxiety disorders*, *61*, 27–36. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.08.003

Chou, P.-H., Tseng, P.-T., Wu, Y.-C., Chang, J. P.-C., Tu, Y.-K., Stubbs, B., Carvalho, A. F., Lin, P.-Y., Chen, Y.-W., & Su, K.-P. (2021). Efficacy and acceptability of different interventions for acrophobia: A network meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of affective disorders*, *282*, 786–794. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.172

Davis, T. E., 3rd, Ollendick, T. H., & Öst, L.-G. (2019). One-Session Treatment of Specific Phobias in Children: Recent Developments and a Systematic Review. *Annual review of clinical psychology*, *15*, 233–256. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095608

Van Dis, E. A. M., Van Veen, S. C., Hagenaars, M. A., Batelaan, N. M., Bockting, C. L. H., Van Den Heuvel, R. M., Cuijpers, P., & Engelhard, I. M. (2020). Long-term Outcomes of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, *77*(3), 265–273. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3986

Freitas, J. R. S., Velosa, V. H. S., Abreu, L. T. N., Jardim, R. L., Santos, J. A. V., Peres, B., & Campos, P. F. (2021). Virtual Reality Exposure Treatment in Phobias: A Systematic Review. *The psychiatric quarterly*, *92*(4), 1685–1710. https://doi.org/10.1007/s11126-021-09935-6

Haug, T., Nordgreen, T., Öst, L. G., & Havik, O. E. (2012). Self-help treatment of anxiety disorders: A meta-analysis and meta-regression of effects and potential moderators. *Clinical psychology review*, *32*(5), 425–445. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.04.002

Keyes, A., Gilpin, H. R., & Veale, D. (2018). Phenomenology, epidemiology, co-morbidity and treatment of a specific phobia of vomiting: A systematic review of an understudied disorder. *Clinical psychology review*, *60*, 15–31. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.12.002

Krzystanek, M., Surma, S., Stokrocka, M., Romańczyk, M., Przybyło, J., Krzystanek, N., & Borkowski, M. (2021). Tips for effective implementation of virtual reality exposure therapy in phobias—a systematic review. *Frontiers in psychiatry*, *12*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.737351

van Loenen, I., Scholten, W., Muntingh, A., Smit, J., & Batelaan, N. (2022). The Effectiveness of Virtual Reality Exposure–Based Cognitive Behavioral Therapy for Severe Anxiety Disorders, Obsessive--Compulsive Disorder, and Posttraumatic Stress Disorder: Meta-analysis. *Journal of medical internet research*, *24*(2). https://doi.org/10.2196/26736

McMillan, D., & Lee, R. (2010). A systematic review of behavioral experiments vs. Exposure alone in the treatment of anxiety disorders: A case of exposure while wearing the emperor's new clothes? *Clinical psychology review*, *30*(5), 467–478. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.003

McMurtry, C. M., Noel, M., Taddio, A., Antony, M. M., Asmundson, G. J. G., Riddell, R. P., Chambers, C. T., Shah, V., MacDonald, N. E., Rogers, J., Bucci, L., Mousmanis, P., Lang, E., Halperin, S. A., Bowles, S., Halpert, C., Ipp, M., Rieder, M., Robson, K., ... Bleeker, E. V. (2015). Interventions for individuals with high levels of needle fear: Systematic review of randomized controlled trials and quasi-randomized controlled trials. *Clinical journal of pain*, *31*(10), S109–S123. https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000273

Montero-Marin, J., Garcia-Campayo, J., López-Montoyo, A., Zabaleta-Del-Olmo, E., & Cuijpers, P. (2018). Is cognitive-behavioural therapy more effective than relaxation therapy in the treatment of anxiety

disorders? A meta-analysis. *Psychological medicine*, *48*(9), 1427–1436. https://doi.org/10.1017/S0033291717003099

Odgers, K., Kershaw, K. A., Li, S. H., & Graham, B. M. (2022). The relative efficacy and efficiency of single- and multi-session exposure therapies for specific phobia: A meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, *159*. https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104203

O'Kearney, R., Kim, S., Dawson, R. L., & Calear, A. L. (2019). Are claims of non-inferiority of Internet and computer-based cognitive-behavioural therapy compared with in-person cognitive-behavioural therapy for adults with anxiety disorders supported by the evidence from head-to-head randomised controlled trials? A systematic review. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, *53*(9), 851–865. https://doi.org/10.1177/0004867419864433

Oldham-Cooper, R., & Loades, M. (2017). Disorder-specific versus generic cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children and young people: A systematic narrative review of evidence for the effectiveness of disorder-specific CBT compared with the disorder-generic treatment, Coping Cat. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing: official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, *30*(1), 6–17. https://doi.org/10.1111/jcap.12165

Schröder, D., Wrona, K. J., Müller, F., Heinemann, S., Fischer, F., & Dockweiler, C. (2023). Impact of virtual reality applications in the treatment of anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *81*. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2023.101893

Stoll, R. D., Pina, A. A., & Schleider, J. (2020). Brief, Non-Pharmacological, Interventions for Pediatric Anxiety: Meta-Analysis and Evidence Base Status. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, *49*(4), 435–459. https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1738237

Wechsler, T. F., Kümpers, F., & Mühlberger, A. (2019). Inferiority or Even Superiority of Virtual Reality Exposure Therapy in Phobias?-A Systematic Review and Quantitative Meta-Analysis on Randomized Controlled Trials Specifically Comparing the Efficacy of Virtual Reality Exposure to Gold Standard in vivo Exposure in Agoraphobia, Specific Phobia, and Social Phobia. *Frontiers in psychology*, *10*, 1758. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01758

Wiebe, A., Kannen, K., Selaskowski, B., Mehren, A., Thöne, A.-K., Pramme, L., Blumenthal, N., Li, M., Asché, L., Jonas, S., Bey, K., Schulze, M., Steffens, M., Pensel, M. C., Guth, M., Rohlfsen, F., Ekhlas, M., Lügering, H., Fileccia, H., ... Braun, N. (2022). Virtual reality in the diagnostic and therapy for mental disorders: A systematic review. *Clinical psychology review*, *98*, 102213. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102213

Załącznik 2.7. Lista wyselekcjonowanych metaanaliz i przeglądów systematycznych dotyczących zaburzenia z lękiem o stan zdrowia

Axelsson, E., & Hedman-Lagerlöf, E. (2019). Cognitive behavior therapy for health anxiety: Systematic review and meta-analysis of clinical efficacy and health economic outcomes. *Expert review of pharmacoeconomics and outcomes research*, *19*(6), 663–676. https://doi.org/10.1080/14737167.2019.1703182

Cooper, C., Wratten, S., Williams-Hall, R., Bookman, A. A. M., Ndife, B., Hueber, W., & Goswami, P. (2022). Qualitative Research with Patients and Physicians to Assess Content Validity and Meaningful Change on ESSDAI and ESSPRI in Sjögren's. *Rheumatology and therapy*, *9*(6), 1499–1515. https://doi.org/10.1007/s40744-022-00487-0

Fineberg, N. A., Pellegrini, L., Clarke, A., Perera, U., Drummond, L. M., Albert, U., & Laws, K. R. (2022). Meta-analysis of cognitive behaviour therapy and selective serotonin reuptake inhibitors for the treatment of hypochondriasis: Implications for trial design. *Comprehensive psychiatry*, *118*. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2022.152334

Kelson, J., Rollin, A., Ridout, B., & Campbell, A. (2019). Internet-delivered acceptance and commitment therapy for anxiety treatment: Systematic review. *Journal of medical internet research*, *21*(1). https://doi.org/10.2196/12530

Maass, U., Kühne, F., Maas, J., Unverdross, M., & Weck, F. (2020). Psychological interventions for health anxiety and somatic symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Zeitschrift Fur Psychologie / Journal of psychology*, *228*(2), 68–80. https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000400

Matsumoto, K., Hamatani, S., & Shimizu, E. (2021). Effectiveness of videoconference-delivered cognitive behavioral therapy for adults with psychiatric disorders: Systematic and meta-analytic review. *Journal of medical internet research*, *23*(12), e31293. https://doi.org/10.2196/31293

Olatunji, B. O., Kauffman, B. Y., Meltzer, S., Davis, M. L., Smits, J. A. J., & Powers, M. B. (2014). Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Behaviour Research and Therapy*, *58*, 65–74. https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.002

Załącznik 2.8. Lista wyselekcjonowanych metaanaliz i przeglądów systematycznych dotyczących zaburzenia po stresie traumatycznym

Amoroso, T., & Workman, M. (2016). Treating posttraumatic stress disorder with MDMA-assisted psychotherapy: A preliminary meta-analysis and comparison to prolonged exposure therapy. *Journal of psychopharmacology*, *30*(7), 595–600. https://doi.org/10.1177/0269881116642542

Banks, K., Newman, E., & Saleem, J. (2015). An overview of the research on mindfulness-based interventions for treating symptoms of posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Journal of clinical psychology*, *71*(10), 935–963. https://doi.org/10.1002/jclp.22200

Barron, I. G., Bourgaize, C., Lempertz, D., Swinden, C., & Darker-Smith, S. (2019). Eye movement desensitization reprocessing for children and adolescents with posttraumatic stress disorder: A systematic narrative review. *Journal of EMDR practice and research*, *13*(4), 270–283. https://doi.org/10.1891/1933-3196.13.4.270

Bastien, R. J.-B., Jongsma, H. E., Kabadayi, M., & Billings, J. (2020). The effectiveness of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in children, adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, *50*(10), 1598–1612. https://doi.org/10.1017/S0033291720002007

Bhattacharya, S., Goicoechea, C., Heshmati, S., Carpenter, J. K., & Hofmann, S. G. (2023). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: a meta-analysis of recent literature. *Current psychiatry reports*, *25*(1), 19–30. https://doi.org/10.1007/s11920-022-01402-8

Brown, R. C., Witt, A., Fegert, J. M., Keller, F., Rassenhofer, M., & Plener, P. L. (2017). Psychosocial interventions for children and adolescents after man-made and natural disasters: A meta-analysis and systematic review. *Psychological medicine*, *47*(11), 1893–1905. https://doi.org/10.1017/S0033291717000496

Brown, R. L., Wood, A., Carter, J. D., & Kannis-Dymand, L. (2022). The metacognitive model of post--traumatic stress disorder and metacognitive therapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Clinical psychology and psychotherapy*, *29*(1), 131–146. https://doi.org/10.1002/cpp.2633

Carl, E., Stein, A. T., Levihn-Coon, A., Pogue, J. R., Rothbaum, B., Emmelkamp, P., Asmundson, G. J. G., Carlbring, P., & Powers, M. B. (2019). Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of anxiety disorders*, *61*, 27–36. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.08.003

Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and anxiety*, *35*(6), 502–514. https://doi.org/10.1002/da.22728

Cary, C. E., & McMillen, J. C. (2012). The data behind the dissemination: A systematic review of trauma-focused cognitive behavioral therapy for use with children and youth. *Children and youth services review*, *34*(4), 748–757. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.01.003

Chen, L., Zhang, G., Hu, M., & Liang, X. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive-behavioral therapy for adult posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *Journal of nervous and mental disease*, *203*(6), 443–451. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000306

Coventry, P. A., Meader, N., Melton, H., Temple, M., Dale, H., Wright, K., Cloitre, M., Karatzias, T., Bisson, J., Roberts, N. P., Brown, J. V. E., Barbui, C., Churchill, R., Lovell, K., McMillan, D., & Gilbody, S. (2020). Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: Systematic review and component network meta-analysis. *PLoS medicine*, *17*(8). https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1003262

Cuijpers, P., Veen, S. C. van, Sijbrandij, M., Yoder, W., & Cristea, I. A. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing for mental health problems: A systematic review and meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, *49*(3), 165–180. https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1703801

Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., Feltner, C., Brownley, K. A., Olmsted, K. R., Greenblatt, A., Weil, A., & Gaynes, B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, *43*, 128–141. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003

Darby, R. J., Taylor, E. P., & Cadavid, M. S. (2023). Phase-based psychological interventions for complex post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Journal of affective disorders reports*, *14*. https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100628

Davis, R. S., Meiser-Stedman, R., Afzal, N., Devaney, J., Halligan, S. L., Lofthouse, K., Smith, P., Stallard, P., Ye, S., & Hiller, R. M. (2023). Systematic review and meta-analysis: group-based interventions for treating posttraumatic stress symptoms in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *62*(11), 1217–1232. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.02.013

de Haan, A., Meiser-Stedman, R., Landolt, M. A., Kuhn, I., Black, M. J., Klaus, K., Patel, S. D., Fisher, D. J., Haag, C., Ukoumunne, O. C., Jones, B. G., Flaiyah, A. M., Catani, C., Dawson, K., Bryant, R. A., de Roos, C., Ertl, V., Foa, E. B., Ford, J. D., ... Dalgleish, T. (2023). Efficacy and moderators of efficacy of cognitive behavioural therapies with a trauma focus in children and adolescents: An individual participant data meta-analysis of randomised trials. *The lancet child and adolescent health*. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(23)00253-5

DiMauro, J. (2014). Exposure therapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Military psychology*, *26*(2), 120–130. https://doi.org/10.1037/mil0000038

van Dis, E. A. M., Van Veen, S. C., Hagenaars, M. A., Batelaan, N. M., Bockting, C. L. H., van Den Heuvel, R. M., Cuijpers, P., & Engelhard, I. M. (2020). Long-term outcomes of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: A systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, *77*(3), 265–273. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3986

Eshuis, L. V., van Gelderen, M. J., van Zuiden, M., Nijdam, M. J., Vermetten, E., Olff, M., & Bakker, A. (2021). Efficacy of immersive PTSD treatments: A systematic review of virtual and augmented reality exposure therapy and a meta-analysis of virtual reality exposure therapy. *Journal of psychiatric research*, *143*, 516–527. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.11.030

Gerger, H., Munder, T., Gemperli, A., Nüesch, E., Trelle, S., Jüni, P., & Barth, J. (2014). Integrating fragmented evidence by network meta-analysis: Relative effectiveness of psychological interventions for adults with post-traumatic stress disorder. *Psychological medicine*, *44*(15), 3151–3164. https://doi.org/10.1017/S0033291714000853

Gonçalves, R., Pedrozo, A. L., Coutinho, E. S. F., Figueira, I., & Ventura, P. (2012). Efficacy of virtual reality exposure therapy in the treatment of PTSD: A systematic review. *PLoS one*, *7*(12). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048469

Grainger, L., Thompson, Z., Morina, N., Hoppen, T., & Meiser-Stedman, R. (2022). Associations between therapist factors and treatment efficacy in randomized controlled trials of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and youth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of traumatic stress*, *35*(5), 1405–1419. https://doi.org/10.1002/jts.22840

Gutermann, J., Schreiber, F., Matulis, S., Schwartzkopff, L., Deppe, J., & Steil, R. (2016). Psychological treatments for symptoms of posttraumatic stress disorder in children, adolescents, and young adults: A meta-analysis. *Clinical child and family psychology review*, *19*(2), 77–93. https://doi.org/10.1007/s10567-016-0202-5

Gutermann, J., Schwartzkopff, L., & Steil, R. (2017). Meta-analysis of the long-term treatment effects of psychological interventions in youth with PTSD symptoms. *Clinical child and family psychology review*, *20*(4), 422–434. https://doi.org/10.1007/s10567-017-0242-5

Han, H.-R., Miller, H. N., Nkimbeng, M., Budhathoki, C., Mikhael, T., Rivers, E., Gray, J., Trimble, K., Chow, S., & Wilson, P. (2021). Trauma informed interventions: A systematic review. *PLoS one*, *16*(6). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252747

Hille, L. C., & Werner, D. (2023). Efficacy of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents: A reanalysis of available meta-analyses. *Psychotherapie*, *68*(6), 432–439. https://doi.org/10.1007/s00278-023-00692-4

Hoppen, T. H., Jehn, M., Holling, H., Mutz, J., Kip, A., & Morina, N. (2023). The efficacy and acceptability of psychological interventions for adult PTSD: A network and pairwise meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of consulting and clinical psychology*, *91*(8), 445–461. https://doi.org/10.1037/ccp0000809

Hoppen, T. H., Meiser-Stedman, R., Jensen, T. K., Birkeland, M. S., & Morina, N. (2023). Efficacy of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in children and adolescents exposed to single versus multiple traumas: Meta-analysis of randomised controlled trials. *British Journal of psychiatry*, *222*(5), 196–203. https://doi.org/10.1192/bjp.2023.24

Hoppen, T. H., & Morina, N. (2023). Psychological interventions for adult post-traumatic stress disorder are effective irrespective of concurrent psychotropic medication intake: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy and psychosomatics*, *92*(1), 27–37. https://doi.org/10.1159/000527850

Huang, T., Li, H., Tan, S., Xie, S., Cheng, Q., Xiang, Y., & Zhou, X. (2022). The efficacy and acceptability of exposure therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, *22*(1). https://doi.org/10.1186/s12888-022-03867-6

Hudays, A., Gallagher, R., Hazazi, A., Arishi, A., & Bahari, G. (2022). Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive behavior therapy for treating post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, *19*(24). https://doi.org/10.3390/ijerph192416836

Jericho, B., Luo, A., & Berle, D. (2022). Trauma-focused psychotherapies for post-traumatic stress disorder: A systematic review and network meta-analysis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *145*(2), 132–155. https://doi.org/10.1111/acps.13366

Jonsson, U., Linton, S. J., Ybrandt, H., Ringborg, A., Leander, L., Moberg, K., Hultcrantz, M., & Arnberg, F. K. (2023). Internet-delivered psychological treatment as an add-on to treatment as usual for common mental disorders: A systematic review with meta-analysis of randomized trials. *Journal of affective disorders*, *322*, 221–234. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.036

Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., Hyland, P., Maercker, A., Ben-Ezra, M., Coventry, P., Mason-Roberts, S., Bradley, A., & Hutton, P. (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: Systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, *49*(11), 1761–1775. https://doi.org/10.1017/S0033291719000436

Khan, A. M., Dar, S., Ahmed, R., Bachu, R., Adnan, M., & Kotapati, V. P. (2018). Cognitive behavioral therapy versus eye movement desensitization and reprocessing in patients with post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Cureus*, *10*(9), e3250. https://doi.org/10.7759/cureus.3250

Kline, A. C., Cooper, A. A., Rytwinksi, N. K., & Feeny, N. C. (2018). Long-term efficacy of psychotherapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical psychology review*, *59*, 30–40. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.009

Kowalik, J., Weller, J., Venter, J., & Drachman, D. (2011). Cognitive behavioral therapy for the treatment of pediatric posttraumatic stress disorder: A review and meta-analysis. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *42*(3), 405–413. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.02.002

Kuester, A., Niemeyer, H., & Knaevelsrud, C. (2016). Internet-based interventions for posttraumatic stress: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical psychology review*, *43*, 1–16. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.004

Lee, D. J., Schnitzlein, C. W., Wolf, J. P., Vythilingam, M., Rasmusson, A. M., & Hoge, C. W. (2016). Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: systemic review and meta-analyses to determine first-line treatments. *Depression and anxiety*, *33*(9), 792–806. https://doi.org/10.1002/da.22511

Lenz, A. S., Haktanir, A., & Callender, K. (2017). Meta-analysis of trauma-focused therapies for treating the symptoms of posttraumatic stress disorder. *Journal of counseling and development*, *95*(3), 339–353. https://doi.org/10.1002/jcad.12148

Lewey, J. H., Smith, C. L., Burcham, B., Saunders, N. L., Elfallal, D., & O'Toole, S. K. (2018). Comparing the effectiveness of EMDR and TF-CBT for children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of child and adolescent trauma*, *11*(4), 457–472. https://doi.org/10.1007/s40653-018-0212-1

Lewis, C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling, E., & Bisson, J. I. (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis. *European journal of psychotraumatology*, *11*(1). https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1729633

Lewis, C., Roberts, N. P., Simon, N., Bethell, A., & Bisson, J. I. (2019). Internet-delivered cognitive behavioural therapy for post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *140*(6), 508–521. https://doi.org/10.1111/acps.13079

Linardon, J., Cuijpers, P., Carlbring, P., Messer, M., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2019). The efficacy of app-supported smartphone interventions for mental health problems: A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*, *18*(3), 325–336. https://doi.org/10.1002/wps.20673

Liu, Q., Zhu, J., & Zhang, W. (2022). The efficacy of mindfulness-based stress reduction intervention 3 for post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms in patients with PTSD: A meta-analysis of four randomized controlled trials. *Stress and Health*, *38*(4), 626–636. https://doi.org/10.1002/smi.3138

Macedo, T., Barbosa, M., Rodrigues, H., Coutinho, E. D. S. F., Figueira, I., & Ventura, P. (2018). Does CBT have lasting effects in the treatment of PTSD after one year of follow-up? A systematic review of randomized controlled trials. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, *40*(4), 352–359. https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0153

Mavranezouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Stockton, S., Meiser-Stedman, R., Trickey, D., & Pilling, S. (2020). Research review: Psychological and psychosocial treatments for children and young people with post-traumatic stress disorder: A network meta-analysis. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*, *61*(1), 18–29. https://doi.org/10.1111/jcpp.13094

Mavranezouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Welton, N. J., Stockton, S., Bhutani, G., Grey, N., Leach, J., Greenberg, N., Katona, C., El-Leithy, S., & Pilling, S. (2020). Psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: A network meta-analysis. *Psychological medicine*, *50*(4), 542–555. https://doi.org/10.1017/S0033291720000070

McGuire, A., Steele, R. G., & Singh, M. N. (2021). Systematic review on the application of trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) for preschool-aged children. *Clinical child and family psychology review*, *24*(1), 20–37. https://doi.org/10.1007/s10567-020-00334-0

McLean, C. P., Levy, H. C., Miller, M. L., & Tolin, D. F. (2022). Exposure therapy for PTSD: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, *91*. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102115

Meltono, H., Meadero, N., Daleo, H., Wrighto, K., Jones-Dietteo, J., Templeo, M., Shaho, I., Lovello, K., McMillano, D., Churchillo, R., Barbuio, C., Gilbodyo, S., & Coventryo, P. (2020). Interventions for adults with a history of complex traumatic events: The INCiTE mixed-methods systematic review. *Health technology assessment*, *24*(43), 1–350. https://doi.org/10.3310/hta24430

Merz, J., Schwarzer, G., & Gerger, H. (2019). Comparative efficacy and acceptability of pharmacological, psychotherapeutic, and combination treatments in adults with posttraumatic stress

disorder: A network meta-analysis. *JAMA psychiatry*, *76*(9), 904–913. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0951

Montero-Marin, J., Garcia-Campayo, J., López-Montoyo, A., Zabaleta-Del-Olmo, E., & Cuijpers, P. (2018). Is cognitive-behavioural therapy more effective than relaxation therapy in the treatment of anxiety disorders? A meta-analysis. *Psychological medicine*, *48*(9), 1427–1436. https://doi.org/10.1017/S0033291717003099

Moreno-Alcázar, A., Treen, D., Valiente-Gómez, A., Sio-Eroles, A., Pérez, V., Amann, B. L., & Radua, J. (2017). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing in children and adolescent with post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in psychology*, *8*, 1750. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01750

Morina, N., Hoppen, T. H., & Kip, A. (2021). Study quality and efficacy of psychological interventions for posttraumatic stress disorder: A meta-Analysis of randomized controlled trials. *Psychological medicine*, *51*(8), 1260–1270. https://doi.org/10.1017/S0033291721001641

Morina, N., Koerssen, R., & Pollet, T. V. (2016). Interventions for children and adolescents with post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Clinical psychology review*, *47*, 41–54. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.006

Olthuis, J. V., Wozney, L., Asmundson, G. J. G., Cramm, H., Lingley-Pottie, P., & McGrath, P. J. (2016). Distance-delivered interventions for PTSD: A systematic review and meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, *44*, 9–26. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.010

Öst, L.-G., Enebrink, P., Finnes, A., Ghaderi, A., Havnen, A., Kvale, G., Salomonsson, S., & Wergeland, G. J. (2023). Cognitive behavior therapy for adult post-traumatic stress disorder in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, *166*. https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104323

Paintain, E., & Cassidy, S. (2018). First-line therapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review of cognitive behavioural therapy and psychodynamic approaches. *Counselling and psychotherapy research*, *18*(3), 237–250. https://doi.org/10.1002/capr.12174

Parker, Z. J., Waller, G., Duhne, P. G. S., & Dawson, J. (2018). The role of exposure in treatment of anxiety disorders: A meta-analysis. *International journal of psychology and psychological therapy*, *18*(1), 111–141.

Peeters, N., van Passel, B., & Krans, J. (2022). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British journal of clinical psychology*, *61*(3), 579–597. https://doi.org/10.1111/bjc.12324

Peters, W., Rice, S., Alvarez-Jimenez, M., Hetrick, S. E., Halpin, E., Kamitsis, I., Santesteban-Echarri, O., & Bendall, S. (2022). Relative efficacy of psychological interventions following interpersonal trauma on anxiety, depression, substance use, and PTSD symptoms in young people: A meta-analysis. *Early intervention in psychiatry*, *16*(11), 1175–1184. https://doi.org/10.1111/eip.13265

Pham, C. H., Fang, M., Nager, J., Matsushima, K., Inaba, K., & Kuza, C. M. (2019). The role of psychological support interventions in trauma patients on mental health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of trauma and acute care surgery*, *87*(2), 463–482. https://doi.org/10.1097/TA.0000000000002371

Qureshi, A., Dickenson, E., & Wall, P. (2021). Psychological treatments for post-traumatic stress disorder, anxiety and depression following major physical civilian trauma: A systematic review and meta-analysis. *Trauma (United Kingdom)*, *23*(4), 276–287. https://doi.org/10.1177/14604086211026104

Rith-Najarian, L. R., Mesri, B., Park, A. L., Sun, M., Chavira, D. A., & Chorpita, B. F. (2019). Durability of cognitive behavioral therapy effects for youth and adolescents with anxiety, depression, or traumatic stress: A meta-analysis on long-term follow-ups. *Behavior therapy*, *50*(1), 225–240. https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.05.006

Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., Lewis, C. E., & Bisson, J. I. (2019). Early psychological intervention following recent trauma: A systematic review and meta-analysis. *European journal of psychotraumatology*, *10*(1). https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1695486

Sadeghi, R., Mokhber, N., Mahmoudi, L. Z., Asgharipour, N., & Seyfi, H. (2015). A systematic review and meta-analysis on controlled treatment trials of metacognitive therapy for anxiety disorders. *Journal of research in medical sciences*, *20*(9), 901–909. https://doi.org/10.4103/1735-1995.170632

Schwartze, D., Barkowski, S., Strauss, B., Knaevelsrud, C., & Rosendahl, J. (2019). Efficacy of group psychotherapy for posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, *29*(4), 415–431. https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1405168

Sciarrino, N. A., Warnecke, A. J., & Teng, E. J. (2020). a systematic review of intensive empirically supported treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, *33*(4), 443–454. https://doi.org/10.1002/jts.22556

Sebastian, B., & Nelms, J. (2017). The Effectiveness of Emotional Freedom Techniques in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. *Explore: The journal of science and healing*, *13*(1), 16–25. https://doi.org/10.1016/j.explore.2016.10.001

Sijbrandij, M., Kunovski, I., & Cuijpers, P. (2016). Effectiveness of internet-delivered cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Depression and anxiety*, *33*(9), 783–791. https://doi.org/10.1002/da.22533

Simblett, S., Birch, J., Matcham, F., Yaguez, L., & Morris, R. (2017). A systematic review and meta-analysis of e-Mental health interventions to treat symptoms of posttraumatic stress. *JMIR mental health*, *4*(2). https://doi.org/10.2196/mental.5558

Simon, N., McGillivray, L., Roberts, N. P., Barawi, K., Lewis, C. E., & Bisson, J. I. (2019). Acceptability of internet-based cognitive behavioural therapy (i-CBT) for post-traumatic stress disorder (PTSD): A systematic review. *European journal of psychotraumatology*, *10*(1). https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1646092

Sloan, D. M., Feinstein, B. A., Gallagher, M. W., Beck, J. G., & Keane, T. M. (2013). Efficacy of group treatment for posttraumatic stress disorder symptoms: A meta-analysis. *Psychological trauma: Theory, research, practice, and policy*, *5*(2), 176–183. https://doi.org/10.1037/a0026291

Sloan, D. M., Gallagher, M. W., Feinstein, B. A., Lee, D. J., & Pruneau, G. M. (2011). Efficacy of telehealth treatments for posttraumatic stress-related symptoms: A meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, *40*(2), 111–125. https://doi.org/10.1080/16506073.2010.550058

Springer, K. S., Levy, H. C., & Tolin, D. F. (2018). Remission in CBT for adult anxiety disorders: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, *61*, 1–8. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.002

Stephen Lenz, A., & Michelle Hollenbaugh, K. (2015). Meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for treating PTSD and co-occurring depression among children and adolescents. *Counseling outcome research and evaluation*, *6*(1), 18–32. https://doi.org/10.1177/2150137815573790

Storm, M. P., & Christensen, K. S. (2021). Comparing treatments for post-traumatic stress disorder – a systematic review. *Danish medical journal*, *68*(9). https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85114109349&partnerID=40&md5=d3b766e440f640d8ce86edffa725ee8c

Thielemann, J. F. B., Kasparik, B., König, J., Unterhitzenberger, J., & Rosner, R. (2022). A systematic review and meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. *Child abuse and neglect*, *134*. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105899

Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B., & Friedman, M. J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of clinical psychiatry*, *74*(6), e541–e550. https://doi.org/10.4088/JCP.12r08225

Weber, M., Schumacher, S., Hannig, W., Barth, J., Lotzin, A., Schäfer, I., Ehring, T., & Kleim, B. (2021). Long-term outcomes of psychological treatment for posttraumatic stress disorder: A systematic

review and meta-analysis. *Psychological medicine*, *51*(9), 1420–1430. https://doi.org/10.1017/S003329172100163X

Wergeland, G. J. H., Riise, E. N., & Öst, L.-G. (2021). Cognitive behavior therapy for internalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, *83*. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101918

Xian-Yu, C.-Y., Deng, N.-J., Zhang, J., Li, H.-Y., Gao, T.-Y., Zhang, C., & Gong, Q.-Q. (2022). Cognitive behavioral therapy for children and adolescents with post-traumatic stress disorder: Meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *308*, 502–511. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.111

Yohannan, J., Carlson, J. S., & Volker, M. A. (2022). Cognitive behavioral treatments for children and adolescents exposed to traumatic events: A meta-analysis examining variables moderating treatment outcomes. *Journal of traumatic stress*, *35*(2), 706–717. https://doi.org/10.1002/jts.22755

Załącznik 2.9. Lista wyselekcjonowanych metaanaliz i przeglądów systematycznych dotyczących zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego

Babiano-Espinosa, L., Wolters, L. H., Weidle, B., Op De Beek, V., Pedersen, S. A., Compton, S., & Skokauskas, N. (2019). Acceptability, feasibility, and efficacy of Internet cognitive behavioral therapy (iCBT) for pediatric obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *Systematic reviews*, *8*(1). https://doi.org/10.1186/s13643-019-1166-6

Başkaya, E., Özgüç, S., & Tanrıverdi, D. (2021). Examination of the effectiveness of mindfulness--based cognitive therapy on patients with obsessive-compulsive disorder: Systematic review and meta-analysis. *Issues in mental health nursing*, *42*(11), 998–1009. https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1920652

Bortoncello, C. F., Cardoso, N. de O., Salvador, E. Z., de Avila, R. C., Machado, W. de L., & Ferrão, Y. A. (2022). Efficacy of group cognitive-behavioral therapy in adolescents with obsessive compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*. https://doi.org/10.47626/1516-4446-2021-2264

Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and anxiety*, *35*(6), 502–514. https://doi.org/10.1002/da.22728

Chien, W. T., Tse, M.-K., Chan, H. Y. L., Cheng, H. Y., & Chen, L. (2022). Is mindfulness-based intervention an effective treatment for people with obsessive-compulsive disorder? A systematic review and meta-analysis. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, *32*. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2022.100712

Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., & Reynolds III, C. F. (2013). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: A meta-analysis of direct comparisons. *World psychiatry*, *12*(2), 137–148. https://doi.org/10.1002/wps.20038

Dèttore, D., Pozza, A., & Andersson, G. (2015). Efficacy of technology-delivered cognitive behavioural therapy for OCD versus control conditions, and in comparison with therapist-administered CBT: meta-analysis of randomized controlled trials. *Cognitive behaviour therapy*, *44*(3), 190–211. https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1005660

van Dis, E. A. M., Van Veen, S. C., Hagenaars, M. A., Batelaan, N. M., Bockting, C. L. H., van Den Heuvel, R. M., Cuijpers, P., & Engelhard, I. M. (2020). Long-term outcomes of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: A Systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *77*(3), 265–273. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3986

Gu, W., Storch, E. A., Zhao, Q., Xu, T., & Wang, Z. (2017). Effects of D-cycloserine augmentation on cognitive behavioral therapy in patients with obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, *13*, 24–29. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.03.001

Guzick, A. G., Cooke, D. L., Gage, N., & McNamara, J. P. H. (2018). CBT-Plus: A meta-analysis of cognitive behavioral therapy augmentation strategies for obsessive-compulsive disorder. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, *19*, 6–14. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2018.07.001

Hoppen, L. M., Kuck, N., Bürkner, P.-C., Karin, E., Wootton, B. M., & Buhlmann, U. (2021). Low intensity technology-delivered cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta--analysis. *BMC psychiatry*, *21*(1). https://doi.org/10.1186/s12888-021-03272-5

Imai, H., Tajika, A., Narita, H., Yoshinaga, N., Kimura, K., Nakamura, H., Takeshima, N., Hayasaka, Y., Ogawa, Y., & Furukawa, T. (2022). Unguided computer-assisted self-help interventions without

human contact in patients with obsessive-compulsive disorder: systematic review and meta-analysis. *Journal of medical internet research*, *24*(4). https://doi.org/10.2196/35940

Ivarsson, T., Skarphedinsson, G., Kornør, H., Axelsdottir, B., Biedilæ, S., Heyman, I., Asbahr, F., Thomsen, P. H., Fineberg, N., & March, J. (2015). The place of and evidence for serotonin reuptake inhibitors (SRIs) for obsessive compulsive disorder (OCD) in children and adolescents: Views based on a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, *227*(1), 93–103. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.01.015

Jónsson, H., Kristensen, M., & Arendt, M. (2015). Intensive cognitive behavioural therapy for obsessive--compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, *6*, 83–96. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.04.004

Levy, H. C., O'Bryan, E. M., & Tolin, D. F. (2021). A meta-analysis of relapse rates in cognitive--behavioral therapy for anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, *81*. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102407

Machado-Sousa, M., Moreira, P. S., Costa, A. D., Soriano-Mas, C., & Morgado, P. (2023). Efficacy of internet-based cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology: science and practice*, *30*(2), 150–162. https://doi.org/10.1037/cps0000133

Mao, L., Hu, M., Luo, L., Wu, Y., Lu, Z., & Zou, J. (2022). The effectiveness of exposure and response prevention combined with pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, *13*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.973838

McGrath, C. A., & Abbott, M. J. (2019). Family-based psychological treatment for obsessive compulsive disorder in children and adolescents: A Meta-analysis and systematic review. *Clinical child and family psychology review*, *22*(4), 478–501. https://doi.org/10.1007/s10567-019-00296-y

McGuire, J. F., Piacentini, J., Lewin, A. B., Brennan, E. A., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2015). A meta-analysis of cognitive behavior therapy and medication for child obsessive-compulsive disorder: Moderators of treatment efficacy, response, and remission. *Depression and anxiety*, *32*(8), 580–593. https://doi.org/10.1002/da.22389

Montero-Marin, J., Garcia-Campayo, J., López-Montoyo, A., Zabaleta-Del-Olmo, E., & Cuijpers, P. (2018). Is cognitive-behavioural therapy more effective than relaxation therapy in the treatment of anxiety disorders? A meta-analysis. *Psychological medicine*, *48*(9), 1427–1436. https://doi.org/10.1017/S0033291717003099

Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B., & Smits, J. A. J. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of psychiatric research*, *47*(1), 33–41. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.08.020

Öst, L.-G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, *61*, 105–121. https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018

Öst, L.-G., Enebrink, P., Finnes, A., Ghaderi, A., Havnen, A., Kvale, G., Salomonsson, S., & Wergeland, G. J. (2022). Cognitive behavior therapy for obsessive-compulsive disorder in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, *159*. https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104170

Öst, L.-G., Havnen, A., Hansen, B., & Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive--compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. *Clinical psychology review*, *40*, 156–169. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.003

Öst, L.-G., & Ollendick, T. H. (2017). Brief, intensive and concentrated cognitive behavioral treatments for anxiety disorders in children: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, *97*, 134–145. https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.07.008

Öst, L.-G., Riise, E. N., Wergeland, G. J., Hansen, B., & Kvale, G. (2016). Cognitive behavioral and pharmacological treatments of OCD in children: A systematic review and meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, *43*, 58–69. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.08.003

Pearcy, C. P., Anderson, R. A., Egan, S. J., & Rees, C. S. (2016). A systematic review and meta-analysis of self-help therapeutic interventions for obsessive-compulsive disorder: Is therapeutic contact key to overall improvement? *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *51*, 74–83. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.12.007

Philip, J., & Cherian, V. (2021). Acceptance and commitment therapy in the treatment of obsessive--compulsive disorder: A systematic review. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, *28*. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100603

Philipp, R., Kriston, L., Lanio, J., Kühne, F., Härter, M., Moritz, S., & Meister, R. (2019). Effectiveness of metacognitive interventions for mental disorders in adults—A systematic review and meta-analysis (METACOG). *Clinical psychology and psychotherapy*, *26*(2), 227–240. https://doi.org/10.1002/cpp.2345

Pozza, A., Andersson, G., Antonelli, P., & Dèttore, D. (2014). Computer-delivered cognitive-behavioural treatments for obsessive compulsive disorder: Preliminary meta-analysis of randomized and non--randomized effectiveness trials. *Cognitive behaviour therapist*, *7*. https://doi.org/10.1017/S1754470X1400021X

Pozza, A., & Dèttore, D. (2017). Drop-out and efficacy of group versus individual cognitive behavioural therapy: What works best for obsessive-compulsive disorder? A systematic review and meta--analysis of direct comparisons. *Psychiatry research*, *258*, 24–36. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.056

Pseftogianni, F., Panagioti, M., Birtwell, K., & Angelakis, I. (2023). Mindfulness interventions for obsessive–compulsive and related disorders: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical psychology: Science and practice*, *30*(3), 233–243. https://doi.org/10.1037/cps0000132

Quidé, Y., Witteveen, A. B., El-Hage, W., Veltman, D. J., & Olff, M. (2012). Differences between effects of psychological versus pharmacological treatments on functional and morphological brain alterations in anxiety disorders and major depressive disorder: A systematic review. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, *36*(1), 626–644. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2011.09.004

Reid, J. E., Laws, K. R., Drummond, L., Vismara, M., Grancini, B., Mpavaenda, D., & Fineberg, N. A. (2021). 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. *Comprehensive psychiatry*, *106*. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2021.152223

Romanelli, R. J., Wu, F. M., Gamba, R., Mojtabai, R., & Segal, J. B. (2014). Behavioral therapy and serotonin reuptake inhibitor pharmacotherapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of head-to-head randomized controlled trials. *Depression and anxiety*, *31*(8), 641–652. https://doi.org/10.1002/da.22232

Rosa-Alcázar, A. I., Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, Á., Iniesta-Sepúlveda, M., Olivares-Rodríguez, J., & Parada-Navas, J. L. (2015). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: A meta-analysis. *The Spanish journal of psychology*, *18*, E20. https://doi.org/10.1017/sjp.2015.22

Rosa-Alcázar, Á., Sánchez-Meca, J., Rubio-Aparicio, M., Bernal-Ruiz, C., & Rosa-Alcázar, A. I. (2022). Cognitive-behavioral therapy and anxiety and depression level in pediatric obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psicothema*, *34*(3), 353–364. https://doi.org/10.7334/psicothema2021.478

Sadeghi, R., Mokhber, N., Mahmoudi, L. Z., Asgharipour, N., & Seyfi, H. (2015). A systematic review and meta-analysis on controlled treatment trials of metacognitive therapy for anxiety disorders.

Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences, *20*(9), 901–909. https://doi.org/10.4103/1735-1995.170632

Sakiris, N., & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical psychology review*, *72*. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751

Salazar de Pablo, G., Pascual-Sánchez, A., Panchal, U., Clark, B., & Krebs, G. (2023). Efficacy of remotely-delivered cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: An updated meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of affective disorders*, *322*, 289–299. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.007

Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I., Iniesta-Sepúlveda, M., & Rosa-Alcázar, A. (2014). Differential efficacy of cognitive-behavioral therapy and pharmacological treatments for pediatric obsessive--compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, *28*(1), 31–44. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.10.007

Schwartze, D., Barkowski, S., Burlingame, G. M., Strauss, B., & Rosendahl, J. (2016). Efficacy of group psychotherapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, *10*, 49–61. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.05.001

Skapinakis, P., Caldwell, D., Hollingworth, W., Bryden, P., Fineberg, N., Salkovskis, P., Welton, N., Baxter, H., Kessler, D., Churchill, R., & Lewis, G. (2016a). A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of pharmacological and psychological interventions for the management of obsessive-compulsive disorder in children/adolescents and adults. *Health technology assessment (Winchester, England)*, *20*(43), 1–392. https://doi.org/10.3310/hta20430

Skapinakis, P., Caldwell, D. M., Hollingworth, W., Bryden, P., Fineberg, N. A., Salkovskis, P., Welton, N. J., Baxter, H., Kessler, D., Churchill, R., & Lewis, G. (2016b). Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis. *The lancet psychiatry*, *3*(8), 730–739. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30069-4

Skarphedinsson, G., Hanssen-Bauer, K., Kornør, H., Heiervang, E. R., Landrø, N. I., Axelsdottir, B., Biedilæ, S., & Ivarsson, T. (2015). Standard individual cognitive behaviour therapy for paediatric obsessive-compulsive disorder: A systematic review of effect estimates across comparisons. *Nordic journal of psychiatry*, *69*(2), 81–92. https://doi.org/10.3109/08039488.2014.941395

Song, Y., Li, D., Zhang, S., Jin, Z., Zhen, Y., Su, Y., Zhang, M., Lu, L., Xue, X., Luo, J., Liang, M., & Li, X. (2022). The effect of exposure and response prevention therapy on obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, *317*. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114861

Soondrum, T., Wang, X., Gao, F., Liu, Q., Fan, J., & Zhu, X. (2022). The applicability of acceptance and commitment therapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Brain sciences*, *12*(5). https://doi.org/10.3390/brainsci12050656

Tao, Y., Li, H., Li, L., Zhang, H., Xu, H., Zhang, H., Zou, S., Deng, F., Huang, L., Wang, Y., Wang, X., Tang, X., Fu, X., & Yin, L. (2022). Comparing the efficacy of pharmacological and psychological treatment, alone and in combination, in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: A network meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, *148*, 95–102. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.01.057

Thorsen, A. L., van den Heuvel, O. A., Hansen, B., & Kvale, G. (2015). Neuroimaging of psychotherapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *Psychiatry research*, *233*(3), 306–313. https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2015.05.004

Uhre, C. F., Uhre, V. F., Lønfeldt, N. N., Pretzmann, L., Vangkilde, S., Plessen, K. J., Gluud, C., Jakobsen, J. C., & Pagsberg, A. K. (2020). Systematic review and meta-analysis: Cognitive-behavioral

therapy for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *59*(1), 64–77. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.08.480

Veale, D., Naismith, I., Miles, S., Gledhill, L. J., Stewart, G., & Hodsoll, J. (2016). Outcomes for residential or inpatient intensive treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, *8*, 38–49. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.11.005

Wootton, B. M. (2016). Remote cognitive-behavior therapy for obsessive-compulsive symptoms: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, *43*, 103–113. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.001

Wu, Y., Lang, Z., & Zhang, H. (2016). Efficacy of cognitive-behavioral therapy in pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, *22*, 1646–1653. https://doi.org/10.12659/msm.895481

Zhang, W., Yang, W., Ruan, H., Gao, J., & Wang, Z. (2023). Comparison of internet-based and face-to-face cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, *168*, 140–148. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.10.025

Załącznik 2.10. Lista wyselekcjonowanych metaanaliz i przeglądów systematycznych dotyczących schizofrenii i ryzyka psychoz

Alvarez-Jimenez, M., Alcazar-Corcoles, M. A., González-Blanch, C., Bendall, S., McGorry, P. D., & Gleeson, J. F. (2014). Online, social media and mobile technologies for psychosis treatment: a systematic review on novel user-led interventions. *Schizophrenia research*, *156*(1), 96–106. https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.03.021

Aust, J., & Bradshaw, T. (2017). Mindfulness interventions for psychosis: a systematic review of the literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, *24*(1), 69–83. https://doi.org/10.1111/jpm.12357

Bighelli, I., Huhn, M., Schneider-Thoma, J., Krause, M., Reitmeir, C., Wallis, S., Schwermann, F., Pitschel-Walz, G., Barbui, C., Furukawa, T. A., & Leucht, S. (2018). Response rates in patients with schizophrenia and positive symptoms receiving cognitive behavioural therapy: a systematic review and single-group meta-analysis. *BMC psychiatry*, *18*(1), 380. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1964-8

Bighelli, I., Salanti, G., Huhn, M., Schneider-Thoma, J., Krause, M., Reitmeir, C., Wallis, S., Schwermann, F., Pitschel-Walz, G., Barbui, C., Furukawa, T. A., & Leucht, S. (2018). Psychological interventions to reduce positive symptoms in schizophrenia: systematic review and network meta-analysis. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *17*(3), 316–329. https://doi.org/10.1002/wps.20577

Brown, E., Shrestha, M., & Gray, R. (2021). The safety and efficacy of acceptance and commitment therapy against psychotic symptomatology: a systematic review and meta-analysis. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*, *43*(3), 324–336. https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0948

Burlingame, G. M., Svien, H., Hoppe, L., Hunt, I., & Rosendahl, J. (2020). Group therapy for schizophrenia: A meta-analysis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, *57*(2), 219–236. https://doi.org/10.1037/pst0000293

Chai, J., Xiao, X., An, N., Liu, F., Liu, S., Hu, N., Yang, Y., Cui, Y.H., & Li, Y. (2022). Efficacy of mindfulness--based interventions for negative symptoms in patients diagnosed with schizophrenia: A meta--analysis. *Mindfulness, 13*(8), 2069-2081. https://doi.org/10.1007/s12671-022-01942-3

Chan, K. C., Hui, C. L., Suen, Y. N., Lee, E. H., Chang, W. C., Chan, S. K., & Chen, E. Y. (2023). Application of Immersive Virtual Reality for assessment and intervention in psychosis: A systematic review. *Brain sciences*, *13*(3), 471. https://doi.org/10.3390/brainsci13030471

Cramer, H., Lauche, R., Haller, H., Langhorst, J., & Dobos, G. (2016). Mindfulness- and acceptance-based interventions for psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Global advances in health and medicine*, *5*(1), 30–43. https://doi.org/10.7453/gahmj.2015.083

Deas, G., Kelly, C., Hadjinicolaou, A. V., Holt, C., Agius, M., & Zaman, R. (2016). An update on: meta-analysis of medical and non-medicaltreatments of the prodromal phase of psychotic illness in at risk mental states. *Psychiatria Danubina*, *28*(Suppl-1), 31–38.

Davies, C., Cipriani, A., Ioannidis, J. P. A., Radua, J., Stahl, D., Provenzani, U., McGuire, P., & Fusar--Poli, P. (2018). Lack of evidence to favor specific preventive interventions in psychosis: a network meta-analysis. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *17*(2), 196–209. https://doi.org/10.1002/wps.20526

Davies, C., Radua, J., Cipriani, A., Stahl, D., Provenzani, U., McGuire, P., & Fusar-Poli, P. (2018). Efficacy and acceptability of interventions for attenuated positive psychotic symptoms in individuals at clinical high risk of psychosis: A network meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, *9*, 187. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00187

Devoe, D. J., Farris, M. S., Townes, P., & Addington, J. (2019). Attenuated psychotic symptom interventions in youth at risk of psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Early intervention in psychiatry*, *13*(1), 3–17. https://doi.org/10.1111/eip.12677

Devoe, D. J., Farris, M. S., Townes, P., & Addington, J. (2020). Interventions and transition in youth at risk of psychosis: A systematic review and meta-analyses. *The journal of clinical psychiatry*, *81*(3), 17r12053. https://doi.org/10.4088/JCP.17r12053

Devoe, D. J., Peterson, A., & Addington, J. (2018). Negative symptom interventions in youth at risk of psychosis: A systematic review and network meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, *44*(4), 807–823. https://doi.org/10.1093/schbul/sbx139

Eichner, C., & Berna, F. (2016). Acceptance and Efficacy of Metacognitive Training (MCT) on positive symptoms and delusions in patients with schizophrenia: a meta-analysis taking into account important moderators. *Schizophrenia bulletin*, *42*(4), 952–962. https://doi.org/10.1093/schbul/sbv225

van der Gaag, M., Smit, F., Bechdolf, A., French, P., Linszen, D. H., Yung, A. R., McGorry, P., & Cuijpers, P. (2013). Preventing a first episode of psychosis: meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. *Schizophrenia research*, *149*(1-3), 56–62. https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.07.004

van der Gaag, M., Valmaggia, L. R., & Smit, F. (2014). The effects of individually tailored formulation--based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: a meta-analysis. *Schizophrenia research*, *156*(1), 30–37. https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.03.016

Gergov, V., Milic, B., Löffler-Stastka, H., Ulberg, R., Vousoura, E., & Poulsen, S. (2022). Psychological interventions for young people with psychotic disorders: A systematic review. *Frontiers in psychiatry*, *13*, 859042. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.859042

Hazell, C. M., Hayward, M., Cavanagh, K., & Strauss, C. (2016). A systematic review and meta--analysis of low intensity CBT for psychosis. *Clinical psychology review*, *45*, 183–192. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.004

Hodann-Caudevilla, R. M., Díaz-Silveira, C., Burgos-Julián, F. A., & Santed, M. A. (2020). Mindfulness--based interventions for people with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, *17*(13), 4690. https://doi.org/10.3390/ijerph17134690

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, *36*(5), 427–440. https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1

Holopainen, R., Tiihonen, J., & Lähteenvuo, M. (2023). Efficacy of immersive extended reality (XR) interventions on different symptom domains of schizophrenia spectrum disorders. A systematic review. *Frontiers in psychiatry*, *14*, 1208287. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1208287

Hutton, P., & Taylor, P. J. (2014). Cognitive behavioural therapy for psychosis prevention: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, *44*(3), 449–468. https://doi.org/10.1017/S0033291713000354

Jansen, J. E., Gleeson, J., Bendall, S., Rice, S., & Alvarez-Jimenez, M. (2020). Acceptance- and mindfulness-based interventions for persons with psychosis: A systematic review and meta--analysis. *Schizophrenia research*, *215*, 25–37. https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.11.016

Jauhar, S., McKenna, P. J., Radua, J., Fung, E., Salvador, R., & Laws, K. R. (2014). Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *204*(1), 20–29. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.116285

Jiang, J., Zhang, L., Zhu, Z., Li, W., & Li, C. (2015). Metacognitive training for schizophrenia: a systematic review. *Shanghai archives of psychiatry*, *27*(3), 149–157. https://doi.org/10.11919/j.issn.1002-0829.215065

Kelly, C., Hadjinicolaou, A. V., Holt, C., Agius, M., & Zaman, R. (2010). Meta-analysis of medical and non-medical treatments of the prodromal phase of psychotic illness in at-risk mental states. *Psychiatria Danubina*, *22 Suppl 1*, S56–S62.

Kennedy, L., & Xyrichis, A. (2017). cognitive behavioral therapy compared with non-specialized therapy for alleviating the effect of auditory hallucinations in people with reoccurring schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Community mental health journal*, *53*(2), 127–133. https://doi.org/10.1007/s10597-016-0030-6

Khoury, B., Lecomte, T., Gaudiano, B. A., & Paquin, K. (2013). Mindfulness interventions for psychosis: a meta-analysis. *Schizophrenia research*, *150*(1), 176–184. https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.07.055

Lam, A., & Chien, W. (2016). The effectiveness of mindfulness-based intervention for people with schizophrenia: A systematic review. *Neuropsychiatry, 6*. https://doi.org/10.4172/Neuropsychiatry.1000142.

Lazzari, C., Kotera, Y., & Rabottini, M. (2022). Should mindfulness-based cognitive therapy be used for psychosis? A systematic review of the literature and meta-analysis. *Rivista di psichiatria*, *57*(5), 203–211. https://doi.org/10.1708/3893.38743

Lincoln, T. M., & Peters, E. (2019). A systematic review and discussion of symptom specific cognitive behavioural approaches to delusions and hallucinations. *Schizophrenia research*, *203*, 66–79. https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.12.014

Liu, Y. C., Li, I. L., & Hsiao, F. H. (2021). Effectiveness of mindfulness-based intervention on psychotic symptoms for patients with schizophrenia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of advanced nursing*, *77*(6), 2565–2580. https://doi.org/10.1111/jan.14750

Liu, Y. C., Tang, C. C., Hung, T. T., Tsai, P. C., & Lin, M. F. (2018). The efficacy of metacognitive training for delusions in patients with schizophrenia: A meta-analysis of randomized controlled trials informs evidence-based practice. *Worldviews on evidence-based nursing*, *15*(2), 130–139. https://doi.org/10.1111/wvn.12282

Louise, S., Fitzpatrick, M., Strauss, C., Rossell, S. L., & Thomas, N. (2018). Mindfulness- and acceptance--based interventions for psychosis: Our current understanding and a meta-analysis. *Schizophrenia research*, *192*, 57–63. https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.05.023

Lutgens, D., Gariepy, G., & Malla, A. (2017). Psychological and psychosocial interventions for negative symptoms in psychosis: systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *210*(5), 324–332. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.197103

Mc Glanaghy, E., Turner, D., Davis, G. A., Sharpe, H., Dougall, N., Morris, P., Prentice, W., & Hutton, P. (2021). A network meta-analysis of psychological interventions for schizophrenia and psychosis: Impact on symptoms. *Schizophrenia research*, *228*, 447–459. https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.12.036

Mehl, S., Werner, D., & Lincoln, T. M. (2015). Does Cognitive Behavior Therapy for psychosis (CBTp) show a sustainable effect on delusions? A meta-analysis. *Frontiers in psychology*, *6*, 1450. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01450

Mei, C., van der Gaag, M., Nelson, B., Smit, F., Yuen, H. P., Berger, M., Krcmar, M., French, P., Amminger, G. P., Bechdolf, A., Cuijpers, P., Yung, A. R., & McGorry, P. D. (2021). Preventive interventions for individuals at ultra high risk for psychosis: An updated and extended meta-analysis. *Clinical psychology review*, *86*, 102005. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102005

Modesti, M. N., Arena, J. F., Palermo, N., & Del Casale, A. (2023). A systematic review on add-on psychotherapy in schizophrenia spectrum disorders. *Journal of clinical medicine*, *12*(3), 1021. https://doi.org/10.3390/jcm12031021

Montgomery, K. L., Kim, J. S., & Franklin, C. (2011). Acceptance and commitment therapy for psychological and physiological illnesses: a systematic review for social workers. *Health & social work*, *36*(3), 169–181. https://doi.org/10.1093/hsw/36.3.169

Morales-Pillado, C., Fernández-Castilla, B., Sánchez-Gutiérrez, T., González-Fraile, E., Barbeito, S., & Calvo, A. (2023). Efficacy of technology-based interventions in psychosis: a systematic review and network meta-analysis. *Psychological medicine*, *53*(13), 6304–6315. https://doi.org/10.1017/S0033291722003610

Morin, L., & Franck, N. (2017). Rehabilitation interventions to promote recovery from schizophrenia: A systematic review. *Frontiers in psychiatry*, *8*, 100. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00100

Mortan Sevi, O., & Tekinsav Sütcü, S. (2012). Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda bilişsel--davranışçı grup terapisi-sistematik bir gözden geçirme [Cognitive-behavioral group treatment for schizophrenia and other psychotic disorders: a systematic review]. *Turk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry*, *23*(3), 206–218.

Muyambi, K., Walsh, S., Bressington, D., Gray, R., Dennis, S., Brown, E., Grimshaw, M., Drummond, J., & Jones, M. (2023). Efficacy of Behavioural Activation in the treatment of negative symptoms in people with schizophrenia spectrum disorders: A systematic review. International *Journal of nursing studies advances*, *5*. 100132. https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2023.100132.

Naeem, F., Khoury, B., Munshi, T., Ayub, M., Lecomte, T., Kingdon, D., & Farooq, S. (2016). Brief cognitive behavioral therapy for psychosis (CBTp) for schizophrenia: Literature review and meta-analysis. *International journal of cognitive therapy, 9*(1), 73–86. https://doi.org/10.1521/ijct_2016_09_04

Newton-Howes, G., & Wood, R. (2013). Cognitive behavioural therapy and the psychopathology of schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Psychology and psychotherapy*, *86*(2), 127–138. https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02048.x

Okuzawa, N., Kline, E., Fuertes, J., Negi, S., Reeves, G., Himelhoch, S., & Schiffman, J. (2014). Psychotherapy for adolescents and young adults at high risk for psychosis: a systematic review. *Early intervention in psychiatry*, *8*(4), 307–322. https://doi.org/10.1111/eip.12129

van Oosterhout, B., Smit, F., Krabbendam, L., Castelein, S., Staring, A. B., & van der Gaag, M. (2016). Metacognitive training for schizophrenia spectrum patients: a meta-analysis on outcome studies. *Psychological medicine*, *46*(1), 47–57. https://doi.org/10.1017/S0033291715001105

Pankowski, D., Kowalski, J., & Gawęda, Ł. (2016). The effectiveness of metacognitive training for patients with schizophrenia: a narrative systematic review of studies published between 2009 and 2015. Skuteczność treningu metapoznawczego u osób chorujących na schizofrenię: narracyjny przegląd systematyczny badań opublikowanych w latach 2009–2015. *Psychiatria polska*, *50*(4), 787–803. https://doi.org/10.12740/PP/59113

Philipp, R., Kriston, L., Lanio, J., Kühne, F., Härter, M., Moritz, S., & Meister, R. (2019). Effectiveness of metacognitive interventions for mental disorders in adults-A systematic review and meta-analysis (METACOG). *Clinical psychology & psychotherapy*, *26*(2), 227–240. https://doi.org/10.1002/cpp.2345

Penney, D., Sauvé, G., Mendelson, D., Thibaudeau, É., Moritz, S., & Lepage, M. (2022). Immediate and sustained outcomes and moderators associated with metacognitive training for psychosis: A systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, *79*(5), 417–429. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0277

Potes, A., Souza, G., Nikolitch, K., Penheiro, R., Moussa, Y., Jarvis, E., Looper, K., & Rej, S. (2018). Mindfulness in severe and persistent mental illness: a systematic review. *International journal of psychiatry in clinical practice*, *22*(4), 253–261. https://doi.org/10.1080/13651501.2018.1433857

Rakitzi, S., Georgila, P., & Becker-Woitag, A. P. (2021). The recovery process for individuals with schizophrenia in the context of evidence-based psychotherapy and rehabilitation: A systematic review. *European psychologist, 26*(2), 96–111. https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000400

Riehle, M., Böhl, M. C., Pillny, M., & Lincoln, T. M. (2020). Efficacy of psychological treatments for patients with schizophrenia and relevant negative symptoms: a meta-analysis. *Clinical psychology in Europe*, *2*(3), e2899. https://doi.org/10.32872/cpe.v2i3.2899

Riehle, M., Pillny, M., & Lincoln, T. M. (2017). Ist Negativsymptomatik bei Schizophrenie überhaupt behandelbar? Ein systematisches Literaturreview zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen für Negativsymptomatik [Are the negative symptoms of schizophrenia treatable at all? A systematic review on efficacy studies for targeted psychological interventions for negative symptoms]. *Verhaltenstherapie, 27*(3), 199–208. https://doi.org/10.1159/000478534

Sabe, M., Sentissi, O., & Kaiser, S. (2019). Meditation-based mind-body therapies for negative symptoms of schizophrenia: Systematic review of randomized controlled trials and meta-analysis. *Schizophrenia research*, *212*, 15–25. https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.07.030

Sauvé, G., Lavigne, K. M., Pochiet, G., Brodeur, M. B., & Lepage, M. (2020). Efficacy of psychological interventions targeting cognitive biases in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, *78*, 101854. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101854

Stafford, M. R., Jackson, H., Mayo-Wilson, E., Morrison, A. P., & Kendall, T. (2013). Early interventions to prevent psychosis: systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, *346*, f185. https://doi.org/10.1136/bmj.f185

Stafford, M. R., Mayo-Wilson, E., Loucas, C. E., James, A., Hollis, C., Birchwood, M., & Kendall, T. (2015). Efficacy and safety of pharmacological and psychological interventions for the treatment of psychosis and schizophrenia in children, adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, *10*(2), e0117166. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117166

Turner, D. T., van der Gaag, M., Karyotaki, E., & Cuijpers, P. (2014). Psychological interventions for psychosis: a meta-analysis of comparative outcome studies. *The American journal of psychiatry*, *171*(5), 523–538. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13081159

Tonarelli, S., Pasillas, R.M., Alvarado, L.A., Dwivedi, A.K., & Cancellare, A. (2016). Acceptance and commitment therapy compared to treatment as usual in psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatry, 19*, 1-5.

Turner, D. T., Burger, S., Smit, F., Valmaggia, L. R., & van der Gaag, M. (2020). What constitutes sufficient evidence for case formulation-driven cbt for psychosis? Cumulative meta-analysis of the effect on hallucinations and delusions. *Schizophrenia bulletin*, *46*(5), 1072–1085. https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa045

Turner, D. T., Reijnders, M., van der Gaag, M., Karyotaki, E., Valmaggia, L. R., Moritz, S., Lecomte, T., Turkington, D., Penadés, R., Elkis, H., Cather, C., Shawyer, F., O'Connor, K., Li, Z. J., de Paiva Barretto, E. M., & Cuijpers, P. (2020). Efficacy and moderators of cognitive behavioural therapy for psychosis versus other psychological interventions: An Individual-participant data meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, *11*, 402. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00402

Velthorst, E., Koeter, M., van der Gaag, M., Nieman, D. H., Fett, A. K., Smit, F., Staring, A. B., Meijer, C., & de Haan, L. (2015). Adapted cognitive-behavioural therapy required for targeting negative symptoms in schizophrenia: meta-analysis and meta-regression. *Psychological medicine*, *45*(3), 453–465. https://doi.org/10.1017/S0033291714001147

Wakefield, S., Roebuck, S., & Boyden, P. (2018). The evidence base of acceptance and commitment therapy (ACT) in psychosis: A systematic review. *Journal of contextual behavioral science, 10,* 1–13. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.07.001

Wood, L., Williams, C., Billings, J., & Johnson, S. (2020). A systematic review and meta-analysis of cognitive behavioural informed psychological interventions for psychiatric inpatients with psychosis. *Schizophrenia research*, *222*, 133–144. https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.03.041

Yıldız E. (2020). The effects of acceptance and commitment therapy in psychosis treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *Perspectives in psychiatric care*, *56*(1), 149–167. https://doi.org/10.1111/ppc.12396

Yip, A. L. K., Karatzias, T., & Chien, W. T. (2022). Mindfulness-based interventions for non-affective psychosis: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Annals of medicine*, *54*(1), 2340–2353. https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2108551

Zheng, Y., Xu, T., Zhu, Y., Li, C., Wang, J., Livingstone, S., & Zhang, T. (2022). Cognitive behavioral therapy for prodromal stage of psychosis-outcomes for transition, functioning, distress, and quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, *48*(1), 8–19. https://doi.org/10.1093/schbul/sbab044

Załącznik 2.11. Lista wyselekcjonowanych metaanaliz i przeglądów systematycznych dotyczących anoreksji

Alckmin-Carvalho, F., Vega, J. B., Cobelo, A. W., Fabbri, A. D., Pinzon, V. D., & Melo, M. H. D. S. (2018). Evidence-based psychotherapy for treatment of anorexia nervosa in children and adolescents: systematic review. *Archives of clinical psychiatry (São Paulo)*, *45*, 41–48. http://dx.doi.org/10.1590/0101-60830000000154

Atwood, M. E., & Friedman, A. (2020). A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders. *International journal of eating disorders*, *53*(3), 311–330. https://doi.org/10.1002/eat.23206

van den Berg, E., Houtzager, L., de Vos, J., Daemen, I., Katsaragaki, G., Karyotaki, E., ... & Dekker, J. (2019). Meta-analysis on the efficacy of psychological treatments for anorexia nervosa. *European eating disorders review*, *27*(4), 331–351. https://doi.org/10.1002/erv.2683

Buerger, A., Vloet, T. D., Haber, L., & Geissler, J. M. (2021). Third-wave interventions for eating disorders in adolescence–systematic review with meta-analysis. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, *8*(1), 1–14. https://doi.org/10.1186/s40479-021-00158-6

Dahlenburg, S. C., Gleaves, D. H., & Hutchinson, A. D. (2019). Treatment outcome research of enhanced cognitive behaviour therapy for eating disorders: A systematic review with narrative and meta-analytic synthesis. *Eating disorders*, *27*(5), 482–502.

Galsworthy-Francis, L., & Allan, S. (2014). Cognitive behavioural therapy for anorexia nervosa: a systematic review. *Clinical psychology review*, *34*(1), 54–72. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.11.001

Hay, P. (2013). A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005–2012. *International journal of eating disorders*, *46*(5), 462–469. https://doi.org/10.1002/eat.22103

Linardon, J., Fairburn, C. G., Fitzsimmons-Craft, E. E., Wilfley, D. E., & Brennan, L. (2017). The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical psychology review*, *58*, 125–140. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.005

Linardon, J., Wade, T. D., De la Piedad Garcia, X., & Brennan, L. (2017). The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, *85*(11), 1080.

Onnink, C. M., Konstantinidou, Y., Moskovich, A. A., Karekla, M. K., & Merwin, R. M. (2022). Acceptance and commitment therapy (ACT) for eating disorders: A systematic review of intervention studies and call to action. *Journal of contextual behavioral science*, *26*(1). http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.08.005

Pittock, A., & Mair, E. (2010). Are psychotherapies effective in the treatment of Anorexia Nervosa?-A systematic review. *Journal of Indian association for child and adolescent mental health*, *6*(3), 55–71.

Solmi, M., Wade, T. D., Byrne, S., Del Giovane, C., Fairburn, C. G., Ostinelli, E. G., ... & Cipriani, A. (2021). Comparative efficacy and acceptability of psychological interventions for the treatment of adult outpatients with anorexia nervosa: A systematic review and network meta-analysis. *The lancet psychiatry*, *8*(3), 215–224. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30566-6

Zeeck, A., Herpertz-Dahlmann, B., Friederich, H. C., Brockmeyer, T., Resmark, G., Hagenah, U., ... & Hartmann, A. (2018). Psychotherapeutic treatment for anorexia nervosa: A systematic review and network meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, *9*, 158. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00158

Załącznik 2.12. Lista wyselekcjonowanych metaanaliz i przeglądów systematycznych dotyczących bulimii i napadowego objadania się

Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., Spinhoven, P., & Van Furth, E. F. (2013). Treating eating disorders over the internet: a systematic review and future research directions. *International journal of eating disorders*, *46*(6), 539–552. https://doi.org/10.1002/eat.22135

Atwood, M. E., & Friedman, A. (2020). A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders. *International journal of eating disorders*, *53*(3), 311–330. https://doi.org/10.1002/eat.23206

Brownley, K. A., Berkman, N. D., Peat, C. M., Lohr, K. N., Cullen, K. E., Bann, C. M., & Bulik, C. M. (2016). Binge-eating disorder in adults: a systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine*, *165*(6), 409–420. https://doi.org/10.7326/M15-2455

Butler, R. M., & Heimberg, R. G. (2020). Exposure therapy for eating disorders: A systematic review. *Clinical psychology review*, *78*, 101851. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101851

Farrand, P., & Woodford, J. (2013). Impact of support on the effectiveness of written cognitive behavioural self-help: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical psychology review*, *33*(1), 182–195. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.11.001

Ghaderi, A., Odeberg, J., Gustafsson, S., Råstam, M., Brolund, A., Pettersson, A., & Parling, T. (2018). Psychological, pharmacological, and combined treatments for binge eating disorder: A systematic review and meta-analysis. *PeerJ*, *6*, e5113. https://doi.org/10.7717/peerj.5113

Grenon, R., Schwartze, D., Hammond, N., Ivanova, I., Mcquaid, N., Proulx, G., & Tasca, G. A. (2017). Group psychotherapy for eating disorders: A meta-analysis. *International journal of eating disorders*, *50*(9), 997–1013. https://doi.org/10.1002/eat.22744

Grohmann, D., & Laws, K. R. (2021). Two decades of mindfulness-based interventions for binge eating: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, *149*, 110592. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110592

Hay, P. (2013). A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005–2012. *International journal of eating disorders*, *46*(5), 462–469. https://doi.org/10.1002/eat.22103

Hilbert, A., Petroff, D., Herpertz, S., Pietrowsky, R., Tuschen-Caffier, B., Vocks, S., & Schmidt, R. (2019). Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, *87*(1), 91. https://doi.org/10.1037/ccp0000358

Hilbert, A., Petroff, D., Herpertz, S., Pietrowsky, R., Tuschen-Caffier, B., Vocks, S., & Schmidt, R. (2020). Meta-analysis on the long-term effectiveness of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *International journal of eating disorders*, *53*(9), 1353–1376. https://doi.org/10.1002/eat.23297

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, *36*, 427–440. https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1

de Jong, M., Schoorl, M., & Hoek, H. W. (2018). Enhanced cognitive behavioural therapy for patients with eating disorders: a systematic review. *Current opinion in psychiatry*, *31*(6), 436. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000452

Linardon, J. (2018a). Meta-analysis of the effects of cognitive-behavioral therapy on the core eating disorder maintaining mechanisms: implications for mechanisms of therapeutic change. *Cognitive behaviour therapy*, *47*(2), 107–125. https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1427785

Linardon, J. (2018b). Rates of abstinence following psychological or behavioral treatments for binge-eating disorder: Meta-analysis. *International journal of eating disorders*, *51*(8), 785–797. https://doi.org/10.1002/eat.22897

Linardon, J., Fairburn, C. G., Fitzsimmons-Craft, E. E., Wilfley, D. E., & Brennan, L. (2017). The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical psychology review*, *58*, 125–140. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.005

Linardon, J., Wade, T. D., De la Piedad Garcia, X., & Brennan, L. (2017). The efficacy of cognitive--behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, *85*(11), 1080.

Loucas, C. E., Fairburn, C. G., Whittington, C., Pennant, M. E., Stockton, S., & Kendall, T. (2014). E-therapy in the treatment and prevention of eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, *63*, 122–131. https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.09.011

Magson, N. R., Handford, C. M., & Norberg, M. M. (2021). The empirical status of cue exposure and response prevention treatment for binge eating: a systematic review. *Behavior therapy*, *52*(2), 442–454. https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.06.005

Masuda, A., & Hill, M. L. (2013). Mindfulness as therapy for disordered eating: a systematic review. *Neuropsychiatry*, *3*(4), 433.

Moghimi, E., Davis, C., & Rotondi, M. (2021). The efficacy of eHealth interventions for the treatment of adults diagnosed with full or subthreshold binge eating disorder: systematic review and meta--analysis. *Journal of medical internet research*, *23*(7), e17874.

Onnink, C. M., Konstantinidou, Y., Moskovich, A. A., Karekla, M. K., & Merwin, R. M. (2022). Acceptance and commitment therapy (ACT) for eating disorders: A systematic review of intervention studies and call to action. *Journal of contextual behavioral science*, *26*(1). http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.08.005

Peat, C. M., Berkman, N. D., Lohr, K. N., Brownley, K. A., Bann, C. M., Cullen, K., ... & Bulik, C. M. (2017). Comparative effectiveness of treatments for binge-eating disorder: Systematic review and network meta-analysis. *European eating disorders review*, *25*(5), 317–328. https://doi.org/10.1002/erv.2517

Pittock, A., Hodges, L., & Lawrie, S. M. (2018). The effectiveness of internet-delivered cognitive behavioural therapy for those with bulimic symptoms: a systematic review. *BMC research notes*, *11*(1), 1–6. https://doi.org/10.1186/s13104-018-3843-2

Polnay, A., James, V. A. W., Hodges, L., Murray, G. D., Munro, C., & Lawrie, S. M. (2014). Group therapy for people with bulimia nervosa: systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, *44*(11), 2241–2254. https://doi.org/10.1017/S0033291713002791

Rozakou-Soumalia, N., Dârvariu, Ş., & Sjögren, J. M. (2021). Dialectical behaviour therapy improves emotion dysregulation mainly in binge eating disorder and bulimia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Journal of personalized medicine*, *11*(9), 931. https://doi.org/10.3390/jpm11090931

Slade, E., Keeney, E., Mavranezouli, I., Dias, S., Fou, L., Stockton, S., ... & Kendall, T. (2018). Treatments for bulimia nervosa: a network meta-analysis. *Psychological medicine*, *48*(16), 2629–2636.

Spielmans, G. I., Benish, S. G., Marin, C., Bowman, W. M., Menster, M., & Wheeler, A. J. (2013). Specificity of psychological treatments for bulimia nervosa and binge eating disorder? A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical psychology review*, *33*(3), 460–469. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.01.008

Turgon, R., Ruffault, A., Juneau, C., Blatier, C., & Shankland, R. (2019). Eating disorder treatment: a systematic review and meta-analysis of the efficacy of mindfulness-based programs. *Mindfulness*, *10*, 2225–2244. https://link.springer.com/article/10.1007/s12671-019-01216-5

Załącznik 2.13. Lista wyselekcjonowanych metaanaliz i przeglądów systematycznych dotyczących zaburzeń osobowości

Bloom, J. M., Woodward, E. N., Susmaras, T., & Pantalone, D. W. (2012). Use of dialectical behavior therapy in inpatient treatment of borderline personality disorder: A systematic review. *Psychiatric services*, *63*(9), 881–888. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100311

Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, *74*(4), 319–328. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4287

Haskayne, D., Hirschfeld, R., & Larkin, M. (2014). The outcome of psychodynamic psychotherapies with individuals diagnosed with personality disorders: A systematic review. *Psychoanalytic psychotherapy*, *28*(2), 115–138. https://doi.org/10.1080/02668734.2014.888675

Hedemann, T. L., de Pencier, N., Rodak, T., Husain, M. I., Arshad, U., Naeem, F., Chaudhry, N., & Husain, M. O. (2023). Psychosocial and pharmacological interventions for personality disorders in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLOS global public health*, *3*(11), e0002485. https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002485

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral Ttherapy: A review of meta-analyses. Cognitive therapy and research, *36*(5), 427–440. https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1

Hudon, A., Gaudreau-Ménard, C., Bouchard-Boivin, M., Godin, F., & Cailhol, L. (2022). The use of computer-driven technologies in the treatment of borderline personality disorder: A systematic review. *Journal of clinical medicine*, *11*(13). https://doi.org/10.3390/jcm11133685

Jørgensen, M. S., Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Faltinsen, E., Todorovac, A., & Simonsen, E. (2021). Psychological therapies for adolescents with borderline personality disorder (BPD) or BPD features—A systematic review of randomized clinical trials with meta-analysis and trial sequential analysis. *PLoS ONE*, *16*(1). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245331

Katakis, P., Schlief, M., Barnett, P., Rains, L. S., Rowe, S., Pilling, S., & Johnson, S. (2023). Effectiveness of outpatient and community treatments for people with a diagnosis of 'personality disorder': Systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, *23*(1). https://doi.org/10.1186/s12888-022-04483-0

Kliem, S., Kröger, C., & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of consulting and clinical psychology*, *78*(6), 936–951. https://doi.org/10.1037/a0021015

Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmahl, C., & Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, *51*(7), 1057–1067. https://doi.org/10.1017/S0033291721001355

Lana, F., & Fernández-San Martín, M. I. (2013). To what extent are specific psychotherapies for borderline personality disorders efficacious? A systematic review of published randomised controlled trials. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *41*(4), 242–252.

McLaughlin, S. P. B., Barkowski, S., Burlingame, G. M., Strauss, B., & Rosendahl, J. (2019). Group psychotherapy for borderline personality disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *Psychotherapy*, *56*(2), 260–273. https://doi.org/10.1037/pst0000211

Oud, M., Arntz, A., Hermens, M. L. M., Verhoef, R., & Kendall, T. (2018). Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, *52*(10), 949–961. https://doi.org/10.1177/0004867418791257

Rameckers, S. A., Verhoef, R. E. J., Grasman, R. P. P. P., Cox, W. R., van Emmerik, A. A. P., Engelmoer, I. M., & Arntz, A. (2021). Effectiveness of psychological treatments for borderline personality disorder

and predictors of treatment outcomes: A multivariate multilevel meta-analysis of data from all design types. *Journal of clinical medicine*, *10*(23). https://doi.org/10.3390/jcm10235622

Setkowski, K., Palantza, C., van Ballegooijen, W., Gilissen, R., Oud, M., Cristea, I. A., Noma, H., Furukawa, T. A., Arntz, A., van Balkom, A. J. L. M., & Cuijpers, P. (2023). Which psychotherapy is most effective and acceptable in the treatment of adults with a (sub)clinical borderline personality disorder? A systematic review and network meta-analysis. *Psychological medicine*, *53*(8), 3261–3280. https://doi.org/10.1017/S0033291723000685

Stoffers-Winterling, J. M., Storebø, O. J., Kongerslev, M. T., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sedoc Jørgensen, M., Sales, C. P., Edemann Callesen, H., Pereira Ribeiro, J., Völlm, B. A., Lieb, K., & Simonsen, E. (2022). Psychotherapies for borderline personality disorder: A focused systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *221*(3), 538–552. https://doi.org/10.1192/bjp.2021.204

Taylor, C. D. J., Bee, P., & Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and psychotherapy: Theory, research and practice*, *90*(3), 456–479. https://doi.org/10.1111/papt.12112

Zhang, K., Hu, X., Ma, L., Xie, Q., Wang, Z., Fan, C., & Li, X. (2023). The efficacy of schema therapy for personality disorders: A systematic review and meta-analysis. *Nordic journal of psychiatry*, *77*(7), 641–650. https://doi.org/10.1080/08039488.2023.2228304

Załącznik 2.14. Lista wyselekcjonowanych metaanaliz i przeglądów systematycznych dotyczących zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytami uwagi

Battagliese, G., Caccetta, M., Luppino, O. I., Baglioni, C., Cardi, V., Mancini, F., & Buonanno, C. (2015). Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. *Behaviour research and therapy*, *75*, 60–71. https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.10.008

Chan, E., Fogler, J. M., & Hammerness, P. G. (2016). Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents: A systematic review. *JAMA – Journal of the American Medical Association*, *315*(18), 1997–2008. https://doi.org/10.1001/jama.2016.5453

Daley, D., Van Der Oord, S., Ferrin, M., Danckaerts, M., Doepfner, M., Cortese, S., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2014). Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *53*(8), 835-847.e5. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.05.013

Garcia, Y., Keller-Collins, A., Andrews, M., Kurumiya, Y., Imlay, K., Umphrey, B., & Foster, E. (2022). Systematic review of acceptance and commitment therapy in individuals with neurodevelopmental disorders, caregivers, and staff. *Behavior modification*, *46*(5), 1236–1274. https://doi.org/10.1177/01454455211027301

Groenman, A. P., Hornstra, R., Hoekstra, P. J., Steenhuis, L., Aghebati, A., Boyer, B. E., Buitelaar, J. K., Chronis-Tuscano, A., Daley, D., Dehkordian, P., Dvorsky, M., Franke, N., DuPaul, G. J., Gershy, N., Harvey, E., Hennig, T., Herbert, S., Langberg, J., Mautone, J. A., ... van den Hoofdakker, B. J. (2022). An individual participant data meta-analysis: Behavioral treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *61*(2), 144–158. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.02.024

Guo, C., Assumpcao, L., & Hu, Z. (2022). Efficacy of non-pharmacological treatments on emotional symptoms of children and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A Meta-Analysis. *Journal of attention disorders*, *26*(4), 508–524. https://doi.org/10.1177/10870547211001953

Lambez, B., Harwood-Gross, A., Golumbic, E. Z., & Rassovsky, Y. (2020). Non-pharmacological interventions for cognitive difficulties in ADHD: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, *120*, 40–55. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.10.007

Nimmo-Smith, V., Merwood, A., Hank, D., Brandling, J., Greenwood, R., Skinner, L., Law, S., Patel, V., & Rai, D. (2020). Non-pharmacological interventions for adult ADHD: a systematic review. *Psychological medicine*, *50*(4), 529–541. https://doi.org/10.1017/S0033291720000069

Scholz, L., Werle, J., Philipsen, A., Schulze, M., Collonges, J., & Gensichen, J. (2023). Effects and feasibility of psychological interventions to reduce inattention symptoms in adults with ADHD: a systematic review. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, *32*(1), 307–320. https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1818189

Shou, S., Xiu, S., Li, Y., Zhang, N., Yu, J., Ding, J., & Wang, J. (2022). Efficacy of online intervention for ADHD: A meta-analysis and systematic review. *Frontiers in psychology*, *13*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.854810

Sonuga-Barke, E. J. S., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M., Holtmann, M., Stevenson, J., Danckaerts, M., Van Der Oord, S., Döpfner, M., Dittmann, R. W., Simonoff, E., Zuddas, A., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Hollis, C., Konofal, E., Lecendreux, M., ... Thompson, M. (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: Systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *American journal of psychiatry*, *170*(3), 275–289. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070991

Tourjman, V., Louis-Nascan, G., Ahmed, G., DuBow, A., Côté, H., Daly, N., Daoud, G., Espinet, S., Flood, J., Gagnier-Marandola, E., Gignac, M., Graziosi, G., Mansuri, Z., & Sadek, J. (2022). Psychosocial interventions for attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis by the CADDRA Guidelines Work GROUP. *Brain sciences*, *12*(8). https://doi.org/10.3390/brainsci12081023

Vacher, C., Goujon, A., Romo, L., & Purper-Ouakil, D. (2020). Efficacy of psychosocial interventions for children with ADHD and emotion dysregulation: A systematic review. *Psychiatry research*, *291*. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113151

Young, Z., Moghaddam, N., & Tickle, A. (2020). The efficacy of cognitive behavioral therapy for adults with ADHD: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of attention disorders*, *24*(6), 875–888. https://doi.org/10.1177/1087054716664413

Załącznik 2.15. Lista wyselekcjonowanych metaanaliz i przeglądów systematycznych dotyczących bezsenności

Aji, M., Gordon, C., Stratton, E., Calvo, R. A., Bartlett, D., Grunstein, R., & Glozier, N. (2021). Framework for the design engineering and clinical implementation and evaluation of mhealth apps for sleep disturbance: Systematic review. *Journal of medical internet research*, *23*(2), e24607. https://doi.org/10.2196/24607

Alimoradi, Z., Jafari, E., Broström, A., Ohayon, M. M., Lin, C.-Y., Griffiths, M. D., Blom, K., Jernelöv, S., Kaldo, V., & Pakpour, A. H. (2022). Effects of cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) on quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Sleep medicine reviews*, *64*. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2022.101646

Åslund, L., Arnberg, F., Kanstrup, M., & Lekander, M. (2018). Cognitive and behavioral interventions to improve sleep in school-age children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical sleep medicine*, *14*(11), 1937–1947. https://doi.org/10.5664/jcsm.7498

Ballesio, A., Bacaro, V., Vacca, M., Chirico, A., Lucidi, F., Riemann, D., Baglioni, C., & Lombardo, C. (2021). Does cognitive behaviour therapy for insomnia reduce repetitive negative thinking and sleep-related worry beliefs? A systematic review and meta-analysis. *Sleep medicine reviews*, *55*. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2020.101378

Benz, F., Knoop, T., Ballesio, A., Bacaro, V., Johann, A. F., Rücker, G., Feige, B., Riemann, D., & Baglioni, C. (2020). The efficacy of cognitive and behavior therapies for insomnia on daytime symptoms: A systematic review and network meta-analysis. *Clinical psychology review*, *80*. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101873

Blake, M. J., Sheeber, L. B., Youssef, G. J., Raniti, M. B., & Allen, N. B. (2017). Systematic review and meta-analysis of adolescent cognitive–behavioral sleep interventions. *Clinical child and family psychology review*, *20*(3), 227–249. https://doi.org/10.1007/s10567-017-0234-5

Chen, T.-L., Chang, S.-C., Hsieh, H.-F., Huang, C.-Y., Chuang, J.-H., & Wang, H.-H. (2020). Effects of mindfulness-based stress reduction on sleep quality and mental health for insomnia patients: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, *135*. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110144

Cheng, S.-T., Tsui, P. K., & Lam, J. H. M. (2015). Improving mental health in health care practitioners: Randomized controlled trial of a gratitude intervention. *Journal of consulting and clinical psychology*, *83*(1), 177–186. https://doi.org/10.1037/a0037895

Deng, W., van der Kleij, R. M. J. J., Shen, H., Wei, J., Brakema, E. A., Guldemond, N., Song, X., Li, X., van Tol, M.-J., Aleman, A., & Chavannes, N. H. (2023). eHealth-based psychosocial interventions for adults with insomnia: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of medical internet research*, *25*. https://doi.org/10.2196/39250

Edinger, J. D., Arnedt, J. T., Bertisch, S. M., Carney, C. E., Harrington, J. J., Lichstein, K. L., Sateia, M. J., Troxel, W. M., Zhou, E. S., Kazmi, U., Heald, J. L., & Martin, J. L. (2021). Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: An American Academy of Sleep Medicine systematic review, meta-analysis, and GRADE assessment. *Journal of Clinical Sleep Medicine: JCSM : Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine*, *17*(2), 263–298. https://doi.org/10.5664/jcsm.8988

de Entrambasaguas, M., Díaz-Silveira, C., Burgos-Julián, F. A., & Santed, M. A. (2023). Can mindfulness--based interventions improve outcomes in cognitive-behavioural therapy for chronic insomnia disorder in the general population? Systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology & psychotherapy*, *30*(5), 965–978. https://doi.org/10.1002/cpp.2874

Gao, Y., Ge, L., Liu, M., Niu, M., Chen, Y., Sun, Y., Chen, J., Yao, L., Wang, Q., Li, Z., Xu, J., Li, M., Hou, L., Shi, J., Yang, K., Cai, Y., Li, L., Zhang, J., & Tian, J. (2022). Comparative efficacy and acceptability

of cognitive behavioral therapy delivery formats for insomnia in adults: A systematic review and network meta-analysis. *Sleep medicine reviews*, *64*. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2022.101648

Gong, H., Ni, C.-X., Liu, Y.-Z., Zhang, Y., Su, W.-J., Lian, Y.-J., Peng, W., & Jiang, C.-L. (2016). Mindfulness meditation for insomnia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of psychosomatic research*, *89*, 1–6. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.07.016

Griggs, S., Conley, S., Batten, J., & Grey, M. (2020). A systematic review and meta-analysis of behavioral sleep interventions for adolescents and emerging adults. *Sleep medicine reviews*, *54*. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2020.101356

Hasan, F., Tu, Y.-K., Yang, C.-M., James Gordon, C., Wu, D., Lee, H.-C., Yuliana, L. T., Herawati, L., Chen, T.-J., & Chiu, H.-Y. (2022). Comparative efficacy of digital cognitive behavioral therapy for insomnia: A systematic review and network meta-analysis. *Sleep medicine reviews*, *61*. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2021.101567

Ho, F. Y.-Y., Chung, K.-F., Yeung, W.-F., Ng, T. H., Kwan, K.-S., Yung, K.-P., & Cheng, S. K. (2015). Self-help cognitive-behavioral therapy for insomnia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep medicine reviews*, *19*, 17–28. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2014.06.010

Jansson-Fröjmark, M., Nordenstam, L., Alfonsson, S., Bohman, B., Rozental, A., & Norell-Clarke, A. (2023). Stimulus control for insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of sleep research*. https://doi.org/10.1111/jsr.14002

Jiang, A., Rosario, M., Stahl, S., Gill, J. M., & Rusch, H. L. (2021). The Effect of virtual mindfulness-based interventions on sleep quality: A systematic review of randomized controlled trials. *Current psychiatry reports*, *23*(9). https://doi.org/10.1007/s11920-021-01272-6

Koffel, E. A., Koffel, J. B., & Gehrman, P. R. (2015). A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep medicine reviews*, *19*, 6–16. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2014.05.001

Kwon, M., Wang, J., Wilding, G., Dickerson, S. S., & Dean, G. E. (2021). Brief behavioral treatment for insomnia: A meta-analysis. *Behavioral sleep medicine*. https://doi.org/10.1080/15402002.2021.1982715

Ma, T., Li, Z.-Y., Yu, Y., Yang, Y., Ni, M.-H., Xie, H., Wang, W., Huang, Y.-X., Li, J.-L., Cui, G.-B., & Yan, L.-F. (2022). Gray matter abnormalities in patients with complex regional pain syndrome: A systematic review and meta-analysis of voxel-based morphometry studies. *Brain sciences*, *12*(8), 1115. https://doi.org/10.3390/brainsci12081115

Ma, Z. R., Shi, L. J., & Deng, M. H. (2018). Efficacy of cognitive behavioral therapy in children and adolescents with insomnia: a systematic review and meta-analysis. Brazilian journal of medical and biological research = Revista brasileira de pesquisas medicas e biologicas, *51*(6), e7070. https://doi.org/10.1590/1414-431x20187070

Maurer, L. F., Schneider, J., Miller, C. B., Espie, C. A., & Kyle, S. D. (2021). The clinical effects of sleep restriction therapy for insomnia: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep medicine reviews*, *58*, 101493. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2021.101493

Melo, F. L., Mendoza, J. F. W., Latorraca, C. O. C., Pacheco, R. L., Martimbianco, A. L. C., Pachito, D. V., & Riera, R. (2018). What do Cochrane systematic reviews say about interventions for insomnia? *Sao Paulo medical journal*, *136*(6), 579–585. https://doi.org/10.1590/1516-3180.2018.0380311018

Mitchell, M. D., Gehrman, P., Perlis, M., & Umscheid, C. A. (2012). Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: A systematic review. *BMC family practice*, *13*, 40. https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-40

Okajima, I., Komada, Y., & Inoue, Y. (2011). A meta-analysis on the treatment effectiveness of cognitive behavioral therapy for primary insomnia. *Sleep and biological rhythms*, *9*(1), 24–34. https://doi.org/10.1111/j.1479-8425.2010.00481.x

Paulos-Guarnieri, L., Linares, I. M. P., & El Rafihi-Ferreira, R. (2022). Evidence and characteristics of Acceptance and Commitment Therapy (ACT)-based interventions for insomnia: A systematic

review of randomized and non-randomized trials. *Journal of contextual behavioral science*, *23*, 1–14. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.11.001

Peng, W., Zhao, Y., Wang, Y., Wang, J., Hao, Q., Tu, Y., & Zhu, T. (2020). Comparison between acupuncture and cognitive behavioral therapy for primary insomnia: A protocol for systematic review and network meta-analysis. *Medicine (United States)*, *99*(21), E20453. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000020453

Rash, J. A., Kavanagh, V. A. J., & Garland, S. N. (2022). A meta-analysis of mindfulness-based therapies for insomnia and sleep disturbance moving toward processes of change. *Sleep medicine clinics*, *17*(3), 329–353. https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2022.06.002

Scott, A. M., Peiris, R., Atkins, T., Cardona, M., Greenwood, H., Clark, J., & Glasziou, P. (2023). Telehealth versus face-to-face delivery of cognitive behavioural therapy for insomnia: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 1357633X231204071. https://doi.org/10.1177/1357633X231204071

Seyffert, M., Lagisetty, P., Landgraf, J., Chopra, V., Pfeiffer, P. N., Conte, M. L., & Rogers, M. A. M. (2016). Internet-delivered cognitive behavioral therapy to treat insomnia: A systematic review and meta--analysis. *PLoS one*, *11*(2). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149139

Simon, L., Steinmetz, L., Feige, B., Benz, F., Spiegelhalder, K., & Baumeister, H. (2023). Comparative efficacy of onsite, digital, and other settings for cognitive behavioral therapy for insomnia: A systematic review and network meta-analysis. *Scientific reports*, *13*(1). https://doi.org/10.1038/s41598-023-28853-0

Soh, H. L., Ho, R. C., Ho, C. S., & Tam, W. W. (2020). Efficacy of digital cognitive behavioural therapy for insomnia: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep medicine*, *75*, 315–325. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.08.020

van Straten, A., van der Zweerde, T., Kleiboer, A., Cuijpers, P., Morin, C. M., & Lancee, J. (2018). Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: A meta-analysis. *Sleep medicine reviews*, *38*, 3–16. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2017.02.001

Thakral, M., Von Korff, M., McCurry, S. M., Morin, C. M., & Vitiello, M. V. (2020). Changes in dysfunctional beliefs about sleep after cognitive behavioral therapy for insomnia: A systematic literature review and meta-analysis. *Sleep medicine reviews*, *49*. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2019.101230

Trauer, J. M., Qian, M. Y., Doyle, J. S., Rajaratnam, S. M. W., & Cunnington, D. (2015). Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine*, *163*(3), 191–204. https://doi.org/10.7326/M14-2841

Verreault, M. D., Granger, É., Neveu, X., Delage, J. P., Bastien, C. H., & Vallières, A. (2023). The effectiveness of stimulus control in cognitive behavioural therapy for insomnia in adults: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of Sleep Research*. https://doi.org/10.1111/jsr.14008

Wang, S., Jiaerken, Y., Yu, X., Shen, Z., Luo, X., Hong, H., Sun, J., Xu, X., Zhang, R., Zhou, Y., Lou, M., Huang, P., & Zhang, M. (2019). Understanding the association between psychomotor processing speed and white matter hyperintensity: A comprehensive multi-modality MR imaging study. *Human brain mapping*, *41*(3), 605–616. https://doi.org/10.1002/hbm.24826

Wang, S., Lan, Y., Liu, Z., Xu, S., & Wu, X. (2023). Effects of different interventions on insomnia in adults: Systematic review and network meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, *165*, 140–149. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.07.004

Wang, Y.-Y., Yang, Y., Rao, W.-W., Zhang, S.-F., Zeng, L.-N., Zheng, W., Ng, C. H., Ungvari, G. S., Zhang, L., & Xiang, Y.-T. (2020). Cognitive behavioural therapy monotherapy for insomnia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Asian journal of psychiatry*, *49*, 101828. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.10.008

Xu, D., Cardell, E., Broadley, S. A., & Sun, J. (2021). Efficacy of face-to-face delivered cognitive behavioral therapy in improving health status of patients with insomnia: A meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, *12*, 798453. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.798453

Ye, Y.-Y., Chen, N.-K., Chen, J., Liu, J., Lin, L., Liu, Y.-Z., Lang, Y., Li, X.-J., Yang, X.-J., & Jiang, X.-J. (2016). Internet-based cognitive-behavioural therapy for insomnia (ICBT-i): A meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ open*, *6*(11), e010707. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010707

Zachariae, R., Lyby, M. S., Ritterband, L. M., & O'Toole, M. S. (2016). Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia—A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep medicine reviews*, *30*, 1–10. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2015.10.004

Zhang, L., Fu, T., Yin, R., Zhang, Q., & Shen, B. (2017). Prevalence of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: A systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, *17*(1), 70. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1234-1

van der Zweerde, T., Bisdounis, L., Kyle, S. D., Lancee, J., & van Straten, A. (2019). Cognitive behavioral therapy for insomnia: A meta-analysis of long-term effects in controlled studies. *Sleep medicine reviews*, *48*, 101208. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2019.08.002

Załącznik 2.16. Lista wyselekcjonowanych metaanaliz i przeglądów systematycznych dotyczących uzależnień od alkoholu i substancji

Agosti, V., Nunes, E. V., & O'Shea, D. (2012). Do manualized psychosocial interventions help reduce relapse among alcohol-dependent adults treated with naltrexone or placebo? A meta-analysis. *American journal on addictions*, *21*(6), 501–507. https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2012.00270.x

Amato, L., Davoli, M., Vecchi, S., Ali, R., Farrell, M., Faggiano, F., Foxcroft, D., Ling, W., Minozzi, S., & Chengzheng, Z. (2011). Cochrane systematic reviews in the field of addiction: What's there and what should be. *Drug and alcohol dependence*, *113*(2), 96–103. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.08.003

van Amsterdam, J., Blanken, P., Spijkerman, R., van Den Brink, W., & Hendriks, V. (2022). the added value of pharmacotherapy to cognitive behavior therapy and vice versa in the treatment of alcohol use disorders: A systematic review. *Alcohol and alcoholism*, *57*(6), 768–775. https://doi.org/10.1093/alcalc/agac043

Apuy, L. F. M., Barreto, M. A. B., & Merino, L. A. H. (2023). Efficacy of bupropion and cognitive behavioral therapy in the treatment of methamphetamine use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Brazilian journal of psychiatry*, *45*(3), 280–285. https://doi.org/10.47626/1516-4446-2022-2979

Bentzley, B. S., Han, S. S., Neuner, S., Humphreys, K., Kampman, K. M., & Halpern, C. H. (2021). Comparison of treatments for cocaine use disorder among adults: A systematic review and meta-analysis. *JAMA network open*, *4*(5). https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.8049

Boness, C. L., Votaw, V. R., Schwebel, F. J., Moniz-Lewis, D. I. K., McHugh, R. K., & Witkiewitz, K. (2023). An evaluation of cognitive behavioral therapy for substance use disorders: A systematic review and application of the society of clinical psychology criteria for empirically supported treatments. *Clinical psychology: science and practice*, *30*(2), 129–142. https://doi.org/10.1037/cps0000131

Bonfiglio, N. S., Mascia, M. L., Cataudella, S., & Penna, M. P. (2022). Digital help for substance users (SU): A systematic review. *International journal of environmental research and public health*, *19*(18). https://doi.org/10.3390/ijerph191811309

Byrne, S. P., Haber, P., Baillie, A., Costa, D. S. J., Fogliati, V., & Morley, K. (2019). Systematic reviews of mindfulness and acceptance and commitment therapy for alcohol use disorder: Should we be using third wave therapies? *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, *54*(2), 159–166. https://doi.org/10.1093/alcalc/agy089

Chatters, R., Cooper, K., Day, E., Knight, M., Lagundoye, O., Wong, R., & Kaltenthaler, E. (2016). Psychological and psychosocial interventions for cannabis cessation in adults: A systematic review. *Addiction research and theory*, *24*(2), 93–110. https://doi.org/10.3109/16066359.2015.1073719

Chiesa, A., & Serretti, A. (2014). Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. *Substance use and misuse*, *49*(5), 492–512. https://doi.org/10.3109/10826084.2013.770027

Chou, R., Dana, T., Blazina, I., Grusing, S., Fu, R., & Bougatsos, C. (2020). *Interventions for unhealthy drug use—supplemental report: A systematic review for the U.S. preventive services task force* (rayyan-667687593). https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=32550674&lang=pl&site=ehost-live

Correction to: Technology-delivered cognitive-behavioral interventions for alcohol use: A meta-analysis (2019). *Alcoholism: clinical and experimental research*, *43*(11), (2285-2295), 10.1111/acer.14189). (2023). *Alcohol: clinical and experimental research*, *47*(7), 1422. https://doi.org/10.1111/acer.14666

Dalton, K., Bishop, L., & Darcy, S. (2021). Investigating interventions that lead to the highest treatment retention for emerging adults with substance use disorder: A systematic review. *Addictive behaviors*, *122*. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107005

Davis, M. L., Powers, M. B., Handelsman, P., Medina, J. L., Zvolensky, M., & Smits, J. A. J. (2015). Behavioral therapies for treatment-seeking cannabis users: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Evaluation and the health professions*, *38*(1), 94–114. https://doi.org/10.1177/0163278714529970

De Crescenzo, F., Ciabattini, M., D'Alò, G. L., De Giorgi, R., Del Giovane, C., Cassar, C., Janiri, L., Clark, N., Ostacher, M. J., & Cipriani, A. (2018). Comparative efficacy and acceptability of psychosocial interventions for individuals with cocaine and amphetamine addiction: A systematic review and network meta-analysis. *PLoS medicine*, *15*(12). https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002715

Demina, A., Petit, B., Meille, V., & Trojak, B. (2023). Mindfulness interventions for craving reduction in substance use disorders and behavioral addictions: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC neuroscience*, *24*(1). https://doi.org/10.1186/s12868-023-00821-4

Díez-Bejarano, L., & Chaves, C. (2022). Is acceptance and commitment therapy effective in treating addiction? A systematic review. *Psychiatric annals*, *52*(6), 248–260. https://doi.org/10.3928/00485713-20220504-01

Fazzino, T. L., Bjorlie, K., & Lejuez, C. W. (2019). A systematic review of reinforcement-based interventions for substance use: Efficacy, mechanisms of action, and moderators of treatment effects. *Journal of substance abuse treatment*, *104*, 83–96. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.06.016

Félix-Junior, I. J., Donate, A. P. G., Noto, A. R., Galduróz, J. C. F., Simionato, N. M., & Opaleye, E. S. (2022). Mindfulness-based interventions in inpatient treatment for substance use disorders: A systematic review. *Addictive Behaviors Reports*, *16*. https://doi.org/10.1016/j.abrep.2022.100467

Fletcher, K. (2013). Couple therapy treatments for substance use disorders: A systematic review. *Journal of social work practice in the addictions*, *13*(4), 327–352. https://doi.org/10.1080/1533256X.2013.840213

Fowler, L. A., Holt, S. L., & Joshi, D. (2016). Mobile technology-based interventions for adult users of alcohol: A systematic review of the literature. *Addictive behaviors*, *62*, 25–34. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.06.008

Gainsbury, S., & Blaszczynski, A. (2011). A systematic review of Internet-based therapy for the treatment of addictions. *Clinical psychology review*, *31*(3), 490–498. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.11.007

Gao, J., Cao, J., Guo, T., & Xiao, Y. (2018). Association between alcoholic interventions and abstinence rates for alcohol use disorders: A meta-analysis. *Medicine*, *97*(50), e13566. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000013566

Geijer-Simpson, E., Kaner, E., Lingam, R., McArdle, P., & McGovern, R. (2023). Effectiveness of Family-involved interventions in reducing co-occurring alcohol use and mental health problems in young people aged 12–17: A systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, *20*(19). https://doi.org/10.3390/ijerph20196890

Giannelli, E., Gold, C., Bieleninik, L., Ghetti, C., & Gelo, O. C. G. (2019). Dialectical behaviour therapy and 12-step programmes for substance use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Counselling and psychotherapy research*, *19*(3), 274–285. https://doi.org/10.1002/capr.12228

Ginley, M. K., Pfund, R. A., Rash, C. J., & Zajac, K. (2021). Long-term efficacy of contingency management treatment based on objective indicators of abstinence from illicit substance use up to 1 year following treatment: A meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, *89*(1), 58–71. https://doi.org/10.1037/ccp0000552

Grant, S., Colaiaco, B., Motala, A., Shanman, R., Booth, M., Sorbero, M., & Hempel, S. (2017). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of addiction medicine*, *11*(5), 386–396. https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000338

Gutierrez, G., Meartsi, D., Nikjoo, N., Sajid, S., Moghimi, E., & Alavi, N. (2023). Online psychotherapy for the management of alcohol use disorder, a systematic review and network meta-analysis. *International journal of mental health and addiction*. https://doi.org/10.1007/s11469-023-01132-9

Hadjistavropoulos, H. D., Mehta, S., Wilhelms, A., Keough, M. T., & Sundström, C. (2020). A systematic review of internet-delivered cognitive behavior therapy for alcohol misuse: Study characteristics, program content and outcomes. *Cognitive behaviour therapy*, *49*(4), 327–346. https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1663258

Hoch, E., Preuss, U. W., Ferri, M., & Simon, R. (2016). Digital interventions for problematic cannabis users in non-clinical settings: Findings from a systematic review and meta-analysis. *European addiction research*, *22*(5), 233–242. https://doi.org/10.1159/000445716

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, *36*(5), 427–440. https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1

Hurzeler, T., Giannopoulos, V., Uribe, G., Louie, E., Haber, P., & Morley, K. C. (2021). Psychosocial interventions for reducing suicidal behaviour and alcohol consumption in patients with alcohol problems: A systematic review of randomized controlled trials. *Alcohol and alcoholism*, *56*(1), 17–27. https://doi.org/10.1093/alcalc/agaa094

Kelemen, A., Minarcik, E., Steets, C., & Liang, Y. (2022). Telehealth interventions for alcohol use disorder: A systematic review. *Liver research*, *6*(3), 146–154. https://doi.org/10.1016/j.livres.2022.08.004

Khadjesari, Z., Murray, E., Hewitt, C., Hartley, S., & Godfrey, C. (2011). Can stand-alone computer-based interventions reduce alcohol consumption? A systematic review. *Addiction*, *106*(2), 267–282. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03214.x

Kiluk, B. D., Ray, L. A., Walthers, J., Bernstein, M., Tonigan, J. S., & Magill, M. (2019). Technology--delivered cognitive-behavioral interventions for alcohol use: A meta-analysis. *Alcoholism: clinical and experimental research*, *43*(11), 2285–2295. https://doi.org/10.1111/acer.14189

Kim, M. H., & Hyun, M. S. (2023). Psychosocial interventions for patients with alcohol use disorder: A systematic review. *The journal of Korean Academic Society of Nursing Education*, *29*(1), 72–85. https://doi.org/10.5977/jkasne.2023.29.1.72

Kiyak, C., Simonetti, M. E., Norton, S., & Deluca, P. (2023). The efficacy of cue exposure therapy on alcohol use disorders: A quantitative meta-analysis and systematic review. *Addictive behaviors*, *139*. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107578

Korecki, J. R., Schwebel, F. J., Votaw, V. R., & Witkiewitz, K. (2020). Mindfulness-based programs for substance use disorders: A systematic review of manualized treatments. *Substance abuse: treatment, prevention, and policy*, *15*(1). https://doi.org/10.1186/s13011-020-00293-3

Kostova, Z., Levin, L., Lorberg, B., & Ziedonis, D. (2019). Mindfulness-based interventions for adolescents with mental health conditions: A systematic review of the research literature. *Journal of child and family studies*, *28*(10), 2633–2649. https://doi.org/10.1007/s10826-019-01477-7

Langener, S., Vandernagel, J., van Manen, J., Markus, W., Dijkstra, B., Defuentes-merillas, L., Klaassen, R., Heitmann, J., Heylen, D., & Schellekens, A. (2021). Clinical relevance of immersive virtual reality in the assessment and treatment of addictive disorders: A systematic review and future perspective. *Journal of clinical medicine*, *10*(16). https://doi.org/10.3390/jcm10163658

Lee, E. B., An, W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2015). An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. *Drug and alcohol dependence*, *155*, 1–7. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.004

Leichsenring, F., Steinert, C., Rabung, S., & Ioannidis, J. P. A. (2022). The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: An umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses. *World psychiatry*, *21*(1), 133–145. https://doi.org/10.1002/wps.20941

Li, W., Howard, M. O., Garland, E. L., McGovern, P., & Lazar, M. (2017). Mindfulness treatment for substance misuse: A systematic review and meta-analysis. *Journal of substance abuse treatment*, *75*, 62–96. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.01.008

Maclean, S., Cameron, J., Harney, A., & Lee, N. K. (2012). Psychosocial therapeutic interventions for volatile substance use: A systematic review. *Addiction*, *107*(2), 278–288. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03650.x

Magill, M., Ray, L., Kiluk, B., Hoadley, A., Bernstein, M., Tonigan, J. S., & Carroll, K. (2019). A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *Journal of consulting and clinical psychology*, *87*(12), 1093–1105. https://doi.org/10.1037/ccp0000447

Maia, M. F. C., dos Santos, B. F., de Castro, L. C., Vieira, N. S. T., & Da Silveira, P. S. (2021). Acceptance and commitment therapy and drug use: A systematic review. *Paideia*, *31*. https://doi.org/10.1590/1982-4327e3136

Martínez-Vispo, C., López-Durán, A., Fernández del Río, E., & Becoña, E. (2018). Effects of behavioural activation on substance use and depression: A systematic review. *Substance abuse: treatment, prevention, and policy*, *13*(1). https://doi.org/10.1186/s13011-018-0173-2

Megranahan, K., Megranahan, D., & Cooper, A. (2023). Non-pharmacological interventions for problematic substance use: A rapid overview of cochrane systematic reviews. *International journal of mental health and addiction*. https://doi.org/10.1007/s11469-023-01090-2

Mehta, K., Hoadley, A., Ray, L. A., Kiluk, B. D., Carroll, K. M., & Magill, M. (2021). Cognitive-behavioral interventions targeting alcohol or other drug use and co-occurring mental health disorders: A meta-analysis. *Alcohol and alcoholism*, *56*(5), 535–544. https://doi.org/10.1093/alcalc/agab016

Meis, L. A., Griffin, J. M., Greer, N., Jensen, A. C., MacDonald, R., Carlyle, M., Rutks, I., & Wilt, T. J. (2013). Couple and family involvement in adult mental health treatment: A systematic review. *Clinical psychology review*, *33*(2), 275–286. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.12.003

Mhaidat, I., Taherian, M. R., Hashemi Nazari, S. S., Mosavi-Jarrahi, A., Yeganeh, H., Al-Yateem, N., Al Marzouqi, A. M., & Rahman, S. A. (2023). Effect of cognitive-behavioural therapy on resilience and relapse in adult patients with substance use disorder: A systematic review protocol. *BMJ open*, *13*(5). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067115

Narimani, M., Rajabpour, M., Mikaeili, N., & Hajloo, N. (2020). Effectiveness of mindfulness-based treatment on addiction relapse prevention: A systematic review and meta-analysis. *Koomesh*, *22*(2), 203–208.

Nègre, F., Lemercier-Dugarin, M., Kahn-Lewin, C., Gomet, R., Zerdazi, E.-H. M., Zerhouni, O., & Romo, L. (2023). Virtual reality efficiency as exposure therapy for alcohol use: A systematic literature review. *Drug and alcohol dependence*, *253*. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.111027

Olmos, A., Tirado-Muñoz, J., Farré, M., & Torrens, M. (2018). The efficacy of computerized interventions to reduce cannabis use: A systematic review and meta-analysis. *Addictive behaviors*, *79*, 52–60. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.11.045

Oosterveen, E., Tzelepis, F., Ashton, L., & Hutchesson, M. J. (2017). A systematic review of eHealth behavioral interventions targeting smoking, nutrition, alcohol, physical activity and/or obesity for young adults. *Preventive medicine*, *99*, 197–206. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.01.009

Pilling, S., Fonagy, P., Allison, E., Barnett, P., Campbell, C., Constantinou, M., Gardner, T., Lorenzini, N., Matthews, H., Ryan, A., Sacchetti, S., Truscott, A., Ventura, T., Watchorn, K., Whittington, C., & Kendall, T. (2020). Long-term outcomes of psychological interventions on children and young people's mental health: A systematic review and meta-analysis. *PLoS one*, *15*(11). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236525

Preusse, M., Neuner, F., & Ertl, V. (2020). Effectiveness of psychosocial interventions targeting hazardous and harmful alcohol use and alcohol-related symptoms in low- and middle-income countries: A systematic review. *Frontiers in psychiatry*, *11*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00768

Ramadas, E., de Lima, M. P., Caetano, T., Lopes, J., & Dixe, M. A. (2021). Effectiveness of mindfulness--based relapse prevention in individuals with substance use disorders: A systematic review. *Behavioral sciences*, *11*(10). https://doi.org/10.3390/bs11100133

Ramsey, A. T., Satterfield, J. M., Gerke, D. R., & Proctor, E. K. (2019). Technology-based alcohol interventions in primary care: Systematic review. *Journal of medical internet research*, *21*(4). https://doi.org/10.2196/10859

Ray, L. A., Meredith, L. R., Kiluk, B. D., Walthers, J., Carroll, K. M., & Magill, M. (2020). Combined pharmacotherapy and cognitive behavioral therapy for adults with alcohol or substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *JAMA network open*, *3*(6). https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.8279

Riper, H., Hoogendoorn, A., Cuijpers, P., Karyotaki, E., Boumparis, N., Mira, A., Andersson, G., Berman, A. H., Bertholet, N., Bischof, G., Blankers, M., Boon, B., Boß, L., Brendryen, H., Cunningham, J., Ebert, D., Hansen, A., Hester, R., Khadjesari, Z., ... Smit, J. H. (2018). Effectiveness and treatment moderators of internet interventions for adult problem drinking: An individual patient data meta-analysis of 19 randomised controlled trials. *PLoS medicine*, *15*(12). https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002714

Ronsley, C., Nolan, S., Knight, R., Hayashi, K., Klimas, J., Walley, A., Wood, E., & Fairbairn, N. (2020). Treatment of stimulant use disorder: A systematic review of reviews. *PLoS one*, *15*(6). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234809

Rooke, S., Thorsteinsson, E., Karpin, A., Copeland, J., & Allsop, D. (2010). Computer-delivered interventions for alcohol and tobacco use: A meta-analysis. *Addiction*, *105*(8), 1381–1390. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02975.x

Sancho, M., De Gracia, M., Rodríguez, R. C., Mallorquí-Bagué, N., Sánchez-González, J., Trujols, J., Sánchez, I., Jiménez-Murcia, S., & Menchón, J. M. (2018). Mindfulness-based interventions for the treatment of substance and behavioral addictions: A systematic review. *Frontiers in psychiatry*, *9*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00095

Schmit, M. K., Schmit, E. L., Lenz, A. S., Hawkins, J., Silveus, S. A., & Chuyou-Campbell, C. (2022). Meta-analysis of behavioral couples therapy for increasing abstinence from substance use and relationship adjustment. *Counseling outcome research and evaluation*, *13*(1), 57–71. https://doi.org/10.1080/21501378.2020.1796481

Segawa, T., Baudry, T., Bourla, A., Blanc, J.-V., Peretti, C.-S., Mouchabac, S., & Ferreri, F. (2020). Virtual Reality (VR) in assessment and treatment of addictive disorders: A systematic review. *Frontiers in neuroscience*, *13*. https://doi.org/10.3389/fnins.2019.01409

Shahzadi, M., Hafeez, S., Abbas, Q., Ehsaan, S., & Khan, M. U. (2023). The leading role of evidence-based practices in the treatment of patients with substance use disorders: A systematic review. *Journal of the Pakistan medical association*, *73*(8), 1675–1683. https://doi.org/10.47391/JPMA.7136

Staton, C. A., Vissoci, J. R. N., El-Gabri, D., Adewumi, K., Concepcion, T., Elliott, S. A., Evans, D. R., Galson, S. W., Pate, C. T., Reynolds, L. M., Sanchez, N. A., Sutton, A. E., Yuan, C., Pauley, A., Andrade, L., Von Isenberg, M., Ye, J. J., & Gerardo, C. J. (2022). Patient-level interventions to reduce alcohol-related harms in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-summary. *PLoS Medicine*, *19*(4). https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003961

Steele, D. W., Becker, S. J., Danko, K. J., Balk, E. M., Saldanha, I. J., Adam, G. P., Bagley, S. M., Friedman, C., Spirito, A., Scott, K., Ntzani, E. E., Saeed, I., Smith, B., Popp, J., & Trikalinos, T. A. (2020). *Interventions for substance use disorders in adolescents: A systematic review* (rayyan-667687594). https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=32479039&lang=pl&site=ehost-live

Stuart, A. M., Baker, A. L., Denham, A. M. J., Lee, N. K., Hall, A., Oldmeadow, C., Dunlop, A., Bowman, J., & McCarter, K. (2020). Psychological treatment for methamphetamine use and associated psychiatric symptom outcomes: A systematic review. *Journal of substance abuse treatment*, *109*, 61–79. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.09.005

Tan, C. J., Shufelt, T., Behan, E., Chantara, J., Koomsri, C., Gordon, A. J., Chaiyakunapruk, N., & Dhippayom, T. (2023). Comparative effectiveness of psychosocial interventions in adults with harmful

use of alcohol: A systematic review and network meta-analysis. *Addiction*, *118*(8), 1414–1429. https://doi.org/10.1111/add.16187

Tanner-Smith, E. E., & Lipsey, M. W. (2015). Brief alcohol interventions for adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of substance abuse treatment*, *51*, 1–18. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.09.001

Tanner-Smith, E. E., Wilson, S. J., & Lipsey, M. W. (2013). The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: A meta-analysis. *Journal of substance abuse treatment*, *44*(2), 145–158. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2012.05.006

Tatnell, P., Atorkey, P., & Tzelepis, F. (2022). The effectiveness of virtual reality interventions on smoking, nutrition, alcohol, physical activity and/or obesity risk factors: A systematic review. *International journal of environmental research and public health*, *19*(17). https://doi.org/10.3390/ijerph191710821

Thomas, G., Chatim, A., Ganju, N., Abdo, M., Kankaria, A., Shankar, N., Thomas, J., Elnasseh, A., Aabye, J., Lewis, K., Cornett, E. M., & Kaye, A. D. (2023). Systematic review and meta-analysis. W *substance use and addiction research: Methodology, mechanisms, and therapeutics* (rayyan-667687607; s. 133–144). Elsevier. https://doi.org/10.1016/B978-0-323-98814-8.00022-6

Thurgood, S. L., McNeill, A., Clark-Carter, D., & Brose, L. S. (2016). A systematic review of smoking cessation interventions for adults in substance abuse treatment or recovery. *Nicotine and tobacco research*, *18*(5), 993–1001. https://doi.org/10.1093/ntr/ntv127

Warner, N., & Murphy, M. (2022). Dialectical behaviour therapy skills training for individuals with substance use disorder: A systematic review. *Drug and alcohol review*, *41*(2), 501–516. https://doi.org/10.1111/dar.13362

White, A., Kavanagh, D., Stallman, H., Klein, B., Kay-Lambkin, F., Proudfoot, J., Drennan, J., Connor, J., Baker, A., Hines, E., & Young, R. (2010). Online alcohol interventions: A systematic review. *Journal of medical internet research*, *12*(5), e62p.1-e62p.12. https://doi.org/10.2196/jmir.1479

Zerden, L. S., Guan, T., Lombardi, B. M., Sharma, A., & Garcia-Rico, Y. (2020). Psychosocial interventions in office-based opioid treatment: A systematic review. *Journal of the society for social work and research*, *11*(1), 103–131. https://doi.org/10.1086/708369

Zhang, P., Zhan, J., Wang, S., Tang, Y., Chen, H., Wang, Y., Wei, X., Wen, H., Pan, T., Chen, Z., Tang, C., Xu, N., & Lu, L. (2022). Psychological interventions on abstinence in patients with alcohol use disorder: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Neuropsychiatric disease and treatment*, *18*, 1815–1830. https://doi.org/10.2147/NDT.S372300

Załącznik 2.17. Lista wyselekcjonowanych metaanaliz i przeglądów systematycznych dotyczących uzależnień behawioralnych

Ayub, S., Jain, L., Parnia, S., Bachu, A., Farhan, R., Kumar, H., Sullivan, A., & Ahmed, S. (2023). Treatment modalities for internet addiction in children and adolescents: A systematic review of randomized controlled trials (RCTs). *Journal of clinical medicine*, *12*(9). https://doi.org/10.3390/jcm12093345

Boumparis, N., Haugorcid, S., Abend, S., Billieux, J., Riper, H., & Schaub, M. P. (2022). Internet-based interventions for behavioral addictions: A systematic review. *Journal of behavioral addictions*, *11*(3), 620–642. https://doi.org/10.1556/2006.2022.00054

Chang, C.-H., Chang, Y.-C., Yang, L., & Tzang, R.-F. (2022). The comparative efficacy of treatments for children and young adults with internet addiction/internet gaming disorder: An updated meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, *19*(5). https://doi.org/10.3390/ijerph19052612

Chen, Y., Lu, J., Wang, L., & Gao, X. (2023). Effective interventions for gaming disorder: A systematic review of randomized control trials. *Frontiers in psychiatry*, *14*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1098922

Demina, A., Petit, B., Meille, V., & Trojak, B. (2023). Mindfulness interventions for craving reduction in substance use disorders and behavioral addictions: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC neuroscience*, *24*(1), 55. https://doi.org/10.1186/s12868-023-00821-4

Eriksen, J. W., Fiskaali, A., Zachariae, R., Wellnitz, K. B., Oernboel, E., Stenbro, A. W., Marcussen, T., & Petersen, M. W. (2023). Psychological intervention for gambling disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of behavioral addictions*, *12*(3), 613–630. https://doi.org/10.1556/2006.2023.00034

Goslar, M., Leibetseder, M., Muench, H. M., Hofmann, S. G., & Laireiter, A.-R. (2020). Treatments for internet addiction, sex addiction and compulsive buying: A meta-analysis. *Journal of behavioral addictions*, *9*(1), 14–43. https://doi.org/10.1556/2006.2020.00005

Hedman, E., Ljótsson, B., & Lindefors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the Internet: A systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert review of pharmacoeconomics and outcomes research*, *12*(6), 745–764. https://doi.org/10.1586/erp.12.67

King, D. L., Delfabbro, P. H., Wu, A. M. S., Doh, Y. Y., Kuss, D. J., Pallesen, S., Mentzoni, R., Carragher, N., & Sakuma, H. (2017). Treatment of Internet gaming disorder: An international systematic review and CONSORT evaluation. *Clinical psychology review*, *54*, 123–133. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.002

Lampropoulou, P., Siomos, K., Floros, G., & Christodoulou, N. (2022). Effectiveness of available treatments for gaming disorders in children and adolescents: A systematic review. *Cyberpsychology, behavior, and social networking*, *25*(1), 5–13. https://doi.org/10.1089/cyber.2021.0067

Langener, S., Vandernagel, J., van Manen, J., Markus, W., Dijkstra, B., Defuentes-merillas, L., Klaassen, R., Heitmann, J., Heylen, D., & Schellekens, A. (2021). Clinical relevance of immersive virtual reality in the assessment and treatment of addictive disorders: A systematic review and future perspective. *Journal of clinical medicine*, *10*(16). https://doi.org/10.3390/jcm10163658

Park, J. J., King, D. L., Wilkinson-Meyers, L., & Rodda, S. N. (2022). Content and effectiveness of web-based treatments for online behavioral addictions: Systematic review. *JMIR mental health*, *9*(9). https://doi.org/10.2196/36662

Petry, N. M., Ginley, M. K., & Rash, C. J. (2017). A systematic review of treatments for problem gambling. *Psychology of addictive behaviors*, *31*(8), 951–961. https://doi.org/10.1037/adb0000290

Pfund, R. A., Forman, D. P., Whalen, S. K., Zech, J. M., Ginley, M. K., Peter, S. C., McAfee, N. W., & Whelan, J. P. (2023). Effect of cognitive-behavioral techniques for problem gambling and gambling

disorder: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, *118*(9), 1661–1674. https://doi.org/10.1111/add.16221

Pfund, R. A., King, S. A., Forman, D. P., Zech, J. M., Ginley, M. K., Peter, S. C., McAfee, N. W., Witkiewitz, K., & Whelan, J. P. (2023). Effects of cognitive behavioral techniques for gambling on recovery defined by gambling, psychological functioning, and quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Psychology of addictive behaviors*, *37*(7), 936–945. https://doi.org/10.1037/adb0000910

Quilty, L. C., Wardell, J. D., Thiruchselvam, T., Keough, M. T., & Hendershot, C. S. (2019). Brief interventions for problem gambling: A meta-analysis. *PLoS one*, *14*(4). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214502

Ribeiro, E. O., Afonso, N. H., & Morgado, P. (2021). Non-pharmacological treatment of gambling disorder: A systematic review of randomized controlled trials. *BMC psychiatry*, *21*(1), 105. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03097-2

Roza, T. H., Noronha, L. T., Shintani, A. O., Massuda, R., Lobato, M. I. R., Kessler, F. H. P., & Passos, I. C. (2023). Treatment approaches for problematic pornography use: A systematic review. *Archives of sexual behavior*. https://doi.org/10.1007/s10508-023-02699-z

Sagoe, D., Griffiths, M. D., Erevik, E. K., Høyland, T., Leino, T., Lande, I. A., Sigurdsson, M. E., & Pallesen, S. (2022). Internet-based treatment of gambling problems: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of behavioral addictions*. https://doi.org/10.1556/2006.2021.00062

Sancho, M., De Gracia, M., Rodríguez, R. C., Mallorquí-Bagué, N., Sánchez-González, J., Trujols, J., Sánchez, I., Jiménez-Murcia, S., & Menchón, J. M. (2018). Mindfulness-based interventions for the treatment of substance and behavioral addictions: A systematic review. *Frontiers in psychiatry*, *9*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00095

Segawa, T., Baudry, T., Bourla, A., Blanc, J.-V., Peretti, C.-S., Mouchabac, S., & Ferreri, F. (2020). Virtual Reality (VR) in assessment and treatment of addictive disorders: A systematic review. *Frontiers in neuroscience*, *13*. https://doi.org/10.3389/fnins.2019.01409

Smith, D. P., Dunn, K. I., Harvey, P. W., Battersby, M. W., & Pols, R. G. (2013). Assessing randomised clinical trials of cognitive and exposure therapies for gambling disorders: A systematic review. *Behaviour change*, *30*(3), 139–158. https://doi.org/10.1017/bec.2013.15

Stevens, M. W. R., King, D. L., Dorstyn, D., & Delfabbro, P. H. (2019). Cognitive-behavioral therapy for Internet gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology and psychotherapy*, *26*(2), 191–203. https://doi.org/10.1002/cpp.2341

Zajac, K., Ginley, M. K., & Chang, R. (2020). Treatments of internet gaming disorder: A systematic review of the evidence. *Expert review of neurotherapeutics*, *20*(1), 85–93. https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1671824

Zajac, K., Ginley, M. K., Chang, R., & Petry, N. M. (2017). Treatments for Internet gaming disorder and Internet addiction: A systematic review. *Psychology of addictive behaviors*, *31*(8), 979–994. https://doi.org/10.1037/adb0000315