PRZEGLĄD METAANALIZ BADAŃ NAD SKUTECZNOŚCIĄ PSYCHOTERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ W LECZENIU ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Zespół Roboczy PTTPB
ds. Badań nad Skutecznością Psychoterapii

W składzie (alfabetycznie):

dr Dominika Farley
dr hab. Krystyna Golonka, prof. UJ
dr Joachim Kowalski
koordynator: Jacek Legierski
dr Kinga Tucholska

Warszawa, październik 2022

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 2022

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

Wydanie pierwsze

ISBN 978-83-915360-4-9

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

(48) 508 964 887

sekretariat@pttpb.pl

Spis treści

1. Streszczenie 4
2. Wprowadzenie 7
    2.1. Cele i metoda przeglądu 7
    2.2. Pojęcia i terminy używane w przeglądzie 8
        2.2.1. Wielkość efektu 9
        2.2.2. *Number needed to treat* 11
        2.2.3. Ryzyko względne 11
3. Przegląd metaanaliz 12
    3.1. Zaburzenia lękowe 12
        3.1.1. Zaburzenie lękowe uogólnione 12
        3.1.2. Zaburzenie paniczne 13
        3.1.3. Fobia społeczna 14
    3.3. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne i inne z nimi związane 16
        3.3.1. Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne 16
        3.3.2. Dysmorfofobia (nieurojeniowa) 17
    3.4. Zaburzenia depresyjne 17
    3.5. Zaburzenie (afektywne) dwubiegunowe 19
    3.6. Zaburzenia z objawami somatycznymi i inne z nimi związane 20
        3.6.1. Zaburzenie hipochondryczne 20
        3.6.2. Chroniczny ból przewlekły 20
    3.7. Zaburzenia odżywiania się 21
    3.8. Zaburzenia polegające na bezsenności 21
    3.9. Zaburzenia związane z substancjami i uzależnienia 22
    3.10. Schizofrenia oraz kliniczne ryzyko zaburzeń psychotycznych 23
    3.11. Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych 24
        3.11.1. Zaburzenie osobowości typu borderline 25
        3.11.2. Prokrastynacja 25
4. Podsumowanie 26
Bibliografia 27
Tabele 35
Spis tabel 59

1. Streszczenie

Celem raportu było przedstawienie przeglądu najnowszych wyników badań dotyczących skuteczności psychoterapii poznawczo-behawioralnej (*cognitive-behavioural therapy*, CBT) w leczeniu różnego rodzaju zaburzeń i problemów ze zdrowiem psychicznym. Opieranie się na aktualnych i wiarygodnych wynikach badań naukowych przy prowadzeniu psychoterapii jest elementem praktyki opartej na dowodach (*evidence-based practice*), typowo stosowanej w medycynie (*evidence-based medicine*). W dziedzinie psychoterapii podejście takie charakteryzuje głównie terapię poznawczo-behawioralną. W celu podsumowania najlepszych dostępnych dowodów naukowych zebrano wyniki najnowszych metaanaliz, czyli badań analizujących i podsumowujących dotychczasowe badania kliniczne (od kilku do kilkudziesięciu badań na metaanalizę).

Skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej jest od kilku dziesięcioleci potwierdzana w wielu badaniach klinicznych i metaanalizach tych badań. CBT jest skuteczna w leczeniu większości powszechnie występujących zaburzeń psychicznych, zarówno u dzieci i nastolatków, jak i u osób dorosłych. Jej skuteczność jest porównywalna z farmakoterapią, a czasem wręcz przewyższa ją skutecznością (np. Merz i in., 2019; Wang i in., 2017; Williams i in., 2006). Ze względu na siłę dowodów naukowych CBT jest metodą z wyboru (czyli stanowiącą najlepszy dostępny wybór) w leczeniu wielu zaburzeń psychicznych, oficjalnie zalecaną nie tylko za granicą, lecz także w Polsce, stanowiącą tzw. złoty standard leczenia. W dalszej części raportu przedstawiono syntetycznie wyniki dotyczące skuteczności CBT pogrupowane według kategorii diagnostycznych.

Skuteczność CBT w pracy z osobami z poszczególnymi zaburzeniami

Zaburzenie lękowe uogólnione (*generalized anxiety disorder*, GAD). Na podstawie metaanaliz stwierdzono, że CBT jest wysoce skuteczna wobec osiowych objawów GAD, czyli niepokoju i martwienia się, a dodatkowo przyczynia się do redukcji często towarzyszących im objawów depresyjnych. Skuteczność CBT w przypadku GAD jest porównywalna do farmakoterapii.

Zaburzenie lękowe z napadami paniki (*panic disorder*, PD). CBT, zarówno w formie zdalnej, jak i w kontakcie bezpośrednim, jest efektywną formą oddziaływań leczniczych wobec dorosłych, młodzieży i dzieci z objawami zaburzeń lękowych z napadami paniki. Efekty CBT w postaci redukcji objawów lęku napadowego z agorafobią lub bez agorafobii utrzymują się co najmniej rok po zakończeniu terapii.

Fobia społeczna (*social phobia*, *social anxiety disorder*, SAD). CBT posiada udokumentowaną skuteczność w leczeniu fobii społecznej u dorosłych oraz u dzieci i młodzieży. Według dotychczasowych badań korzystanie z CBT przekłada się na remisję u ponad 40%

osób uczestniczących w terapii, w porównaniu z, przykładowo, 3% osób z grup kontrolnych w przypadku terapii dzieci i młodzieży.

Zaburzenie stresowe pourazowe (*posttraumatic stress disorder*, PTSD). Terapie poznawczo-behawioralne skoncentrowane na traumie są istotnie skuteczniejsze niż inne rodzaje terapii w leczeniu PTSD (wyłączając *eye movement and reprocessing desensitization*, EMDR). CBT jest najpewniejszą i najbardziej wiarygodną (tzw. metoda z wyboru) formą terapii zaburzeń po traumie.

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (*obsessive-compulsive disorder*, OCD). Wyniki metaanaliz nad skutecznością CBT w redukcji objawów OCD wskazują na jej wysoką skuteczność. To forma terapii, która przyczynia się do istotnej i długotrwałej redukcji objawów OCD zarówno u osób dorosłych, jak i u dzieci.

Dysmorfofobia (*body dysmorphic disorder*, BDD). Metaanalizy potwierdzają, że CBT jest skuteczna w redukcji objawów dysmorfofobii i towarzyszącej jej depresji, a efekty jej zastosowania utrzymują się po zakończeniu terapii. Jej zastosowanie może przynieść lepsze efekty niż leczenie farmakologiczne.

Zaburzenia depresyjne. Wyniki metaanaliz wykazały, że CBT powoduje istotny spadek objawów depresji w porównaniu ze standardowymi formami leczenia i grupami kontrolnymi. Wykazano skuteczność CBT opartej na kontakcie bezpośrednim, w formie hybrydowej i w formie komputerowej/multimedialnej.

Zaburzenie afektywne dwubiegunowe. Wyniki metaanaliz wskazują na skuteczność CBT w leczeniu ChAD. Terapia CBT wraz z leczeniem farmakologicznym znacząco wpływa na zapobieganie nawrotom i łagodzenie objawów manii, w dalszej kolejności na łagodzenie objawów depresji.

Zaburzenie hipochondryczne (lęk o zdrowie). CBT, zarówno w formie zdalnej, jak i w kontakcie bezpośrednim, jest wysoce skuteczną formą leczenia zaburzeń hipochondrycznych u osób dorosłych, szczególnie w grupie osób starszych, bez względu na ich stan zdrowia somatycznego.

Przewlekły ból. Typowo leczony farmakologicznie lub chirurgicznie, ból przewlekły jest schorzeniem, które można z powodzeniem leczyć za pomocą CBT, unikając przy tym skutków ubocznych ww. metod. W terapii szczególnie pomocne są podejścia zaliczane do tzw. trzeciej fali CBT. Metaanalizy pokazują, że dzięki CBT możliwe jest zmniejszenie intensywności bólu, obniżenie objawów depresji oraz poprawa funkcjonowania pod względem fizycznym.

Zaburzenia odżywiania się. Wyniki metaanaliz dowodzą, że CBT nie tylko jest skuteczną metodą redukcji objawów zaburzeń odżywiania się i zaburzeń współwystępujących, lecz także przyczynia się do istotnego podniesienia wskaźników jakości życia osób korzystających z tej formy psychoterapii.

Zaburzenia snu i bezsenność. Metaanalizy dostarczają dowodów, że dzięki zastosowaniu CBT można uzyskać poprawę w zakresie wielu parametrów snu, takich jak latencja zaśnięcia, całkowity czas czuwania czy wybudzanie się.

Zaburzenia związane z używaniem substancji i uzależnienia (*substance use disorders*, SUD; *behavioral addictions*). CBT posiada udokumentowaną skuteczność w leczeniu uzależnień chemicznych i behawioralnych u osób dorosłych i młodzieży. Najlepszą praktyką w leczeniu uzależnień od substancji psychoaktywnych jest połączenie CBT z farmakoterapią. W przypadku uzależnień od internetu i gier internetowych CBT przyczynia się do redukcji nie tylko ich symptomów, lecz także zaburzeń współwystępujących.

Schizofrenia i kliniczne ryzyko zaburzeń psychotycznych (*schizophrenia and clinical risk of psychosis*). W leczeniu schizofrenii CBT, podobnie jak inne psychoterapie, ma przede wszystkim status pomocniczy wobec leczenia farmakologicznego. Klasyczna CBT w przypadku osób chorujących na schizofrenię wykazuje ograniczoną skuteczność i nie jest bardziej skuteczna od innego typu interwencji psychospołecznych. Znaczącą poprawę w zakresie objawów wytwórczych w wyniku CBT osiąga około 25% pacjentów. Bardziej obiecujące są interwencje mające swoje źródło w CBT, takie jak psychoterapia oparta na uważności czy trening metapoznawczy dla osób z psychozami. W przypadku osób w ryzykownych stanach psychicznych CBT istotnie zmniejsza ryzyko przejścia do stanu pełnoobjawowej psychozy.

Zaburzenie osobowości typu borderline (*borderline personality disorder*, BPD). Wyniki metaanaliz wskazują na skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w poprawie funkcjonowania osób z BPD. CBT wpływa na poprawę funkcjonowania społecznego i poprawę jakości życia oraz zmniejszenie liczby samookaleczeń i prób samobójczych.

Prokrastynacja. Na podstawie wyników dotychczasowych metaanaliz można stwierdzić, że CBT jest skuteczną metodą redukowania nasilenia objawów prokrastynacji i jest potencjalnie skuteczniejsza od innych metod terapii. Jednocześnie należy zaznaczyć, że do rzetelnej oceny skuteczności CBT (oraz innych podejść) w tym problemie potrzebne jest przeprowadzenie większej liczby badań.

2. Wprowadzenie

2.1. Cele i metoda przeglądu

Zaburzenia psychiczne są zarówno źródłem cierpienia, jak i problemem społecznym oraz gospodarczo-ekonomicznym (np. Greenberg i in., 2015; Konnopka i Koenig, 2020). Dlatego niezwykle istotne jest stosowanie w publicznie finansowanym leczeniu metod o potwierdzonej naukowo skuteczności, które pomogłyby uzyskać u pacjentów rzeczywistą poprawę w możliwie krótkim czasie. Pozwoliłoby to ograniczyć koszty osobiste w przypadku pacjentów oraz koszty finansowe dla gospodarki i społeczeństwa.

Praktyka oparta na dowodach (*evidence-based practice*) oznacza korzystanie przez specjalistki i specjalistów w zakresie psychoterapii z metod o udowodnionej naukowo skuteczności przy uwzględnieniu preferencji i wartości klientów. Jest to wykorzystanie modelu medycyny opartej na dowodach (*evidence-based medicine*) w leczeniu psychoterapeutycznym. Najlepszym przykładem takiego leczenia 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 i badania skuteczności są wciąż opracowywane i publikowane.

Najlepszą metodą weryfikacji skuteczności danej terapii jest przeprowadzanie metaanaliz wyników poszczególnych badań klinicznych. Metaanaliza jest rodzajem badania, które obejmuje wyniki zebrane z wielu (od kilku do kilkudziesięciu) badań jednocześnie. Autorzy metaanaliz selekcjonują i odrzucają badania, które nie zostały przeprowadzone z zachowaniem wystarczającego rygoru metodologicznego. Dzięki takim analizom uzyskane dane są rzetelniejsze, zwiększa się moc statystyczna wyników i poprawia oszacowanie wielkości efektu danej terapii. Przedstawiony dalej przegląd metaanaliz opublikowanych w czasopismach naukowych z zakresu psychiatrii, psychologii klinicznej i psychoterapii ma na celu dostarczenie informacji na temat skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej.

Zaburzenia psychiczne nie są zjawiskiem jednorodnym. Wyróżnia się kilkanaście głównych grup zaburzeń psychicznych oraz wiele innych, transdiagnostycznych problemów psychologicznych, które nie są klasyfikowane jako zaburzenia (np. trudności małżeńskie, perfekcjonizm czy prokrastynacja). W związku z tym całkiem naturalne jest, że osoby z różnego rodzaju problemami mogą wymagać leczenia, które jest dostosowane do ich potrzeb i objawów. Autorzy tej publikacji, stanowiącej omówienie dostępnej literatury naukowej, podjęli próbę odpowiedzi na kilka istotnych w tym kontekście pytań:

- Czy terapia poznawczo-behawioralna jest skuteczną metodą leczenia powszechnie występujących zaburzeń psychicznych?

- Jaka jest wielkość uzyskiwanych w terapii efektów (*effect size*) oraz ile osób z danym problemem musi poddać się terapii poznawczo-behawioralnej, aby przynajmniej u jednej z nich widoczna była poprawa lub można było stwierdzić ustąpienie problemu (*number needed to treat*)?
- Jak dużą skutecznością charakteryzuje się terapia poznawczo-behawioralna w porównaniu z innymi metodami leczenia?
- W jakich przypadkach stanowi leczenie z wyboru (rekomendowaną, preferowaną formę leczenia), a w jakich może mieć charakter wspomagający, np. w stosunku do leczenia farmakologicznego?

Znalezienie odpowiedzi na te pytania jest kluczowe dla specjalistów zdrowia psychicznego, ubezpieczycieli, urzędników i – przede wszystkim – pacjentów. Z uwagi na to, że w praktyce klinicznej diagnoza pacjentów opiera się na Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, ICD, WHO, 2019), natomiast w badaniach naukowych częściej pojawiają się odniesienia do klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM), w tej analizie odwołujemy się głównie do pojęć i klasyfikacji zawartych w piątej edycji DSM (American Psychiatric Association, APA, 2019).

Oddawane do rąk Czytelnika opracowanie to podsumowanie wyników opublikowanych w ciągu ostatnich kilku lat metaanaliz badań nad skutecznością terapii poznawczo-behawioralnej w najbardziej powszechnie występujących zaburzeniach i problemach psychicznych. Zastosowano metodę niesystematycznego przeglądu, koncentrując się na podsumowaniu jak najbardziej aktualnych wyników do roku 2021 (rok sporządzenia przeglądu). Metaanalizy wybierano na podstawie kryterium daty (jak najnowsze) w popularnych wyszukiwarkach artykułów naukowych, takich jak PubMed czy Google Scholar. Zdecydowano się na opracowanie wyników od jednej do kilku metaanaliz, w zależności od dostępnych wyników badań. Wyniki metaanaliz zaprezentowano w tabelach oraz omówiono w podsumowaniu. Uwzględnione zostały przeglądy badań porównujące psychoterapię poznawczo-behawioralną z oczekiwaniem na psychoterapię (*waitlist control*), leczeniem jak zazwyczaj (*treatment as usual*), terapią placebo – zarówno psychologiczną, jak i farmakologiczną, innymi rodzajami terapii oraz badania określające odsetek remisji wśród pacjentów, którzy przeszli dany rodzaj terapii.

2.2. Pojęcia i terminy używane w przeglądzie

Aby ułatwić korzystanie z 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, która polega na losowym przydzieleniu uczestników badania do dwóch lub więcej grup. Przynajmniej jedna grupa powinna być grupą eksperymentalną, czyli grupą poddawaną danej interwencji, w tym przypadku psychoterapii, oraz przynajmniej jedna – grupą kontrolną. 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 (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 realizacja protokołu terapeutycznego. Pacjenci z tej grupy są badani na początku i końcu oczekiwania, co stanowi punkt odniesienia dla osób, które w tym czasie przechodziły leczenie. Terapia placebo oznacza leczenie pozbawione „aktywnych" elementów, które mogłyby wpływać na samopoczucie i stan zdrowia pacjenta, a którego efekty są związane jedynie z jego oczekiwaniami. 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). Grupy kontrolne są niezbędne także w badaniach z zastosowaniem 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 trzech do dwunastu miesięcy. Celem takiego pomiaru jest sprawdzenie, czy efekty terapii utrzymują się również po pewnym czasie od jej zakończenia.

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 ryzyka względnego (*relative risk*), oraz procent osób, u których doszło do remisji lub znaczącej poprawy na skutek uczestnictwa w terapii.** Należy jednak nadmienić, że ten ostatni wskaźnik jest mniej obiektywny, co wynika 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.

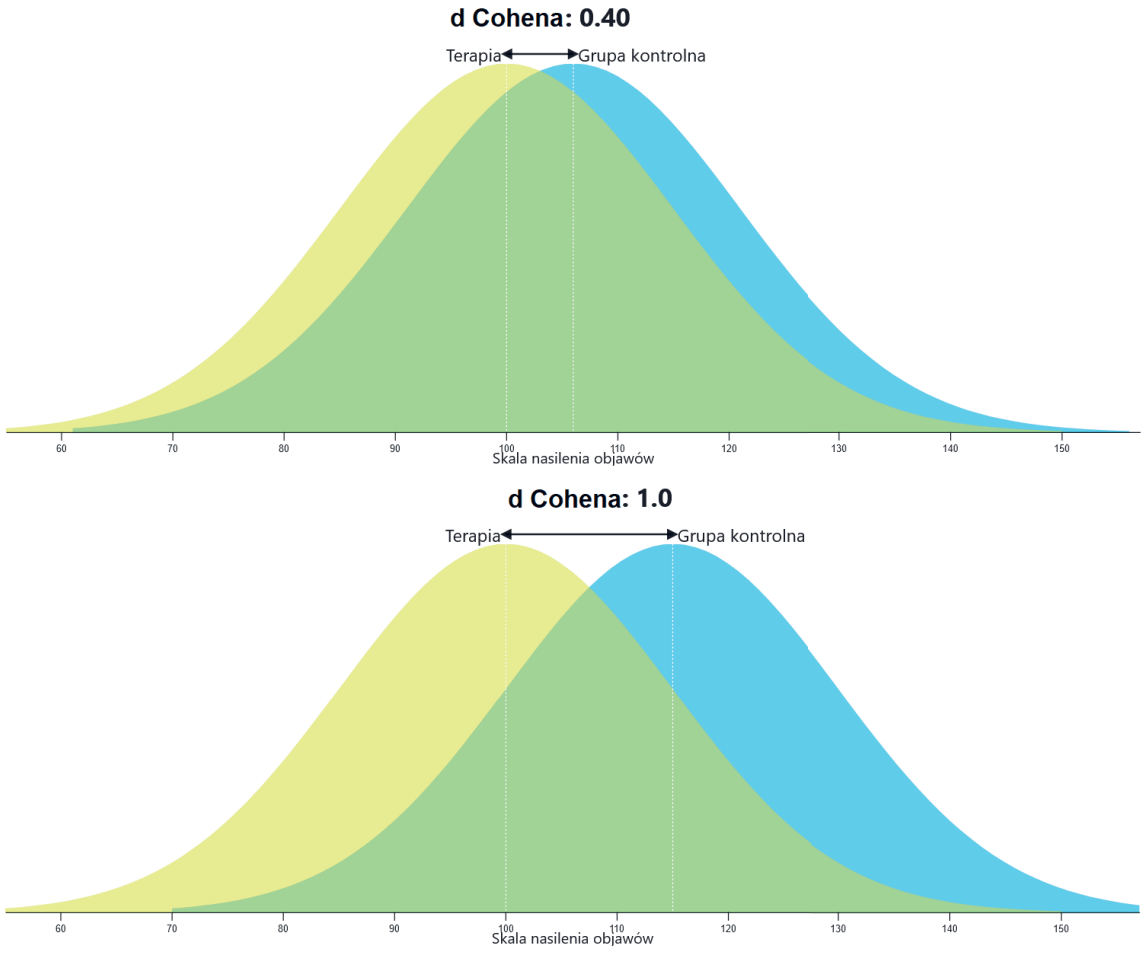
2.2.1. Wielkość efektu

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, który to wskaźnik 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 0 do 1[1], ale również mogą wykraczać poza ten zakres. Wielkości efektów z różnych

[1] Lub od –1 do 0, 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.

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).

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). Na rysunku 1 zobrazowano różne wielkości efektów.



Rysunek 1. Wizualizacja dwóch wielkości efektów, *d* Cohena = 0.4 (efekt średni) oraz 1.0 (efekt duży) przy założeniu, że wyniki obu grup mają rozkład normalny, a łączone odchylenie standardowe wynosi *sd* = 15. Przygotowane za pomocą programu opracowanego przez Magnussona (2021).

2.2.2. *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 dokładnego sposobu na oszacowanie NNT na podstawie wielkości efektu bez znajomości opisanych tu stosunków (por. Furukawa i Leucht, 2011).

2.2.3. Ryzyko względne

Jeszcze jednym wskaźnikiem, który bywa wykorzystywany do przedstawiania wyników meta-analiz, jest ryzyko względne. Jest stosunkiem prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia w grupach eksperymentalnej i kontrolnej (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]). 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% większą szansę na osiągnięcie znaczącej poprawy u osób znajdujących się w grupie eksperymentalnej. Jeśli 80% osób w grupie eksperymentalnej osiąga znaczącą poprawę, a tylko 20% w grupie kontrolnej, to RR = 4, co oznacza cztery razy większą szansę na znaczącą poprawę u osób w grupie eksperymentalnej.

3. Przegląd metaanaliz

W tej części publikacji prezentujemy podsumowania wyników metaanaliz skuteczności CBT w leczeniu wybranych zaburzeń psychicznych zdefiniowanych zgodnie z klasyfikacją DSM-5.

3.1. Zaburzenia lękowe

Skuteczność CBT w leczeniu zaburzeń lękowych została wielokrotnie potwierdzona w ciągu lat (Kaczkurkin i Foa, 2015). Najnowsze metaanalizy badań z udziałem osób dorosłych (Carpenter i in., 2018; van Dis i in., 2020; Stech i in., 2019) oraz dzieci (Christ i in., 2020; Öst i Ollendick, 2017; Wang i in., 2017) dostarczają kolejnych dowodów na jej efektywność. Warto zauważyć, że w przypadku leczenia zaburzeń lękowych u dzieci wyniki metaanaliz pozwoliły stwierdzić, iż CBT ma porównywalną do farmakoterapii skuteczność, ale nie daje skutków ubocznych, jakie odnotowano przy stosowaniu leków (Wang i in., 2017).

3.1.1. Zaburzenie lękowe uogólnione

Skuteczność CBT była sprawdzana w leczeniu zaburzeń lękowych uogólnionych (*generalized anxiety disorder*, GAD) w kilkudziesięciu randomizowanych badaniach klinicznych z grupą kontrolną. W tym przeglądzie uwzględniono dwie metaanalizy – jedną dotyczącą terapii CBT ogólnie oraz drugą koncentrującą się na internetowej wersji CBT (por. tabela 3.1.1).

Pierwsza z metaanaliz, uwzględniająca niemal 80 randomizowanych badań klinicznych z grupą kontrolną z udziałem ponad 11 tys. uczestników (Carl i in., 2019b), wskazała na dużą wielkość efektu po zakończeniu terapii (g = 0.76). Po pewnym upływie czasu od zakończenia leczenia, czyli w badaniu *follow-up*, wielkość efektu okazuje się mała (g = 0.27), ale i tak istotnie większa od rezultatów odnotowanych w grupach kontrolnych. Analiza moderacji, przeprowadzona na wspomnianych danych, wskazuje, że im niższa średnia wieku pacjentów ze zdiagnozowanym zaburzeniem lękowym uogólnionym, tym wyższa była skuteczność terapii (Carl i in., 2019b).

Metaanaliza 20 badań nad skutecznością CBT prowadzoną przez internet (*Internet-delivered cognitive-behavioral therapy*, iCBT) wobec pacjentów z objawami GAD wskazuje na jej wysoką efektywność (Eilert i in., 2020). Przy warunku kontrolnym, jaki stanowiło oczekiwanie na terapię (*waitlist*), dla objawów niepokoju wielkość efektu należy zinterpretować jako dużą (g = –0.79), podobnie jak dla objawów martwienia się (g = –0.75). Dodatkowo odnotowany efekt dla objawów depresji, jako współwystępujących z GAD, także okazał się duży i wyniósł

g = –0.70. Analiza moderacji wskazała, że istotnie na efekty terapii iCBT (wyrażające się zmniejszeniem nasilenia objawów niepokoju i martwienia się) wpływa długość leczenia (mierzona w tygodniach) – im dłuższa terapia, tym większe efekty terapeutyczne.

Podsumowując, CBT (zarówno w kontakcie bezpośrednim, jak i prowadzona zdalnie) jest wysoce skuteczną formą terapii osiowych objawów GAD, czyli niepokoju i martwienia się, a dodatkowo przyczynia się do redukcji towarzyszących im objawów depresyjnych. Skuteczność CBT w GAD jest porównywalna do farmakoterapii.

3.1.2. Zaburzenie paniczne

Skuteczność CBT była sprawdzana w leczeniu zaburzeń lękowych z napadami paniki w kilkudziesięciu randomizowanych badaniach klinicznych z grupą kontrolną. W tym przeglądzie uwzględniono sześć metaanaliz. Trzy z nich dotyczyły osób dorosłych. Porównywano w nich CBT z listą oczekujących, terapią placebo lub aktywnymi warunkami kontrolnymi. Pozostałe trzy odnosiły się do dzieci i młodzieży. Większość przywoływanych metaanaliz dotyczyła różnych rodzajów zaburzeń lękowych, w tym zaburzenia panicznego (por. tabela 3.1.2).

Z uwzględnionych w przeglądzie metaanaliz badań nad skutecznością CBT w porównaniu z aktywnymi i nieaktywnymi grupami kontrolnymi wynika, że u osób dorosłych objętych terapią występuje znacząca redukcja nasilenia objawów, w porównaniu z terapią placebo (*g* = 0.56). Efekty w badaniu *follow-up* pozostają umiarkowane (*g* = 0.39) (Carpenter i in., 2018). Z metaanalizy badań nad skutecznością CBT prowadzonej przez internet (iCBT) w leczeniu zaburzenia panicznego z agorafobią lub bez agorafobii u osób dorosłych wynika, że interwencje iCBT mają podobny efekt w redukcji objawów jak CBT prowadzona w kontakcie bezpośrednim (Stech i in., 2019).

Öst i Ollendick (2017) przeprowadzili metaanalizę 23 randomizowanych badań z grupą kontrolną, porównując skuteczność interwencji wobec dzieci i adolescentów z zaburzeniami lękowymi (w tym z napadami paniki), przeprowadzanych w formie BIC CBT, czyli CBT prowadzonej przy zredukowanej liczbie sesji (*brief*), intensywnych (*intensive*) i prowadzonych częściej niż raz w tygodniu (*concentrated*). Efektywność tej zintensyfikowanej formy pomocy zestawiano ze standardową CBT, listą oczekujących i placebo. Wyniki dostarczają dowodów na skuteczność tak prowadzonych interwencji w leczeniu objawów zaburzeń lękowych. Co ważne, ta forma pomocy jest chętnie akceptowana przez objętych leczeniem oraz ich opiekunów, a jej efekty utrzymują się do roku po zakończeniu leczenia.

Efektywność komputerowej CBT (*computer* CBT; cCBT) w leczeniu zaburzeń lękowych (z uwzględnieniem lęku napadowego) i depresji u adolescentów oraz młodych dorosłych w porównaniu z leczeniem w kontakcie bezpośrednim i brakiem oddziaływań, świadczy o umiarkowanej wielkości efektu (*g* = 0.44 na korzyść cCBT). Zapośredniczona przez komputer forma terapii daje efekty długoterminowe zbliżone do uzyskiwanych w terapii zaburzeń lękowych prowadzonej w kontakcie bezpośrednim (Christ i in., 2020).

Podsumowując, CBT, zarówno w formie zdalnej, jak i w kontakcie bezpośrednim, jest skuteczną formą oddziaływań leczniczych wobec dorosłych, młodzieżowych i dziecięcych pacjentów z objawami zaburzeń lękowych z napadami paniki. Daje ona efekty w redukcji objawów zaburzenia panicznego z agorafobią lub bez agorafobii co najmniej rok po zakończeniu leczenia.

3.1.3. Fobia społeczna

Skuteczność CBT była sprawdzana w leczeniu fobii społecznej w kilkunastu randomizowanych badaniach klinicznych z grupą kontrolną. W tym przeglądzie uwzględniono cztery metaanalizy (trzy dla dorosłych oraz jedną dla dzieci i młodzieży) badań skuteczności CBT w porównaniu z placebo lub leczenia jak zazwyczaj oraz badań sprawdzających remisję u osób, które przeszły terapię. Uwzględniono również dwie dodatkowe metaanalizy dotyczące badań porównujących ekspozycję *in vivo*[2] i ekspozycję w wirtualnej rzeczywistości oraz badań terapii CBT fobii społecznej u dorosłych prowadzonej przez internet. Część z omawianych tutaj badań dotyczyła zaburzeń lękowych ogólnie, ale zdecydowano się na ich włączenie w momencie, gdy podsumowywały oddzielnie wyniki dla pacjentów z lękiem społecznym (por. tabela 3.1.3).

Punktem odniesienia dla prezentowanych badań może być praca przeglądowa Steinert i współpracowników (2017), w której przeprowadzono metaanalizę skuteczności oczekiwania na psychoterapię. Okazuje się, że oczekiwanie na terapię (średnio około 10 tygodni) wiąże się ze zmniejszeniem nasilenia objawów fobii społecznej ze znikomą wielkością efektu (g = 0.13). Na podstawie tych wyników można wnioskować, że upływający czas i oczekiwanie nie przynoszą istotnej poprawy w nasileniu objawów fobii społecznej.

Metaanaliza Springer i współpracowników (2018) przeprowadzona na 10 badaniach CBT (warunkiem włączenia był brak leczenia farmakologicznego) wykazała, że około 40% pacjentów osiągnęło remisję po zakończeniu leczenia, a w badaniach *follow-up* (tylko cztery badania) około 43%. Metaanaliza Carpentera i współpracowników (2018) przeprowadzona na 12 badaniach CBT w porównaniu z leczeniem placebo wykazała istotną skuteczność psychoterapii ze średnią wielkością efektu, g = 0.41. Metaanaliza van Dis i współpracowników (2020), która dotyczyła długoterminowych efektów terapii i została przeprowadzona na siedmiu badaniach porównujących CBT z aktywnymi i nieaktywnymi grupami kontrolnymi, wykazała, że terapia przyniosła małe efekty na zakończenie (skorygowane g = 0.22), ale w powtórnych pomiarach (*follow-up*) w ciągu pół roku od zakończenia jej efekty były średnie (g = 0.60, cztery badania), w ciągu pół roku do roku były małe (skorygowane g = 0.22, trzy badania), a po ponad roku były średnie (g = 0.42, trzy badania). Autorzy tego przeglądu badań konkludują, że CBT jest skuteczniejsza od terapii placebo czy oczekiwania na terapię zarówno w ciągu roku od jej przeprowadzenia, jak i po tym czasie. Jednocześnie należy zauważyć, że z powodu zmienności wielkości efektów w różnych punktach czasowych oraz małej liczby badań wskazane jest zachowanie ostrożności w interpretacji tych wyników.

Carl i współpracownicy (2019a) w pracy dotyczącej porównania ekspozycji *in vivo* z ekspozycją za pomocą wirtualnej rzeczywistości wykazali, że obie te metody nie różniły się w istotny sposób, jeśli chodzi o zmniejszenie nasilenia lęku społecznego oraz lęku związanego z wystąpieniami publicznymi (g = 0.06). Zgodnie z tą metaanalizą ekspozycja *in vivo* i ekspozycja za pomocą wirtualnej rzeczywistości są podobnie skuteczne w zmniejszaniu nasilenia lęku społecznego.

Metaanaliza Andrewsa i współpracowników (2018) dotyczyła skuteczności internetowej CBT w leczeniu zaburzeń lękowych. Do przeglądu włączono 11 badań poświęconych fobii

[2] Ekspozycja na bodźce bądź sytuacje wywołujące lęk jest jedną z podstawowych technik terapii poznawczo-behawioralnej zaburzeń lękowych. Z tego powodu zdecydowano się na włączenie do tego omówienia przeglądu badań dotyczącego porównania różnych metod ekspozycji.

społecznej, w których terapia była porównywana z oczekiwaniem na terapię. Na podstawie przeprowadzonych analiz wykazano wyższą skuteczność CBT (*g* = 0.92, NNT = 2.07). Wyniki te wskazują na możliwość zastosowania z powodzeniem internetowej terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu fobii społecznej. Jest to szczególnie ważne w kontekście dostępności i kosztów leczenia psychoterapeutycznego.

Metaanaliza Yanga i współpracowników (2019) dotyczyła skuteczności CBT i terapii behawioralnej w leczeniu fobii społecznej u dzieci i młodzieży. Uwzględniono w niej 17 badań z udziałem 1134 osób. Wykazano wyższą skuteczność terapii niż leczenia jak zazwyczaj lub terapii placebo (SMD = 1.13, procent remisji 39% vs 3%, NNT = 3.3). Wyniki te wskazują na skuteczność CBT i terapii behawioralnej w psychoterapii fobii społecznej u dzieci i młodzieży. Należy jednak zwrócić uwagę na wnioski autorów, że badania w tej metaanalizie miały zróżnicowaną jakość, a poszczególne wyniki były rozbieżne, co każe interpretować uzyskane wyniki sumaryczne z ostrożnością.

Podsumowując, CBT posiada udokumentowaną skuteczność w leczeniu fobii społecznej u dorosłych oraz dzieci i młodzieży. Psychoterapia poznawczo-behawioralna jest skuteczniejsza od oczekiwania na terapię oraz terapii placebo ze średnią wielkością efektu. Korzystanie z CBT przekłada się na remisję u około 40% osób uczestniczących w terapii. Jednocześnie autorzy opisanych metaanaliz wskazują na potrzebę ostrożności w interpretacji uzyskanych wyników i potrzebę tworzenia skuteczniejszych psychoterapii fobii społecznej.

3.2. Zaburzenie stresowe pourazowe

Skuteczność CBT była sprawdzana w leczeniu zaburzenia stresowego pourazowego w wielu randomizowanych badaniach klinicznych z grupą kontrolną. W tym przeglądzie uwzględniono cztery metaanalizy badań z udziałem osób dorosłych obejmujących kilkadziesiąt badań, w których uczestniczyło w sumie kilka tysięcy osób badanych (por. tabela 3.2).

W metaanalizie autorstwa Merz i współpracowników (2019) wzięto pod uwagę kilkanaście badań prezentujących wyłącznie wyniki randomizowanych badań z grupą kontrolną, z uwzględnieniem polskiego badania autorstwa Popiel i współpracowników (2015). Większość tych badań porównywała CBT do farmakoterapii i ich łącznego użycia pod względem skuteczności w leczeniu PTSD. Pod koniec badania oba rodzaje leczenia miały porównywalną skuteczność, ale analizując wyniki uzyskane w dłuższej perspektywie czasowej (*follow-up*) wykazano, że CBT była bardziej skuteczna niż leczenie farmakologiczne (SMD −0.63; 95% CI, −1.18 do −0.09). W metaanalizie Kline'a i współpracowników (2017) dowiedziono, że terapie oparte na metodzie ekspozycji były bardziej skuteczne od innych rodzajów terapii (*d* = 0.27). Podobne wyniki uzyskała Cusack i współpracownicy (2016). W jej metaanalizie potwierdzono skuteczność różnych rodzajów CBT w redukcji objawów PTSD. Terapie ekspozycyjne CBT okazały się szczególnie skuteczne (wysoka siła dowodów – *strength of evidence*, SOE). Oprócz tego wykazano, że 44% pacjentów więcej leczonych za pomocą CBT niż w grupach kontrolnych uzyskało utratę diagnozy, co przekłada się na NNT = 2. W najnowszej metaanalizie autorstwa Lewis i współpracowników (2020) skupiono się na porównaniu ze sobą różnych rodzajów psychoterapii stosowanych w leczeniu PTSD. Analiza wyników 114 randomizowanych badań z grupą kontrolną przeprowadzonych na łącznie 8171 osobach wykazała, że najwyższą skuteczność leczenia zaburzenia uzyskuje się w wyniku stosowania CBT-T (terapii

poznawczo-behawioralnych skoncentrowanych na traumie), a szczególnie terapii poznawczego przetwarzania, terapii poznawczej oraz przedłużonej ekspozycji. CBT-T okazały się bardziej skuteczne niż lista oczekujących (SMD −1.32 CI −1.57 do −1.08), a w wersji grupowej również bardziej skuteczne niż leczenie jak zazwyczaj (SMD −1.02 CI −1.26 do −0.78). Jedyna terapia nienależąca do nurtu CBT, która okazała się podobnie do nich skuteczna, to EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*).

Podsumowując, CBT jest obecnie najskuteczniejszą metodą terapii PTSD. W porównaniu z innymi metodami terapeutycznymi stosowanie protokołów przedłużonej ekspozycji przynosi pacjentom największe korzyści. CBT skoncentrowane na traumie jest metodą leczenia z wyboru dla zaburzeń stresowych po traumie.

3.3. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne i inne z nimi związane

3.3.1. Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne

Skuteczność CBT była sprawdzana w leczeniu zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (*obsessive-compulsive disorder*, OCD) w kilkudziesięciu randomizowanych badaniach klinicznych z grupą kontrolną. W tym przeglądzie uwzględniono dwie metaanalizy – jedną dotyczącą osób dorosłych i jedną dotyczącą dzieci (por. tabela 3.3.1).

Skuteczność CBT w leczeniu zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego została już wielokrotnie udowodniona w przeszłości (McKay i in., 2015). Kolejne metaanalizy potwierdzają i ugruntowują te wyniki (Olatunji i in., 2013; Wu i in., 2016). W metaanalizie dokonanej przez Olatunji i współpracowników (2013) dowiedziono wyższej skuteczności CBT w porównaniu z grupami kontrolnymi w redukcji objawów OCD, na co wskazuje duża wielkość efektu (g = 1.39) po zakończeniu leczenia i średnia wielkość efektu w czasie pomiaru *follow-up* (g = 0.43). Jedna z nowszych metaanaliz, autorstwa Wu i współpracowników (2016), potwierdza istotną redukcję objawów OCD u dzieci w wyniku zastosowania CBT przy porównaniu nasilenia symptomów OCD mierzonych kwestionariuszem CY-BOCS przed psychoterapią i po jej zakończeniu. Ogólna ważona średnia różnica została oszacowana na –11.371 [95% CI: –14.11 do –8.63, p < 0.0001], co wskazuje na spadek wyników w kwestionariuszu CY-BOCS o 11 punktów w porównaniu z wynikami sprzed terapii. Jest to dowód na istotną redukcję objawów dzięki zastosowaniu CBT. Metaanaliza Reid i współpracowników (2021) skupiła się na CBT uwzględniającej technikę ekspozycji i zapobiegania reakcji (*exposure and response prevention*, ERP). Metaanaliza wykazała duży pozytywny efekt CBT z ERP w porównaniu z wszystkimi grupami kontrolnymi dla redukcji wyników w kwestionariuszu Y-BOCS (g = 0.74: 95% CI = 0.51 do 0.97). Analizy szczegółowe wykazały istotne korzyści ze stosowania CBT w porównaniu z psychologicznym placebo, czyli np. psychoedukacji czy treningu relaksacyjnego (g = 1.13 95% CI 0.71 do 1.55) i listy oczekujących (g = 1.27: 95% CI 0.79 do 1.75), przy czym wynik ten był istotny i dla dorosłych, i dla dzieci/młodzieży. Ponadto okazało się, że nie było istotnych różnic między CBT z ERP a innymi aktywnymi interwencjami psychologicznymi, czyli CBT i EMDR (g = −0.05: 95% CI −0.27 do 0.16).

Podsumowując, CBT jest efektywną metodą przyczyniającą się do istotnej i długotrwałej redukcji objawów OCD zarówno u osób dorosłych, jak i u dzieci.

3.3.2. Dysmorfofobia (nieurojeniowa)

Skuteczność CBT była sprawdzana w leczeniu dysmorfofobii w kilkunastu randomizowanych badaniach klinicznych z grupą kontrolną obejmujących kilkaset osób. W tym przeglądzie uwzględniono dwie metaanalizy dotyczące osób dorosłych (por. tabela 3.3.2).

Dysmorfofobia to zaburzenie obarczone wysokim ryzykiem podejmowania prób samobójczych i udanych samobójstw przez pacjentki (Phillips i in., 2005), dlatego kwestia zastosowania odpowiedniego leczenia jest niezwykle ważna. W metaanalizie Williamsa i współpracowników (2006) CBT okazała się bardziej skuteczna od farmakoterapii w leczeniu dysmorfofobii, co stwierdzono na podstawie obliczeń średnich wielkości efektów dla farmakoterapii i psychoterapii (obejmującej jednocześnie terapię behawioralną i poznawczo-behawioralną – wskaźnik średnia ważona wielkości efektu: *M*d = 0.92 dla badań analizujących wpływ farmakoterapii oraz *M*d = 1.63 dla CBT). Porównania *post hoc* wykazały, że wielkości efektów dla interwencji farmakologicznych i CBT różnią się istotnie (Williams i in., 2006). W metaanalizie przeprowadzonej przez Ipsera i współpracowników (2009) porównano m.in. skuteczność psychoterapii z listą oczekujących. Zastosowanie CBT wiązało się ze spadkiem intensywności objawów dysmorfofobii w zakresie wyników uzyskanych w narzędziu mierzącym intensywność BDD (WMD = –44.96, 95% CI –54.43 do –35.49). Co więcej, podczas badania *follow-up* wyniki terapii zostały utrzymane (a u niektórych pacjentów zaobserwowano wręcz poprawę w porównaniu z momentem zakończenia terapii), co oznacza, że pozytywne skutki CBT utrzymały się w czasie mimo zakończenia terapii. Wskutek CBT nastąpiła też redukcja objawów depresji współwystępującej z dysmorfofobią (Ipser i in., 2009).

Podsumowując, opublikowane dotychczas metaanalizy randomizowanych badań klinicznych z grupą kontrolną potwierdzają długotrwałą skuteczność CBT w leczeniu dysmorfofobii w porównaniu z grupami kontrolnymi niepoddawanymi żadnej terapii (Harrison i in., 2016; Ipser i in., 2009) oraz w porównaniu z farmakoterapią (Williams i in., 2006), co oznacza, że CBT byłaby najlepszym wyborem w leczeniu pacjentów z tym zaburzeniem.

3.4. Zaburzenia depresyjne

Skuteczność CBT była sprawdzana w leczeniu depresji w ponad stu randomizowanych badaniach klinicznych z grupą kontrolną. W tym przeglądzie uwzględniono pięć metaanaliz, z których trzy dotyczą osób dorosłych, a dwie młodzieży i dzieci.

Zaburzenia nastroju, a szczególnie zaburzenia depresyjne, to choroby leczone skutecznie za pomocą CBT już od lat 60.–70. ubiegłego wieku (np. Taylor i Marshall, 1977). Przedstawiona analiza obejmuje wyniki badań naukowych na skutecznością CBT w leczeniu depresji, odnosząc się do porównania względem innych terapii oraz skuteczności różnych form CBT w różnych grupach wiekowych (por. tabela 3.4).

Skuteczność CBT w leczeniu depresji została wielokrotnie potwierdzona w randomizowanych badaniach klinicznych z grupą kontrolną. Metaanalizy badań przeprowadzonych na osobach dorosłych dowiodły, że CBT spowodowała wyraźny efekt zmian w objawach depresji. Wyniki metaanaliz (López-López i in., 2019; Twomey i in., 2017; Watts i in., 2015) umożliwiają wnioskowanie, że CBT spowodowała istotny spadek objawów w porównaniu ze standardowymi formami leczenia i grupami kontrolnymi.

López-López i in. (2019) na podstawie 91 badań obejmujących ponad 9 tys. pacjentów analizowali skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w różnych formach oddziaływań terapeutycznych, zarówno w kontakcie bezpośrednim, formie hybrydowej, multimedialnej, jak i komputerowej, porównując ze standardowym leczeniem (najczęściej farmakoterapia + kilka wizyt kontrolnych). Różnice w uzyskanych wynikach skuteczności CBT w porównaniu z terapią standardową opracowano jako wskaźniki zmian w różnicach średnich (*standardised difference in mean change*, sDIMC), uzyskując odpowiednio: w kontakcie bezpośrednim: sDIMC = –1.11 (95% CI –1.62 do –0.60); formie hybrydowej: sDIMC = –1.06 (95% CI –2.05 do –0.08); formie multimedialnej: sDIMC = –0.59 (95% CI –1.20 do 0.02). Wykazano też pogorszenie w grupie kontrolnej (porównanie wyników terapii standardowej z wynikami pacjentów oczekujących na terapię): sDIMC = 0.72 (95% CI 0.09 do 1.35). Metaanaliza López-López i in. (2019) pozwoliła więc stwierdzić, że interwencje CBT spowodowały wyraźny efekt zmian w objawach depresji – CBT w kontakcie bezpośrednim, w formie hybrydowej lub multimedialnej spowodowała większy spadek objawów niż w grupie objętej standardowym leczeniem. W grupie pacjentów oczekujących stwierdzono pogorszenie, tj. zwiększenie objawów depresji. Twomey i in. (2017), skupiając się stricte na ocenie skuteczności komputerowego programu CBT w leczeniu depresji u osób dorosłych, w analizie ośmiu badań na grupie ponad 2 tys. pacjentów wykazali skuteczność takich programów w porównaniu z warunkami kontrolnymi obejmującymi standardową terapię, listę oczekujących i brak interwencji (g = 0.54; 95% CI 0.39 do 0.69).

Wyniki badań wskazują również na skuteczność CBT w leczeniu depresji u dzieci i młodzieży (Cuijpers i in., 2021; Ebert i in., 2015; Keles i Idsoe, 2017). Wyniki metaanaliz w tej grupie pacjentów dostarczają dowodów na skuteczność komputerowej formy terapii poznawczo-behawioralnej (cCBT) (Ebert i in., 2015) i grupowych form CBT (Keles i Idsoe, 2017). Ebert i in. (2015) wykazali wysoką skuteczność komputerowej formy CBT w leczeniu objawów depresji u młodzieży (g = 0.76; 95% CI 0.41 do 0.12; NNT = 2.44). Keles i Idsoe (2017), porównując grupy CBT z grupami kontrolnymi, wykazali zmniejszenie objawów depresyjnych na podstawie standaryzowanej różnicy średnich (*standardized mean difference*, SMD) (badanie po interwencji: SMD = −0.28; 95% CI −0.36 do −0.19; badanie *follow-up*: SMD = −0.21; 95% CI −0.30 do −0.11). Analizy wskazujące na skuteczność cCBT wydają się szczególnie ważne w grupie młodszych pacjentów z objawami depresji – biorąc pod uwagę większą w tej grupie znajomość środowiska technologii informacyjnych, terapia online odbywa się w bardziej znajomym dla pacjentów środowisku, mogą więc mieć większą otwartość na sięganie po profesjonalną pomoc. Cuijpers i in. (2021) wskazują na szybkie efekty CBT w leczeniu wczesnych symptomów depresji w grupie młodzieży i dzieci powyżej 12 lat (g = 0.38, 95% CI: 0.14 do 0.63; NNT = 8.4), warto więc uwzględnić konieczność reagowania na wczesne objawy depresji w grupie powyżej 12 lat. Choć, jak wskazują badacze (Cuijpers i in., 2021), nie ma jeszcze wystarczających dowodów na to, że wczesne interwencje zapobiegają depresji w późniejszym okresie życia, pozwalają jednak na zwiększenie świadomości

w zakresie możliwości uzyskania pomocy, zwiększają poczucie kontroli i poszerzają wiedzę na temat dostępnych technik i narzędzi terapeutycznych.

Badania wskazują również, że skuteczność terapii jest widoczna dopiero od pewnego wieku. Wyniki metaanalizy Cuijpersa i in. (2021) nie potwierdziły skuteczności CBT u młodszych pacjentów − poniżej 12 lat (g = 0.01, 95% CI: −1.16 do 1.18). Podobnie Ebert i in. (2015) wskazują na lepsze efekty CBT u młodzieży i starszych dzieci w porównaniu z grupą dzieci poniżej 13. roku życia.

Podsumowując, na podstawie wyników metaanaliz wykazano, że CBT spowodowała istotny spadek objawów depresji w porównaniu ze standardowymi formami leczenia i grup kontrolnych. Wykazano skuteczność CBT opartej na kontakcie bezpośrednim, w formie hybrydowej i w formie komputerowej/multimedialnej.

3.5. Zaburzenie (afektywne) dwubiegunowe

Skuteczność CBT była sprawdzana w leczeniu depresji w kilkunastu randomizowanych badaniach klinicznych z grupą kontrolną. W tym przeglądzie uwzględniono pięć metaanaliz dotyczących osób dorosłych (por. tabela 3.5).

Przegląd badań z wykorzystaniem różnych form terapii w leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD) wskazuje na skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej (np. Chiang i in., 2017; Gregory, 2010a, 2010b; Hofmann i in., 2012; Szentagotai i David, 2009; Ye i in., 2016). Chiang i in. (2017), analizując 19 badań, w których porównywano skuteczność CBT i leczenia farmakologicznego z leczeniem standardowym i grupami kontrolnymi, łącznie obejmujących ponad 1,3 tys. pacjentów, wykazali, że CBT skutecznie zmniejsza częstość nawrotów i łagodzi objawy depresji, nasilenie manii i poprawia funkcjonowanie psychospołeczne (depresja: g = −0.494; 95% CI −0.963 do −0.026; mania: g = −0.581; 95% CI −1.127 do −0.035). Hofmann i in. (2012) wykazali, że skuteczność CBT w chorobie afektywnej dwubiegunowej w krótkim okresie obserwacji po terapii jest mała do umiarkowanej w porównaniu ze standardowym leczeniem. Badacze podkreślają jednak, że CBT wraz z leczeniem farmakologicznym chroni przed nawrotami lub opóźnia nawroty choroby w porównaniu ze standardowymi metodami leczenia. Według Hofmanna i in. (2012) skuteczność CBT w zapobieganiu nawrotom wydaje się niezależna od wcześniejszej liczby epizodów manii i depresji.

Ye i in. (2016) w metaanalizie obejmującej dziewięć badań na łącznej próbie 520 pacjentów z ChAD zwrócili uwagę, że choć terapia poznawczo-behawioralna nie zmniejszyła znacząco objawów depresji, to uzyskano zmniejszenie wskaźnika nawrotów ChAD i istotną poprawę w objawach manii (w skali *Young Mania Rating Scale*, YMRS: SMD = −0.54; 95% CI, −1.03 do −0.06). W analizie podgrup wykazano krótkoterminową skuteczność CBT w zmniejszaniu wskaźnika nawrotów ChAD (po 6 miesiącach obserwacji: ryzyko względne = 0.49; 95% CI 0.29 do 0.81) i w poprawie nasilenia manii na podstawie YMRS (po leczeniu: SMD = −0.30; 95% CI −0,59 do −0,01). Ye i in. (2016) sugerują jednak, że efekty te mogą osłabiać się wraz z upływem czasu. W tym kontekście ciekawe są wyniki analiz Chianga i in. (2009), którzy określają CBT jako skuteczną terapię wspomagającą leczenie farmakologiczne pacjentów z ChAD, jednak uwzględniają, że efekt ten zmniejsza się po zakończonym leczeniu (po leczeniu CBT: d = −0.42; badanie *follow-up*: d = −0.27). Badacze wskazują na potrzebę

opracowywania nowych strategii CBT w celu zwiększenia skuteczności terapii i zwiększenia długofalowych efektów oddziaływań terapeutycznych (Chiang i in., 2009).

Podsumowując, wyniki metaanaliz wskazują na skuteczność CBT w leczeniu ChAD. Terapia CBT wraz z leczeniem farmakologicznym znacząco wpływa na zapobieganie nawrotom i łagodzenie objawów manii, w dalszej kolejności na łagodzenie objawów depresji.

3.6. Zaburzenia z objawami somatycznymi i inne z nimi związane

3.6.1. Zaburzenie hipochondryczne

Skuteczność CBT była sprawdzana w leczeniu zaburzenia z lękiem o zdrowie (hipochondrycznego) w kilkudziesięciu randomizowanych badaniach klinicznych z grupami kontrolnymi. W tym przeglądzie uwzględniono dwie metaanalizy (por. tabela 3.6.1).

Pacjenci z zaburzeniem hipochondrycznym uzyskują poprawę, gdy korzystają z CBT czy to w formie tradycyjnej, czy zdalnej. Efekty leczenia za pomocą CBT utrzymują się w czasie (pomiar po 6, 12 i 18 miesiącach) i są mniej kosztochłonne w porównaniu z innymi formami terapii (Axelsson i Hedman-Lagerlöf, 2019). Aż 66% poddanych CBT ujawnia odpowiedź na leczenie (95% CI: 45–57); u 48% odnotowano remisję objawów po leczeniu (95% CI: 28 do 67), u 51% zaś znaczącą poprawę (95% CI: 45 do 57) (Axelsson i Hedman-Lagerlöf, 2019). Metaanaliza przeprowadzona przez Coopera i współpracowników (2017) wskazuje, że CBT jest skuteczną formą interwencji w przypadku zaburzenia hipochondrycznego, gdy jej efektywność zestawia się z różnymi warunkami kontrolnymi (np. leczenie jak zwykle d = 0.76, lista oczekujących d = 1.45, farmakoterapia i inne formy terapii psychologicznych d = 0.71). Stosowana wobec pacjentów z symptomami chorób somatycznych jest równie skuteczna, jak stosowana wobec osób bez symptomów chorób somatycznych. CBT okazuje się szczególnie efektywna w przypadku osób starszych ze zdiagnozowaną hipochondrią.

Podsumowując, CBT, zarówno w formie zdalnej, jak i w kontakcie bezpośrednim, jest wysoce skuteczną formą leczenia zaburzenia z lękiem o zdrowie u osób dorosłych, bez względu na ich stan zdrowia somatycznego.

3.6.2. Chroniczny ból przewlekły

Skuteczność CBT była sprawdzana w leczeniu bólu przewlekłego w kilkudziesięciu randomizowanych badaniach klinicznych z grupą kontrolną obejmujących kilka tysięcy osób badanych. W tym przeglądzie uwzględniono trzy metaanalizy z ostatnich lat (por. tabela 3.6.2).

Chroniczny ból przewlekły to zaburzenie dotyczące jednocześnie fizycznego i psychicznego zdrowia jednostki (Mills i in., 2019), dość częste (Breivik i in., 2006) i wywołujące poważne negatywne skutki psychospołeczne i ekonomiczne (Cohen i in., 2021). Wyniki metaanaliz skuteczności CBT chronicznego bólu przewlekłego sugerują, że może ona stanowić pierwszy wybór w terapii tego zaburzenia ze względu na dość wysoką skuteczność oraz brak

skutków ubocznych (np. zaburzeń związanych z używaniem substancji), w przeciwieństwie do niektórych metod farmakologicznych (Bialas i in., 2020). Metaanalizy rozpatrywane w tym raporcie porównywały skuteczność klasycznej CBT (tzw. drugiej fali) z listą oczekujących i z interwencjami należącymi do tzw. trzeciej fali CBT − redukcji stresu opartej na uważności (*mindfulness-based stress reduction*, MBSR) oraz terapii akceptacji i zaangażowania (*acceptance and commitment therapy*, ACT). Wyniki metaanalizy Khoo i współpracowników (2019) sugerują, że zarówno CBT, jak i MBSR wiążą się z istotną poprawą stanu pacjentów pod względem depresji (SMD of −0.49, 95% CrI −1.89 do −0.10), intensywności bólu (SMD −0.34, 95% CrI −0.79 do 0.03) i funkcjonowania fizycznego (SMD of −0.42, 95% CrI −0.94 do −0.10) w porównaniu z grupami kontrolnymi. Starsze metaanalizy (Macea i in., 2010; Veehof i in., 2011) również wykazały niewielkie lub umiarkowane, ale istotne statystycznie efekty dla różnych rodzajów CBT w porównaniu z grupami kontrolnymi.

Podsumowując, CBT może stanowić bezpieczną alternatywę dla farmakoterapii w leczeniu chronicznego bólu przewlekłego.

3.7. Zaburzenia odżywiania się

Skuteczność CBT była sprawdzana w leczeniu zaburzeń odżywiania się w kilkudziesięciu randomizowanych badaniach z grupą kontrolną. W tym przeglądzie uwzględniono dwie najnowsze metaanalizy (por. tabela 3.7).

W leczeniu zaburzeń odżywiania się i zaburzeń współwystępujących (np. depresyjnych) CBT ma skuteczność porównywalną z innymi uznanymi formami terapii. Metaanaliza przeprowadzona przez Grenon i współpracowników (2018) wskazuje jednakże na przewagę CBT w redukcji objawów napadowego objadania się (g = 0.31). CBT okazuje się też szczególnie skuteczna w podnoszeniu jakości życia (ujmowanej ogólnie i związanej ze zdrowiem) u osób z zaburzeniami jedzenia, na co wskazuje metaanaliza Linardon i Brennan (2017).

Podsumowując, CBT nie tylko jest skuteczną metodą redukcji objawów zaburzeń odżywiania się i z nimi współwystępujących, lecz także przyczynia się do istotnego podniesienia wskaźników jakości życia.

3.8. Zaburzenia polegające na bezsenności

Skuteczność CBT była sprawdzana w leczeniu zaburzeń snu polegających na bezsenności w kilkudziesięciu randomizowanych badaniach z grupą kontrolną. W tym przeglądzie uwzględniono trzy metaanalizy z ostatnich lat (por. tabela 3.8).

W terapii bezsenności, zwykle leczonej farmakologicznie, CBT okazała się skuteczna nie tylko podczas pomiaru zaraz po zakończeniu badań, lecz także w okresie wielu miesięcy po ich zakończeniu (*follow-up*; Koffel i in., 2015; Trauer i in., 2015), co potwierdziły zarówno subiektywne (dane z dzienniczków snu), jak i obiektywne (polisomnografia, aktygrafia) wskaźniki jakości snu (Okajima i in., 2011). Efektywność CBT została wykazana w wielu wskaźnikach bezsenności, takich jak latencja zaśnięcia, całkowity czas czuwania czy wybudzanie się nad ranem. Na przykład w metaanalizie Trauera i współpracowników (2015) stwierdzono,

że CBT jest skuteczna m.in. w poprawie latencji zaśnięcia (19.03 min [95% CI, 14.12 do 23.93 min; I 2 = 41.9%]), wybudzeń (26.00 min [CI, 15.48 do 36.52 min; I 2 = 47.2%]) oraz wydajności snu (%) (9.91% [CI, 8.09% do 11.73%; I 2 = 47.1%]).

Podsumowując, wykorzystanie CBT w leczeniu bezsenności może przyczynić się do uzyskania poprawy funkcjonowania pacjentów w długiej perspektywie czasowej przy jednoczesnym uniknięciu skutków ubocznych farmakoterapii.

3.9. Zaburzenia związane z substancjami i uzależnienia

Skuteczność CBT w leczeniu uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz gier i korzystania z internetu była sprawdzana w ponad stu randomizowanych badaniach z grupą kontrolną. W tym przeglądzie uwzględniono cztery metaanalizy badań prowadzonych na osobach dorosłych i adolescentach (por. tabela 3.9).

Z metaanaliz skuteczności CBT w leczeniu zespołu uzależnienia od substancji (Kiluk i in., 2019; Ray i in., 2020) oraz tzw. uzależnień behawioralnych, np. od internetu i gier internetowych (Liu i in., 2017; Stevens i in., 2019), wynika, że jest ona skuteczną formą leczenia objawów uzależnień oraz współwystępujących symptomów zaburzeń depresyjnych i lękowych. W przypadku uzależnień od substancji psychoaktywnych (alkoholu, opioidów i kokainy) efektywne w redukcji symptomów jest łączenie CBT (także w formie komputerowej) z farmakoterapią (Ray i in., 2020). Skuteczność CBT w połączeniu z farmakoterapią przewyższa zwyczajowe formy leczenia (*treatment as usual*) stosowane łącznie z farmakoterapią. Efekt jest niewielki, ale istotny statystycznie i wynosi $g = 0.18$.

Stevens i in. (2019) w metaanalizie danych odnośnie do skuteczności CBT w leczeniu adolescentów oraz osób dorosłych uzależnionych od gier internetowych (*internet gaming disorder*, IGD), ocenianej pod względem redukcji symptomów IGD, lęku, depresji oraz czasu spędzanego na graniu stwierdzili, że CBT skutecznie redukuje ich symptomy. Efekt jest bardzo duży w odniesieniu do nasilenia objawów IGD ($g = 0.92$), a także depresji ($g = 80$). Wykazano także umiarkowaną skuteczność w redukcji towarzyszących uzależnieniu od gier internetowych objawom zaburzeń lękowych ($g = 0.55$). Wyniki metaanalizy nie pozwalają jedynie stwierdzić, że CBT daje efekt w postaci ograniczenia ilości czasu spędzanego na graniu.

Podsumowując, CBT posiada udokumentowaną skuteczność w leczeniu uzależnień chemicznych i behawioralnych u osób dorosłych i młodzieży. Najlepszą praktyką w przypadku leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych jest połączenie CBT z farmakoterapią. W przypadku uzależnień od internetu i gier internetowych CBT przyczynia się do redukcji nie tylko ich symptomów, lecz także zaburzeń lękowych i depresyjnych, jako współwystępujących.

3.10. Schizofrenia oraz kliniczne ryzyko zaburzeń psychotycznych

Skuteczność CBT była sprawdzana w leczeniu schizofrenii i zaburzeń ze spektrum psychoz w kilkudziesięciu randomizowanych badaniach klinicznych z grupą kontrolną. W tym przeglądzie uwzględniono cztery metaanalizy badań skuteczności CBT w porównaniu z leczeniem jak zazwyczaj, innymi interwencjami i badaniami sprawdzającymi odsetek poprawy w nasileniu objawów u osób, które przeszły terapię. Uwzględniono również trzy dodatkowe metaanalizy dotyczące podejść psychoterapeutycznych wywodzących się z CBT. Dwie z tych metaanaliz dotyczą podejść CBT, w których jest wykorzystywana komponenta uważności (*mindfulness*) lub akceptacji, a trzecia dotyczy treningu metapoznawczego − interwencji, której celem jest zmniejszenie nasilenia zniekształceń poznawczych charakterystycznych dla osób z doświadczeniem psychozy. Dodatkowo włączono do przeglądu trzy metaanalizy dotyczące ryzykownych stanów psychicznych czy też stanów ryzyka zachorowania na psychozę (por. tabela 3.10).

Należy zwrócić uwagę, że w większości badań dotyczących skuteczności terapii schizofrenii oddziaływanie psychospołeczne jest traktowane jako dodatkowa interwencja, włączana już w trakcie leczenia farmakologicznego środkami przeciwpsychotycznymi. Ponadto niektóre z interwencji, jak np. trening metapoznawczy, nie są zaplanowane jako samodzielne, lecz jako dodatkowe interwencje, które można włączać w już istniejące programy i protokoły terapeutyczne (*add-on interventions*).

Metaanaliza Jonesa i współpracowników (2018), w której badano skuteczność CBT w porównaniu z innymi interwencjami psychospołecznymi, wykazała, że CBT nie była skuteczniejsza w zakresie zmniejszenia liczby nawrotów choroby (RR 1.05), liczby hospitalizacji (RR 0.96), śmierci (RR 1.57) oraz poprawy stanu zdrowia psychicznego (RR 0.82), funkcjonowania społecznego i jakości życia w porównaniu z innymi oddziaływaniami psychospołecznymi, takimi jak psychoedukacja czy terapia wspierająca. Metaanaliza Lawsa i współpracowników (2018) wykazała, że CBT była istotnie skuteczniejsza od oczekiwania na terapię bądź leczenia jak zazwyczaj w zakresie ogólnego funkcjonowania pacjentów ze schizofrenią, ale z małą wielkością efektu (g = 0.25), a efekt ten zanikał w pomiarach *follow-up* (g = 0.10). Jednocześnie autorzy nie zaobserwowali istotnego wpływu terapii na nasilenie dystresu (g = 0.18) i poziom jakości życia (g = 0.04). Na podstawie metaanalizy Lutgens i współpracowników (2017), która dotyczyła wpływu różnych form terapii na nasilenie objawów negatywnych, wykazano, że CBT była skuteczniejsza niż leczenie jak zazwyczaj (SMD = −0.43), ale nie była skuteczniejsza niż inne formy terapii (SMD = −0.11), jak np. treningi umiejętności. Metaanaliza Bighelli i współpracowników (2018) koncentrowała się na poprawie osiągniętej przez pacjentów, gdzie redukcja nasilenia wyjściowych objawów o 20% została określona jako minimalna poprawa, a o 50% jako znacząca poprawa. W tej metaanalizie ponad trzydziestu badań wykazano, że 44.5% pacjentów osiągnęło minimalną poprawę w zakresie ogólnego nasilenia objawów, a 13.2% − znaczącą. W zakresie objawów wytwórczych było to odpowiednio 52.9% oraz 24.8%.

Metaanaliza dotycząca skuteczności terapii wykorzystujących elementy uważności i akceptacji (Louise i in., 2018) wykazała u pacjentów istotne obniżenie nasilenia objawów psychotycznych z małą wielkością efektu (g = 0.29) oraz objawów depresyjnych ze średnią wielkością efektu (g = 0.39). W kolejnej metaanalizie (Hodann-Caudevilla i in., 2020),

która dotyczyła skuteczności terapii opartych na uważności, zaobserwowano u pacjentów istotną poprawę w zakresie ogólnego nasilenia objawów (g = 0.72), objawów wytwórczych (g = 0.32), objawów negatywnych (g = 0.40) i ogólnego poziomu funkcjonowania (g = 1.28). Na podstawie przeprowadzonej metaanalizy dotyczącej innego podejścia, treningu metapoznawczego (Liu i in., 2018), wykazano, że ta krótka interwencja wiązała się z obniżeniem nasilenia objawów wytwórczych ze średnią wielkością efektu (g = 0.38) i że ten efekt utrzymywał się po sześciu miesiącach od zakończenia treningu (g = 0.35).

Metaanalizy dotyczące skuteczności CBT w leczeniu ryzykownych stanów psychicznych wykazały tylko częściową skuteczność tego podejścia. Devoe i współpracownicy (2019a) w przeglądzie badań dotyczącym skuteczności różnych terapii psychospołecznych i farmakologicznych w redukcji nasilenia subklinicznych objawów psychozy u osób w ryzykownych stanach psychicznych dowiedli, że skorzystanie z CBT nie było związane z istotnym spadkiem nasilenia tych objawów po 6, 12 i 24 miesiącach od terapii (SMD = −0.08; SMD = −0.15; SMD = −0.19). Ten sam zespół (Devoe i in., 2019b) analizował również wpływ CBT na funkcjonowanie społeczne osób w ryzykownych stanach psychicznych, która nie okazała się skuteczniejsza od leczenia jak zazwyczaj i innych interwencji w pomiarach 6, 12 i 18 miesięcy po zakończeniu leczenia (SMD = 0.06; SMD = –0.15; SMD = 0.20). W ostatniej pracy Devoe'a i współpracowników (2020) uczestnictwo w CBT prowadziło do zmniejszonego ryzyka wykształcenia się u pacjenta pełnoobjawowej psychozy, w 12 i 18 miesięcy po zakończeniu terapii (RR = 0.57 oraz RR = 0.54).

Podsumowując, klasyczna CBT w przypadku osób chorujących na schizofrenię wykazuje ograniczoną skuteczność i nie jest bardziej skuteczna od innego typu interwencji psychospołecznych. Znaczącą poprawę po CBT w zakresie objawów psychotycznych osiąga około 13% pacjentów, a w zakresie objawów wytwórczych około 25%. Bardziej obiecujące wydają się interwencje mające swoje źródło w CBT, jak psychoterapia oparta na uważności czy trening metapoznawczy dla osób z psychozami. W przypadku osób w ryzykownych stanach psychicznych CBT nie prowadziła do znaczącego zmniejszenia nasilenia objawów i poprawy funkcjonowania społecznego, ale zarazem była związana z mniejszym o około 45% ryzykiem względnym przejścia do stanu pełnoobjawowej psychozy.

3.11. Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych

Analiza wyników badań wskazuje na skuteczność klasycznej CBT i innych wariantów psychoterapii poznawczo-behawioralnej również w zaburzeniach osobowości. Z uwagi na złożoność problematyki zaburzeń osobowości z uwzględnieniem podziału wg DSM-5 na wiązki A (paranoiczne, schizoidalne i schizotypowe zaburzenia osobowości), wiązki B (antyspołeczne, graniczne, histrioniczne i narcystyczne zaburzenia osobowości) oraz wiązki C (unikowe, zależne i obsesyjno-kompulsyjne zaburzenia osobowości) nie przeprowadzono dotychczas metaanalizy, która uwzględniałaby szeroki kontekst różnych zaburzeń osobowości.

3.11.1. Zaburzenie osobowości typu *borderline*

Zaburzenie osobowości typu *borderline*, nazywane także zaburzeniem granicznym (*borderline personality disorder*, BPD), dotyka około 2% populacji i jest związane ze znacznym pogorszeniem funkcjonowania społecznego i ryzykiem samobójstw lub prób samobójczych (Oud i in., 2018). Skuteczność CBT w leczeniu BPD była sprawdzana w kilkudziesięciu randomizowanych badaniach klinicznych z grupą kontrolną. W tym przeglądzie uwzględniono cztery metaanalizy (por. tabela 3.11.1).

Zahediabghari, Boursiquot i Links (2020) analizowali skuteczność klasycznej CBT oraz terapii dialektyczno-behawioralnej (należącej do tzw. trzeciej fali CBT), ukierunkowanych na specyfikę problemów zaburzenia, wykazując ich skuteczność i istotny wpływ na funkcjonowanie społeczne osób z granicznym zaburzeniem osobowości. Przeprowadzona przez badaczy metaanaliza (N = 880) wykazała, że terapie dostosowane do potrzeb osób z zaburzeniem *borderline* – w porównaniu z terapiami standardowymi – poprawiają funkcjonowanie społeczne (g = 0.41; 95% CI, 0.09 do 0.73). Wyniki te są spójne z analizą efektywności terapii w leczeniu granicznego zaburzenia osobowości, którą przedstawili Cristea i in. (2017), w której poziom skuteczności terapii dialektyczno-behawioralnej określono jako znaczący w obniżaniu takich objawów jak, m.in., samookaleczenia i próby samobójcze (g = 0.34; 95% CI, 0.15 do 0.53). Chakhssi i in. (2021) wykazali, że CBT i inne podejścia terapeutyczne zwiększają jakość życia pacjentów z *borderline* (N = 1370), wskazując na istotną wielkość efektu w porównaniu z warunkami kontrolnymi (d = 0.32; 95% CI, 0.17 do 0.48). Mimo dowodów na skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu zaburzeń osobowości wciąż brakuje danych określających długoterminowe efekty psychoterapii oraz możliwości pełnego wyzdrowienia. Leichsenring i in. (2003), porównując skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej i psychodynamicznej w leczeniu BPD, zwracają uwagę na skuteczność obydwu podejść terapeutycznych – w niektórych wskaźnikach lepsze efekty były obserwowane dla CBT (pomiary samoopisowe), w niektórych dla psychodynamicznej (pomiary obserwacyjne).

Podsumowując, wyniki metaanaliz wskazują na skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w poprawie funkcjonowania osób z BPD ze średnią wielkością efektu. CBT oddziałuje na poprawę funkcjonowania społecznego i poprawę jakości życia oraz zmniejszenie liczby samookaleczeń i prób samobójczych.

3.11.2. Prokrastynacja

Prokrastynacja to nawykowa tendencja do odwlekania albo odkładania na później obowiązków i zadań. Nie jest ona zaburzeniem ujmowanym w diagnostycznych klasyfikacjach zaburzeń. Niemniej jednak jest to problem powszechny (szczególnie w populacjach studentów), a nasilony powoduje psychiczne cierpienie oraz utrudnia codzienne funkcjonowanie (por. Steel, 2007).

Skuteczność CBT w przypadku prokrastynacji była sprawdzana w dwóch metaanalizach uwzględniających kilka badań (por. tabela 3.11.2). Pierwsza z nich (van Eerde i Klingsieck, 2018) porównywała wszystkie badania interwencji mających na celu redukcję prokrastynacji, niezależnie od włączenia bądź nie grupy kontrolnej do badań. W tej pracy w 11 badaniach

potwierdzono, że CBT była związana z redukcją nasilenia prokrastynacji z dużą wielkością efektu (ES = 0.95) w porównaniach wyników sprzed i po interwencji. W drugiej metaanalizie (Rozental i in., 2018), podsumowującej wyniki randomizowanych badań z grupą kontrolną, wykazano, że CBT powodowała zmniejszenie nasilenia prokrastynacji ze średnią wielkością efektu (g = 0.55). Należy zaznaczyć, że ten ostatni wynik został opracowany na podstawie tylko trzech badań. Niemniej jednak ogólna skuteczność psychoterapii prokrastynacji (niezależnie od podejścia) została oszacowana jako posiadająca mały efekt (g = 0.34). Może to wskazywać na większą skuteczność CBT niż innych metod w terapii prokrastynacji.

Podsumowując, wyniki metaanaliz potwierdzają, że CBT jest skuteczną metodą redukowania nasilenia objawów prokrastynacji ze średnią wielkością efektu. Jednocześnie należy zaznaczyć, że do rzetelnej oceny skuteczności CBT (oraz innych podejść) potrzebne jest przeprowadzenie większej liczby badań.

4. Podsumowanie

W opracowaniu uwzględniono 63 metaanalizy obejmujące łącznie kilkaset badań klinicznych nad skutecznością terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu często występujących zaburzeń psychicznych i problemów psychologicznych. Terapia poznawczo-behawioralna okazała się skuteczna w leczeniu większości z nich u dorosłych, jak również u dzieci i młodzieży. Ze względu na to jest oficjalnie zalecana nie tylko za granicą, lecz także w Polsce (Jarema, 2015).

Bibliografia

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

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

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 & Outcomes Research*, *19*(6), 663–676. https://doi.org/10.1080/14737167.2019.1703182

Bialas, P., Maier, C., Klose, P., & Häuser, W. (2020). Efficacy and harms of long-term opioid therapy in chronic non-cancer pain: Systematic review and meta-analysis of open-label extension trials with a study duration ≥26 weeks. *European Journal of Pain*, *24*(2), 265–278. https://doi.org/10.1002/ejp.1496

Bighelli, I., Huhn, M., Schneider-Thoma, J., Krause, M., Reitmeir, C., Wallis, S., ... & 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), 1–10. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1964-8

Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain* (London, England), *10*(4), 287–333. https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009

Carl, E., Stein, A. T., Levihn-Coon, A., Pogue, J. R., Rothbaum, B., Emmelkamp, P., ... & Powers, M. B. (2019a). 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/10.5014/ajot.2021.046169

Carl, E., Witcraft, S. M., Kauffman, B. Y., Gillespie, E. M., Becker, E. S., Cuijpers P., Van Ameringen, M., Smiths, J.A.J., & Powers M. B. (2019b). Psychological and pharmacological treatments for generalized anxiety disorder (GAD): a metaanalysis of randomized controlled trials. *Cognitive Behaviour Therapy.* https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1560358

Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smiths, J. A. J., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and Anxiety*, *35*(6), 502–514. https://doi.org/10.1002/da.22728

Chakhssi, F., Zoet, J. M., Oostendorp, J. M., Noordzij, M. L., & Sommers-Spijkerman, M. (2021). Effect of psychotherapy for borderline personality disorder on quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Personality Disorders*, *35*(2), 255–269. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_439

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

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), e17831. https://doi.org/10.2196/17831

Cohen, S. P., Vase, L., & Hooten, W. M. (2021). Chronic pain: An update on burden, best practices, and new advances. *The Lancet*, *397*(10289), 2082–2097. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00393-7

Cooper, K., Gregory, J. D., Walker, I., Lambe, S., & Salkovskis, P. M. (2017). Cognitive Behaviour Therapy for Health Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *45*, 110–123. https://doi.org/10.1017/S1352465816000527

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

Cuijpers, P., Pineda, B. S., Ng, M. Y., Weisz, J. R., Muñoz, R. F., Gentili, C., ... & Karyotaki, E. (2021). Psychological Treatment of Subthreshold Depression in Children and Adolescents: A Meta-analytic Review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* (in press). https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.11.024

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

Devoe, D. J., Farris, M. S., Townes, P., & Addington, J. (2019a). 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. (2019b). Interventions and social functioning in youth at risk of psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Early Intervention in Psychiatry*, *13*(2), 169–180. https://doi.org/10.1111/eip.12689

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), 0–0. https://doi.org/10.4088/JCP.17r12053

van Dis, E., van Veen, S. C., Hagenaars, M. A., Batelaan, N. M., Bockting, C., 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

Ebert, D. D., Zarski, A. C., Christensen, H., Stikkelbroek, Y., Cuijpers, P., Berking, M., & Riper, H. (2015). Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: a meta-analysis of randomized controlled outcome trials. *PloS One*, *10*(3), e0119895. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119895

Eilert N., Enrique A., Wogan R,m Mooney O., Timulak L., & Richards D. (2020). The effectiveness of Internet-delivered treatment form generalized anxiety disorder: An updated

systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*. https://doi.org/10.1002/da.23115

van Eerde, W., & Klingsieck, K. B. (2018). Overcoming procrastination? A meta-analysis of intervention studies. *Educational Research Review*, *25*, 73–85. https://doi.org/10.1016/j.edurev.2018.09.002

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), 1–10. 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.

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

Gregory Jr, V. L. (2010a). 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

Gregory Jr, V. L. (2010b). 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

Grenon, R., Carlucci, S., Brugnera, A., Schwartze, D., Hammond, N., Ivanova, I. Mcquaid, Proulx, G., & Tasca, G. A. (2018). Psychotherapy for eating disorders: A meta-analysis of direct comparisons. *Psychotherapy Research*, https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1489162

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

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. https://doi.org/10.1192/apt.bp.108.005959

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

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

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

Harrison, A., Fernández de la Cruz, L., Enander, J., Radua, J., & Mataix-Cols, D. (2016). Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, *48*, 43–51. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.007

Ipser, J. C., Sander, C., & Stein, D. J., (2009). Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2009*, *Issue 1*. Art. No.: CD005332. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005332.pub2

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

Jones, C., Hacker, D., Meaden, A., Cormac, I., Irving, C. B., Xia, J., ... & Chen, J. (2018). Cognitive behavioural therapy plus standard care versus standard care plus other psychosocial treatments for people with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *11*(11), CD008712. https://doi.org/10.1002/14651858.CD008712.pub3

Kaczkurkin, A. N., & Foa, E. B. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: An update on the empirical evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *17*(3), 337–346. https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/akaczkurkin

Keles, S., & Idsoe, T. (2018). A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy (CBT) interventions for adolescents with depression. *Journal of Adolescence*, *67*, 129–139. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.05.011

Khoo, E.-L., Small, R., Cheng, W., Hatchard, T., Glynn, B., Rice, D. B., Skidmore, B., Kenny, S., Hutton, B., & Poulin, P. A. (2019a). Comparative evaluation of group-based mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioural therapy for the treatment and management of chronic pain: A systematic review and network meta-analysis. *Evidence-Based Mental Health*, *22*(1), 26–35. https://doi.org/10.1136/ebmental-2018-300062

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

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

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

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

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

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

Laws, K. R., Darlington, N., Kondel, T. K., McKenna, P. J., & Jauhar, S. (2018). Cognitive Behavioural Therapy for schizophrenia-outcomes for functioning, distress and quality of life: a meta-analysis. *BMC Psychology*, *6*(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/s40359-018-0243-2

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), 1729633. https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1729633

Linardon J., Brennan, L. (2017). The effects of cognitive-behavioral therapy for eating disorders on quality of life: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, *7*, 1–16. https://doi.org/10.1002/eat.22719

Liu, J., Nie, J., & Wang, Y. (2017). Effects of Group Counseling Programs, Cognitive Behavioral Therapy, and Sports Intervention on Internet Addiction in East Asia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *14*(12), 1470. https://doi.org/10.3390/ijerph14121470

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

López-López, J. A., Davies, S. R., Caldwell, D. M., Churchill, R., Peters, T. J., Tallon, D., ... & Welton, N. J. (2019). The process and delivery of CBT for depression in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Psychological Medicine*, *49*(12), 1937–1947. https://doi.org/10.1017/s003329171900120x

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.*SchizophreniaResearch*,*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*, *210*(5), 324–332. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.197103

Macea, D. D., Gajos, K., Daglia Calil, Y. A., & Fregni, F. (2010). The Efficacy of Web--Based Cognitive Behavioral Interventions for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Pain, 11*(10), 917–929. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.06.005

McKay, D., Sookman, D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Stein, D. J., Kyrios, M., Matthews, K., & Veale, D. (2015). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, *225*(3), 236–246. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.058

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

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

Mills, S. E. E., Nicolson, K. P., & Smith, B. H. (2019). Chronic pain: A review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British Journal of Anaesthesia*, *123*(2), e273–e283. https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.03.023

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

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

Oud, M., Arntz, A., Hermens, M. L., Verhoef, R., & Kendall, T. (2018). Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: a systematic review

and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *52*(10), 949–961. https://doi.org/10.1177/0004867418791257

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

Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C., & Weisberg, R. (2005). Demographic Characteristics, Phenomenology, Comorbidity, and Family History in 200 Individuals With Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics*, *46*(4), 317–325. https://doi.org/10.1176/appi.psy.46.4.317

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), e208279. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.8279

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*, 152223. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2021.152223

Rozental, A., Bennett, S., Forsström, D., Ebert, D. D., Shafran, R., Andersson, G., & Carlbring, P. (2018). Targeting procrastination using psychological treatments: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, *9*, 1588. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01588

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

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

Stech, E. P., Lim, J., Upton, E. L., & Newby, J. M. (2019). 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

Steel, P. (2007). The nature of procrastination: a meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. *Psychological Bulletin*, *133*(1), 65. https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.65

Steinert, C., Stadter, K., Stark, R., & Leichsenring, F. (2017). The effects of waiting for treatment: A meta-analysis of waitlist control groups in randomized controlled trials for social anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *24*(3), 649–660. https://doi.org/10.1002/cpp.2032

Stevens, M., 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

Szentagotai, A., & David, D. (2009). The efficacy of cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: a quantitative meta-analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *71*(1), 66–72. https://doi.org/10.4088/JCP.08r04559yel

Taylor, F. G., & Marshall, W. L. (1977). Experimental analysis of a cognitive-behavioral therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, *1*(1), 59–72. https://doi.org/10.1007/BF01173505

Trauer, J. M., Qian, M. Y., Doyle, J. S., Rajaratnam, S. M. W., & Cunnington, D. (2015). Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia. *Annals of Internal Medicine*, *163*(3), 191–204. https://doi.org/10.7326/M14-2841

Twomey, C., O'Reilly, G., & Meyer, B. (2017). Effectiveness of an individually-tailored computerised CBT programme (Deprexis) for depression: a meta-analysis. *Psychiatry Research*, *256*, 371–377. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.081

Veehof, M. M., Oskam, M.-J., Schreurs, K. M. G., & Bohlmeijer, E. T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *PAIN*, *152*(3), 533–542. https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.11.002

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

Watson, P. (2019). PTSD as a Public Mental Health Priority. *Current Psychiatry Reports*, *21*(7), 61. https://doi.org/10.1007/s11920-019-1032-1

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

Wetherell, J. L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J. T., Stoddard, J. A., Petkus, A. J., Solomon, B. C., Lehman, D. H., Liu, L., Lang, A. J., & Hampton Atkinson, J. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *PAIN, 152*(9), 2098–2107. https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.05.016

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

Williams, J., Hadjistavropoulos, T., & Sharpe, D. (2006). A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for Body Dysmorphic Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(1), 99–111. https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.12.006

Wu, Y., Lang, Z., & Zhang, H. (2016). Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Meta-Analysis. *Medical Science Monitor*, *22*, 1646–1653. https://doi.org/10.12659/MSM.895481

Yang, L., Zhou, X., Pu, J., Liu, L., Cuijpers, P., Zhang, Y., ... & 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

Ye, B. Y., Jiang, Z. Y., Li, X., Cao, B., Cao, L. P., Lin, Y., ... & Miao, G. D. (2016). Effectiveness of cognitive behavioral therapy in treating bipolar disorder: A n updated meta-analysis with randomized controlled trials. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *70*(8), 351–361. https://doi.org/10.1111/pcn.12399

Zahediabghari, S., Boursiquot, P., & Links, P. (2020). Impact of psychotherapy on psychosocial functioning in borderline personality disorder patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(12), 4610. https://doi.org/10.3390/ijerph17124610

Tabela 3.1.1. Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością CBT w leczeniu zaburzenia lękowego uogólnionego

Lp.	Autorzy	Rok	Temat	Rodzaj analizy	N	k	CBT vs lista oczekujących/placebo	Wyniki CBT vs lista oczekujących/placebo	CBT vs inne terapie	Wyniki CBT vs inne terapie	NNT	Wnioski autorów
1	Carl i in.	2019b	Skuteczność psychoterapii i farmakoterapii w leczeniu lęku uogólnionego (GAD) oraz ich moderatory	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną	11 002	79	CBT vs placebo/grupa oczekujących (*waitlist*) /leczenie jak zwykle (TAU)/ psychologiczne placebo (w tym: terapia wspierająca, skupiona na emocjach terapeutyczna praca z ciałem, terapia niedyrektywna, niedyrektywna terapia wspierająca, interwencje oparte na duchowości, psychoedukacja dotycząca radzenia sobie ze stresem, grupa dyskusyjna, kontakt w ramach badania diagnostycznego/doraźnie udzielanego wsparcia), krótkoterminowa psychoterapia psychodynamiczna	Większa efektywność CBT vs warunki kontrolne – tuż po zakończeniu terapii: g = 0.76, 95% CI: 0.61–0.91, p < 0.001; a w badaniu *follow-up* g = 0.27, 95% CI: 0.00–0.53, p = 0.05. Efekt farmakoterapii GAD: = 0.38, 95% CI: 0.30–0.47, p < 0.001. Analiza moderacji wskazuje, że im niższa średnia wieku w grupie badawczej, tym wyższy współczynnik efektu psychoterapii w postaci wycofania objawów GAD.	ND	ND	b.d.	Ze względu na różne warunki kontrolne (lista oczekujących/ placebo) nieuprawnione jest wyciągnięcie jednoznacznego wniosku na bazie uzyskanych danych, że psychoterapia jest bardziej efektywną metodą leczenia GAD niż farmakoterapia. Biorąc poprawkę na czynniki mogące mieć wpływ na rezultaty porównań, należy stwierdzić, że mają one podobną skuteczność. Ponieważ jednak pacjenci wyraźnie preferują psychoterapię w porównaniu z farmakoterapią, należy zadbać o zwiększenie dostępu do tej formy pomocy, by zapewnić odpowiednie leczenie osobom z GAD.
2	Eilert i in.	2020	Skuteczność psychoterapii prowadzonej przez internet (iCBT) w leczeniu GAD oraz jej moderatorów	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną	1333	20	iCTB vs lista oczekujących	Dla objawów niepokoju efekt iCBT jest duży (g = −0.79; 95% *confidence interval* [CI], −1.03, −0.55; p < 0.0001). Dla objawów martwienia się efekt iCBT jest duży (g = −0.75; 95% CI, −0.97, −0.53; p < 0.0001). Dla objawów depresji (jako towarzyszących GAD) efekt jest duży: g = −0.70; 95% CI, −0.87, −0.52; p < 0.0001). Analiza moderacji wskazuje, że istotnie na efekty terapii iCBT – wyrażone zmniejszeniem nasilenia objawów niepokoju i martwienia się – wpływa długość leczenia (w tygodniach); im dłuższe leczenie, tym mniejsze nasilenie symptomów niepokoju (b = −0.15; 95% CI, −0.24, −0.06; p = 0.003) i martwienia się (b = −0.16; 95% CI, −0.26, −0.05; p = 0.005).	ND	ND	b.d.	Wyniki metaanaliz wskazują na efektywność leczenia psychoterapeutycznego GAD i współwystępującej z nim depresji, prowadzonego CBT przez internet.

Tabela 3.1.2. Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością CBT w leczeniu zaburzenia panicznego

Lp.	Autorzy	Rok	Temat	Rodzaj analizy	N	k	CBT vs lista oczekujących/ placebo	Wyniki CBT vs lista oczekujących/ placebo	CBT vs inne terapie	Wyniki CBT vs inne terapie	NNT	Wnioski autorów
Dorośli												
1	Stech i in.	2019	Skuteczność CBT przez internet (iCBT) w leczeniu lęku panicznego z agorafobią lub bez agorafobii (PD/A)	Metaanaliza randomizowanych i nierandomizowanych badań z grupą kontrolną i bez grupy kontrolnej	b.d.	27	iCBT vs grupa oczekujących (WLC)/grupa z psychoedukacją (IC)/grupa z CBT w kontakcie bezpośrednim	Lepsze wyniki w grupie z iCBT w porównaniu z oczekującymi i grupą poddaną tylko psychoedukacji w przypadku osób z objawami lęku panicznego (g = 1.22) oraz agorafobii (g = 0.91)	ND	ND	b.d.	Interwencje iCBT prowadzą do podobnych rezultatów jak w CBT w kontakcie bezpośrednim, przyczyniając się do redukcji objawów paniki i agorafobii.
2	van Dis i in.	2020	Długofalowe efekty CBT w leczeniu zaburzeń lękowych (PD/A, GAD, SAD, SP)	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną	4118	69	Warunki kontrolne: leczenie jak zazwyczaj, relaksacja, psychoedukacja, placebo, terapia wspierająca, lista oczekujących	Lepsze wyniki w grupie poddanej CBT tuż po ukończeniu leczenia, w ciągu 1–6 miesięcy oraz 6–12 miesięcy po zakończeniu terapii zaburzenia lękowego uogólnionego (g Hedgesa, 0.07–0.40), zaburzeń z napadami paniki z agorafobią/bez agorafobii (g Hedgesa, 0.22–0.35), fobii społecznych (g Hedgesa, 0.34–0.60), fobii specyficznych (g Hedgesa, 0.49–0.72). W badaniu typu *follow-up* po 12 lub więcej miesiącach efekty utrzymały się w zaburzeniu lękowym uogólnionym i fobiach społecznych, nie utrzymały się w przypadku zaburzeń z napadami paniki z agorafobią/bez agorafobii (k = 5).	ND	ND	b.d.	CBT zaburzeń lękowych skutkuje poprawą funkcjonowania (w porównaniu z warunkami kontrolnymi) do 12 miesiącach po zakończeniu terapii. Po tym okresie efekty są małe lub średnie dla GAD i SP, brak ich w przypadku PD.

Lp.	Autorzy	Rok	Temat	Rodzaj analizy	N	k	CBT vs lista oczekujących/ placebo	Wyniki CBT vs lista oczekujących/ placebo	CBT vs inne terapie	Wyniki CBT vs inne terapie	NNT	Wnioski autorów
3	Carpenter i in.	2018	Skuteczność CBT w leczeniu zaburzeń lękowych (GAD, PD, SAD) i in.	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną	2843	41	Warunki kontrolne: placebo w formie tabletki lub oddziaływania placebo (głównie w formie wspierającego doradztwa)	Wskaźniki wypadnięcia: CBT w zaburzeniach lękowych vs placebo – nieistotna różnica (OR = 1.10, 95% CI = 0.78–1.55, p = n.s.). Porównanie grup przed leczeniem CBT i po leczeniu CBT vs placebo wskazuje na bardzo istotne polepszenie funkcjonowania osób w CBT (g Hedgesa = 0.56, 95% CI = 0.44–0.69, p < 0.0001). Efekty w badaniu *follow-up* (k = 22) po terapii zaburzeń lękowych pozostają na poziomie umiarkowanym (g Hedgesa = 0.47, 95% CI=0.30–0.64, p < 0.0001). Efekty CBT w zaburzeniach lęku panicznego na tle innych są umiarkowane (g Hedgesa = 0.39, 95% CI = 0.12–0.65, p < 0.0001).	ND	ND	b.d.	CBT wykazuje skuteczność w zmniejszaniu objawów zaburzeń lękowych i powiązanych z nimi w porównaniu z placebo (średnia wielkość efektu).
Dzieci i młodzież												
4	Christ i in.	2020	Efektywność komputerowej CBT (cCBT) w leczeniu zaburzeń lękowych i depresji u adolescentów i młodych dorosłych w porównaniu z terapią prowadzoną twarzą w twarz i brakiem oddziaływań. Oszacowanie efektów bezpośrednio po leczeniu, *follow-up* i ustalenie moderatorów efektywności leczenia	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną	b.d.	24	cCBT w porównaniu z grupą kontrolną (bez oddziaływań) wykazuje małe lub średnie efekty w badaniu *follow-up* symptomów zaburzeń lękowych	g = 0.44, 95% CI: 0.23–0.65	ND	ND	4.1	cCBT daje efekty długoterminowe zbliżone do uzyskiwanych w terapii zaburzeń lękowych prowadzonej 'twarzą w twarz'. Nie zidentyfikowano moderatorów efektywności leczenia.

Lp.	Autorzy	Rok	Temat	Rodzaj analizy	N	k	CBT vs lista oczekujących/ placebo	Wyniki CBT vs lista oczekujących/ placebo	CBT vs inne terapie	Wyniki CBT vs inne terapie	NNT	Wnioski autorów
5	Öst i Ollendick	2017	Porównanie skuteczności interwencji w formie BIC CBT, tj. przy możliwie zredukowanej liczbie sesji (*brief*), intensywnych (*intensive*) i prowadzonych częściej niż raz w tygodniu (*concentrated*). Porównanie wyników z badania po interwencji i badania *follow-up* w leczeniu zaburzeń lękowych u dzieci i adolescentów – w zestawieniu z standardową CBT, listą oczekujących i placebo. Porównanie wyników BIC CBT z badania po interwencji i badania *follow-up*.	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną	b.d.	23	BIC CBT vs klasyczna CBT, oczekujący na terapię, placebo	BIC CBT porównaniu z osobami oczekującymi na terapię (k = 11) g = 1.47, 95% CI 1.00–1.95; w porównaniu z placebo (nauczanie/wsparcie i terapia niedyrektywna) (k = 6) g = 0.97, 95% CI 0.53–1.41. Efekt w badaniu *follow-up* dla BIC vs lista oczekujących (k = 2) g = 0.69, 95%CI 0.09–1.30; dla BIC vs placebo (k = 2) g = 0.36, 95% CI –0.12–0.83	ND	ND	ND	Wyniki dostarczają dowodów na skuteczność interwencji BIC CBT w leczeniu objawów zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży. Są one skuteczne i chętnie akceptowane przez objętych leczeniem i ich rodziców oraz utrzymują się rok po zakończeniu leczenia, w 54% dochodzi do remisji, a 64% wyleczenia. Nie ma istotnych różnic między BIC CBT a klasyczną CBT.
6	Wang i in.	2017	Porównanie skuteczności terapii CBT z farmakoterapią (lub CBT bez farmakoterapii) u dzieci i młodzieży cierpiących na zaburzenia lękowe (PD, GAD, SAD, SP)	Metaanaliza randomizowanych i nierandomizowanych badań z grupą kontrolną	7719	115	CBT vs placebo, leki z grupy SSRI, SNRI, dwu i trójcykliczne/lista oczekujących i nieotrzymujących leczenia.	Objęci CBT w porównaniu z oczekującymi na leczenie wykazują istotne zmniejszenie nasilenia osiowych symptomów zaburzeń lękowych, odpowiedź na leczenie i remisję zaburzenia.	CBT vs farmakoterapia (leki z grupy SSRI, SNRI, benzodiazepiny i trójpierścieniowe)	CBT zmniejszyła nasilenie symptomów zaburzeń lękowych w większym stopniu niż zastosowanie fluoksetyny. Kombinacja leczenia sertraliną i CBT istotnie efektywniej zredukowała nasilenie symptomów i odpowiedzi na leczenie niż zastosowanie każdej z tych form terapii oddzielnie.	ND	Wyniki dostarczają dowodów na efektywność terapii CBT i lekami z grupy SSRI w redukcji zaburzeń lękowych u dzieci. Odnotowywano działania niepożądane farmakoterapii (zazwyczaj niewielkie), w przypadku CBT – nie stwierdzono takowych.

Tabela 3.1.3. Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością CBT w leczeniu fobii społecznej

Lp.	Autorzy	Rok	Temat	Rodzaj analizy	n	k	CBT vs lista oczekujących/ placebo	Wyniki CBT vs lista oczekujących/ placebo	CBT vs inne terapie	Wyniki CBT vs inne terapie	NNT	Wnioski autorów
1	Van Dis i in.	2020	Metaanaliza długoterminowych efektów psychoterapii dla zaburzeń lękowych	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną	555	7	Różne wersje kontroli – TAU, terapie placebo itd.	– g (skorygowane) = 0.22 (–0.01–0.44) na zakończenie terapii – g = 0.60 (0.36–0.85) w *follow-up* po 1–6 miesiącach (k = 4) – g (skorygowane) = 0.22 (0.01–0.45) w *follow-up* po 6–12 miesiącach (k = 3) – g = 0.42 (0.04 - 0.79) w *follow-up* po +12 miesiącach (k = 3)	b.d.	b.d.	b.d.	„Terapia poznawczo-behawioralna była powiązana z lepszymi rezultatami niż warunki kontrolne u pacjentów z objawami lękowymi do 12 miesięcy od zakończenia terapii. Przy bardziej odroczonych badaniach *follow-up* stwierdzono występowanie istotnych związków w przypadku lęku uogólnionego, fobii społecznej i zaburzenia po stresie traumatycznym" (Van Dis i in., 2020, s. 266)
2	Springer i in.	2018	Metaanaliza wyników dotyczących remisji zaburzeń lękowych po CBT	Metaanaliza badań CBT bez leków	b.d.	10 dla ITT, 11 dla *completers* = analiza, gdzie włącza się tylko wyniki osób, które ukończyły procedurę badania ITT (*intention to treat*) = analiza, gdzie najczęściej przyjmuje się, że osoby, które wypadły z badania, to osoby, u których nie doszło do poprawy i w ten sposób włącza się je do obliczeń.		– ITT (*intention to treat*) = 40,1% remisji (30.4–50.7) – ITT *follow-up* (k = 4) = 43.2% (37.8–48.7) – *completers* (osoby kończące terapię) = 40.4% (30.2–51.5) – *completers follow-up* (k = 3) = 45.4% (22.3–70.8)	b.d.	b.d.	b.d.	„Mimo że CBT to wspierana przez wyniki naukowe terapia zaburzeń lękowych, jest jasne, że dalej jest miejsce na poprawę wyników, gdyż wielu pacjentów nie osiąga remisji" (Springer i in., 2018, s. 1)
3	Carpenter i in.	2018	Metaanaliza efektów CBT dla różnych zaburzeń lękowych w porównaniu z placebo	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną placebo (psychologicznym lub pigułkowym)	753	12	CBT vs placebo psychologiczne lub farmakologiczne	– g Hedgesa = 0.41, 95%CI = 0.25–0.57 (główny wynik) – dodatkowo: g = 0.43 na ogólny lęk, g = 0.29 na depresję, g = 0.32 na jakość życia	b.d.	b.d.	b.d.	„Wyniki wskazują na to, że CBT jest umiarkowanie skutecznym leczeniem w zaburzeniach lękowych w porównaniu z placebo. Bardziej efektywne terapie są szczególnie skuteczne dla PTSD, fobii społecznej i zaburzenia lękowego z napadami paniki" (Carpenter i in., 2018, s. 1)

Lp.	Autorzy	Rok	Temat	Rodzaj analizy	n	k	CBT vs lista oczekujących/ placebo	Wyniki CBT vs lista oczekujących/ placebo	CBT vs inne terapie	Wyniki CBT vs inne terapie	NNT	Wnioski autorów
4	Andrews i in.	2018	Komputerowa terapia zaburzeń depresyjnych i lękowych (uaktualnienie poprzedniej)	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną	950	11	11 badań CBT komputerowe z ewentualnym wsparciem terapeuty vs grupa oczekujących	g = 0.92, 95% CI 0.76–1.08	b.d.	b.d.	2.07 (1.58–4.50 dla poszczególnych badań)	(ogólne wnioski do badań wszystkich zaburzeń) „Podsumowując, znalezione 64 badania internetowego CBT wskazują na przewagę terapii nad grupami kontrolnymi z dużą wielkością efektu, z utrzymującymi się korzyściami w pomiarach *follow-up*, akceptowalnym poziomem stosowania się do leczenia przez pacjentów i wysokim poziomem satysfakcji uczestników, a teraz również dowodami na skuteczność w rutynowym leczeniu psychoterapeutycznym" (Andrews i in., 2018, s. 77)
5	Carl i in.	2019	Metaanaliza efektów ekspozycji w VR w porównaniu z grupą kontrolną lub ekspozycją *in vivo* dla różnych zaburzeń lękowych	Metaanliza randomizowanych badań z grupą kontrolną bez interwencji albo ekspozycją *in vivo*	431	8	Ekspozycja VR vs grupa oczekujących (7 badań) (SAD i p lęk przed wystąpieniami)	g = 0.97, SE = 0.18, 95% CI: 0.62–1.31	ekspozycja VR vs ekspozycja in vivo (6 badań) (fobia społeczna i lęk przed wystąpieniami)	g = 0.06, SE = 0.22, 95% CI: −0.36 to 0.49	b.d.	„Podsumowując, ta metaanaliza wskazuje, że dla wielu zaburzeń związanych z lękiem ekspozycja w wirtualnej rzeczywistości jest skuteczniejsza z dużą wielkością efektu niż warunki kontrolne i że ma równą wielkość efektu co ekspozycja in vivo" (Carl i in., 2019, s. 35)
6	Yang i in.	2019	Metaanaliza badań skuteczności terapii SAD u dzieci i adolescentów	Metaanaliza badań pre-post	1134	17	Poznawczo--behawioralna albo behawioralna vs grupa oczekujących albo placebo	SMD = –1.13 (95% CI –1.59 do –0.68) procent remisji: 39.14% vs. 3.20% (RR = 8.99; 95% CI 5.27–15.33)	b.d.	b.d.	3.3	„Wyniki tej metaanalizy wskazują na to, że psychoterapie (włączając CBT i terapię behawioralną) są prawdopodobnie skuteczne w leczeniu fobii społecznej u dzieci i adolescentów. Mogą istotnie poprawić jakość życia i funkcjonowanie w tej grupie pacjentów. Jednakże klinicyści powinni interpretować te wyniki z ostrożnością, ze względu na ograniczoną ilość informacji, znaczącą zmienność wyników i niską jakość dowodów" (Yang i in., 2018, s. nd)

Tabela 3.2. Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością CBT w leczeniu zaburzenia stresowego pourazowego

Lp.	Autorzy	Rok	Temat	Rodzaj analizy	N	k	CBT vs lista oczekujących/ placebo	Wyniki CBT vs lista oczekujących/ placebo	CBT vs inne terapie	Wyniki CBT vs inne terapie	NNT	Wnioski autorów
1	Merz i in.	2019	Porównanie skuteczności i akceptowalności psychoterapii, farmakoterapii i ich kombinacji u dorosłych pacjentów z PTSD	Metaanaliza sieciowa	922	23	ND	ND	Farmakoterapia, psychoterapia (razem: CBT, przedłużona ekspozycja, EMDR)	Wyniki ostatniego pomiaru podczas *follow-up* wykazały wyższość podejść psychoterapeutycznych nad farmakoterapią zarówno w ramach metaanaliz sieciowych (SMD, −0.83; 95% CI, −1.59 do −0.07), jak i porównań parami (SMD, −0.63; 95% CI, −1.18 do −0.09, 3 RCTs). Połączenie psychoterapii i farmakoterapii dało lepsze wyniki niż sama farmakoterapia, co wykazała metaanaliza sieciowa (SMD, −0.96; 95% CI, −1.87 do −0.04).	ND	Psychoterapia oraz połączenie psychoterapii i farmakoterapii okazały się bardziej skuteczne w łagodzeniu objawów PTSD niż sama farmakoterapia w trakcie pomiaru *follow-up*. Żadna z terapii nie okazała się bardziej skuteczna w pierwszym pomiarze wyników, zaraz pod koniec leczenia.
2	Kline i in.	2017	Analiza długoterminowej skuteczności psychoterapii u dorosłych pacjentów z PTSD	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną	2935	32	ND	ND	IE = ekspozycja wyobrażeniowa (*imaginal exposure*); CR = restrukturyzacja poznawcza (*cognitive restructuring*); SC = doradztwo wspierające (*supportive counseling*); IVE = ekspozycja in vivo (*in vivo exposure*); CBT = CBT (*cognitive behavioral therapy*); EMDR = *eye movement desensitization and reprocessing*; STAIR = ćwiczenia umiejętności regulacji emocji (*skills training in affect and interpersonal regulation*); PE = ekspozycja przedłużona (*prolonged exposure*); WLC = kontrolna lista oczekujących (*wait list control*); EXP = terapia ekspozycyjna (*exposure therapy*); CT = terapia poznawcza (*cognitive therapy*); SIT = trening zaszczepiania stresem (*stress inoculation training*); NAL = naltrekson; CPT = terapia poznawczego przetwarzania (*cognitive processing therapy*); NET = terapia narratywnej ekspozycji (*narrative exposure therapy*); CTT-BW = CBT dla kobiet – ofiar przemocy fizycznej (*cognitive trauma therapy for battered women*); PCT = terapia skoncentrowana na teraźniejszości (*present centered therapy*); CPT-C = CPT bez WA; WA = opisy pisemne (*written accounts*); VR = wirtualna rzeczywistość (*virtual reality*); ALP = alprazolam; WET= terapia ekspozycji na opis (*written exposure therapy*)	Brak różnic pod względem skuteczności z wyjątkiem terapii opartych na ekspozycji, które okazały się bardziej skuteczne niż inne podczas pomiaru pod koniec terapii (d = 0.27; p = 0.005)	ND	Wyniki metaanalizy potwierdzają obecnie już bardzo dobrze udokumentowane dowody na wyższość skoncentrowanych na traumie, opartych na dowodach terapii PTSD oraz rozszerzają tę skuteczność na dłuższy czas po zakończeniu leczenia.

Lp.	Autorzy	Rok	Temat	Rodzaj analizy	N	k	CBT vs lista oczekujących/ placebo	Wyniki CBT vs lista oczekujących/ placebo	CBT vs inne terapie	Wyniki CBT vs inne terapie	NNT	Wnioski autorów
3	Cusack i in.	2016	Analiza skuteczności psychoterapii u dorosłych pacjentów z PTSD	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną	2837	64	ND	ND	Krótkoterminowa terapia eklektyczna; terapie poznawczo-behawioralne, takie jak: terapia poznawcza (CT), terapia przetwarzania poznawczego (CPT), restrukturyzacja poznawcza (CR); terapia polegająca na nauce umiejętności radzenia sobie, ekspozycja przedłużona; EMDR; hipnoterapia; terapia psychodynamiczna; terapia ekspozycji narracyjnej (NET)	Uzyskano dowody o umiarkowanej sile wskazujące na wyższość terapii ekspozycyjnej w redukcji objawów PTSD. Uzyskano też dowody o umiarkowanej sile wskazujące na to, że terapie ekspozycyjne i terapie poznawcze były podobne, jeśli chodzi o ustąpienie objawów PTSD (brak diagnozy PTSD).	< 4 / < 2	Wyniki metaanalizy udowadniają skuteczność CBT, głównie terapii ekspozycyjnych i terapii poznawczych w łagodzeniu objawów PTSD. Nie uzyskano dowodów na skuteczność innych rodzajów terapii, np. terapii psychodynamicznej.
4	Lewis i in.	2020	Określenie skuteczności protokołów terapeutycznych stosowanych w leczeniu PTSD	Przegląd systematyczny i metaanaliza	8171	114	ND	ND	Porównano ze sobą 29 terapii PTSD: 8 protokołów indywidualnej CBT skoncentrowanych na traumie (np. przedłużona ekspozycja), 15 terapii nieskoncentrowanych na traumie (np. terapia psychodynamiczna), kilka terapii grupowych (analizowanych zbiorczo)	Metaanaliza wykazała najwyższe dowody skuteczności dla następujących terapii: terapia poznawczego przetwarzania, terapia poznawcza oraz przedłużona ekspozycja (wszystkie zaliczają się do CBT skoncentrowanych na traumie) oraz EMDR.	ND	Zgodnie z wynikami wcześniejszych przeglądów oraz z oficjalnymi standardami leczenia PTSD zalecanymi przez organizacje wielu krajów (American Psychological Association; Australian Centre for Posttraumatic Mental Health; National Collaborating Centre for Mental Health; US Department of Veterans Affairs) uzyskano silne dowody na wysoką skuteczność CBT skoncentrowanych na traumie oraz EMDR.

Tabela 3.3.1. Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością CBT w leczeniu zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego

Lp.	Autorzy	Rok	Temat	Rodzaj analizy	N	k	CBT vs lista oczekujących/ placebo	Wyniki CBT vs lista oczekujących/placebo	CBT vs inne terapie	Wyniki CBT vs inne terapie	NNT	Wnioski autorów
Dorośli												
1	Olatunji i in.	2013	Metaanaliza wyników leczenia i moderatorów w CBT zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego (*obsessive-compulsive disorder*, OCD)	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną	756	16	CBT vs lista kontrolna/ placebo medyczne	CBT miało większą skuteczność niż lista kontrolna w redukcji objawów OCD, co pokazuje duża wielkość efektu (g Hedgesa = 1.39) po zakończeniu leczenia i średnia wielkość efektu podczas *follow-up* (g Hedgesa = 0.43).	ND	ND	ND	Zgodnie z przewidywaniami i wynikami poprzednich metaanaliz CBT okazała się bardzo efektywną metodą redukcji objawów OCD.
Dzieci i młodzież												
2	Wu i in.	2016	Skuteczność CBT w leczeniu OCD u dzieci	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną	415	13	Porównanie nasilenia objawów OCD przed i po CBT	Ogólna ważona średnia różnica została oszacowana na –11.371 [95% CI: –14.11 do –8.63, p < 0.0001], co wskazuje na spadek wyników w kwestionariuszu CY-BOCS o 11 punktów w porównaniu z wynikami sprzed terapii. Jest to dowód na istotną redukcję objawów w wyniku zastosowania CBT.	ND	ND	ND	CBT jest efektywna w leczeniu OCD u dzieci.
3	Reid i in.	2021	Sprawdzenie wielkości efektu CBT uwzględniającej ekspozycję z powstrzymaniem reakcji (ERP) z analizą moderatorów	Przegląd systematyczny i metaanaliza	2020 (537 dzieci i młodzieży; 1483 dorosłych)	36	CBT z ERP vs psychologiczne placebo (trening relaksacyjny) i lista oczekujących	Analiza wstępna wykazała duży pozytywny efekt CBT z ERP w porównaniu ze wszystkimi grupami kontrolnymi dla redukcji wyników w kwestionariuszu Y-BOCS (g = 0.74: 95% CI = 0.51 do 0.97); analizy szczegółowe wykazały istotne korzyści ze stosowania CBT w porównaniu z psychologicznym placebo (g = 1.13 95% CI 0.71 do 1.55) i listą oczekujących (g = 1.27: 95% CI 0.79 do 1.75); wynik był istotny i dla dorosłych, i dla dzieci/młodzieży	CBT z ERP vs aktywne leczenie psychologiczne (terapia poznawcza, EMDR); farmakoterapia	Nie było istotnych różnic między CBT z ERP a innymi aktywnymi interwencjami psychologicznymi, czyli CBT i EMDR (g = −0.05: 95% CI −0.27 do 0.16)	ND	CBT z ERP jest skuteczna, ale nie bardziej skuteczna terapia poznawcza i EMDR.

Tabela 3.3.2. Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością CBT w leczeniu dysmorfofobii (nieurojeniowej)

Lp.	Autorzy	Rok	Temat	Rodzaj analizy	N	k	CBT vs lista oczekujących/ placebo	Wyniki CBT vs lista oczekujących/placebo	CBT vs inne terapie	Wyniki CBT vs inne terapie	NNT	Wnioski autorów
1	Williams i in.	2006	Metaanaliza wyników badań nad psychoterapią (CBT i terapia behawioralna) i farmakoterapią dysmorfofobii	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną	156	14	Terapia poznawczo-behawioralna (CBT); terapia behawioralna (TB); farmakoterapia	Md = 0.92 (farmakoterapia), QW1(7) = 12:33; p > 0.05; Md = 0.63 (psychoterapia), QW2(14) = 8.84; p > 0.05; wyniki istotnie różne od 0: farmakoterapia z = 8.55; p > 0.01; psychoterapia, z = 11.61; p > 0.01	Farmakoterapia vs TB vs CBT	Średnie wielkości efektów dla psychoterapii (CBT+TB) były większe niż dla farmakoterapii. Średnie wielkości efektów dla CBT były większe niż dla farmakoterapii. Średnia wielkość efektu dla farmakoterapii nie różniła się istotnie od średniej wielkości efektu dla TB. Średnia wielkość efektu dla TB nie różniła się istotnie od średniej wielkości efektu dla CBT.	ND	Psychoterapia (CBT+TB) okazała się bardziej skuteczna w redukcji objawów dysmorfofobii oraz depresji niż farmakoterapia. CBT uzyskała większe wielkości efektów niż farmakoterapia.
2	Ipser i in.	2009	Przegląd systematyczny wyników badań nad psychoterapią, farmakoterapią lub kombinacją tych metod w leczeniu dysmorfofobii	Przegląd systematyczny	169	5	CBT vs lista oczekujących; farmakoterapia vs placebo/ lista oczekujących	CBT wiązała się ze zmniejszeniem intensywności objawów (WMD –44.96, 95% CI –54.43 do –35.49, n = 73). Niski wskaźnik nawrotów uzyskano w jednym z badań nad CBT. Fluoksetyna okazała się bardziej skuteczna niż placebo (*relative risk*, RR) 3.07, 95% CI 1.4 to 6.72, n = 67).	ND	ND	ND	Zarówno farmakoterapia, jak i CBT mogą być skuteczne w leczeniu dysmorfofobii. Istnieją wstępne dane z jednego z badań nad CBT sugerujące, że efekty CBT mogą się utrzymywać po zakończeniu terapii.

Tabela 3.4. Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością CBT w leczeniu zaburzeń depresyjnych

Lp.	Autorzy	Rok	Temat	Rodzaj analizy	N	k	CBT vs lista oczekujących/ placebo	Wyniki CBT vs lista oczekujących/placebo	CBT vs inne terapie	Wyniki CBT vs inne terapie	NNT	Wnioski autorów
Dorośli												
1	López-López i in.	2019	CBT w leczeniu depresji z wykorzystaniem różnych form terapii (kontakt bezpośredni, forma hybrydowa, forma multimedialna); porównanie ze standardową terapią i grupą kontrolną pacjentów oczekujących na terapię	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną	9636	91	CBT (w bezpośrednim kontakcie, forma hybrydowa, forma multimedialna) vs grupa oczekujących	Pogorszenie w grupie kontrolnej (porównanie z terapią standardową), różnica średnich: sDIMC = 0.72, 95% CI, 0.09 – 1.35	CBT vs standardowa terapia (najczęściej farmakoterapia + kilka wizyt kontrolnych)	CBT vs standardowa terapia, różnica w średnich dla: – kontakt bezpośredni: sDIMC = −1.11 (95% CI, −1.62–0.60) – forma hybrydowa: sDIMC = −1.06 (95% CI,−2.05 – −0.08) – multimedialna: sDIMC = −0.59 (95% CI, −1.20-0.02)	ND	Metaanaliza pozwoliła stwierdzić, że interwencje CBT spowodowały wyraźny efekt zmian w objawach depresji – CBT w kontakcie bezpośrednim, formie hybrydowej lub multimedialnej, spowodowały większy spadek objawów niż w grupie objętej standardowym leczeniem. W grupie pacjentów oczekujących stwierdzono pogorszenie (zwiększenie objawów depresji).
2	Watts i in.	2015	CBT w leczeniu depresji i lęku – porównanie ze standardowym leczeniem	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną	5054	29	ND	ND	CBT vs standardowa terapia	g = 0.70, 95% CI, 0.49 −0.90	ND	CBT jest bardziej skuteczna niż terapia standardowa, ale wielkość efektu zależy od charakteru terapii standardowej; „terapia standardowa" wymaga doprecyzowania, żeby lepiej ocenić różnice w skuteczności różnych form terapii (odpowiedzi na pytania: kto, co, ile, jakie inne formy leczenia).
3	Twomey i in.	2017	Ocena skuteczności komputerowego programu CBT w leczeniu depresji	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną	2402	8	Warunki kontrolne: lista oczekujących, standardowa terapia, brak interwencji	g = 0.54, 95% CI, 0.39–0.69	ND	ND	ND	Komputerowa terapia CBT wykazała skuteczność w zmniejszaniu objawów depresji w porównaniu z grupami kontrolnymi (średnia wielkość efektu).
Dzieci i młodzież												
4	Cuijpers i in.	2021	Porównanie skuteczności oddziaływań psychologicznych w podprogowej depresji u dzieci i młodzieży	Przegląd metaanaliz	1576	12	8 badań terapii CBT, 3 badania terapii interpersonalnej, 1 badanie terapii wspierającej vs 8 x grupa kontrolna (bez oddziaływań), 3 x (niespecyficzne oddziaływania (poradnictwo szkolne), 1 x grupa oczekująca	g = 0.38, 95% CI, 0.14–0.63 (w podgrupie dzieci poniżej 12 lat oddziaływania terapeutyczne nie wykazały skuteczności, g = 0.01, 95% CI, −1.16 – 1.18)	Nie wykazano różnic między CBT a terapią interpersonalną, terapią wspierającą	NS	8.4	Interwencje w przypadku depresji podprogowej mogą mieć pozytywne, szybkie efekty u nastolatków. Nie ma jednak wystarczających dowodów na to, że interwencje te są skuteczne u dzieci poniżej 12. roku życia i że zapobiegają wystąpieniu dużej depresji w późniejszym okresie.

Lp.	Autorzy	Rok	Temat	Rodzaj analizy	N	k	CBT vs lista oczekujących/ placebo	Wyniki CBT vs lista oczekujących/placebo	CBT vs inne terapie	Wyniki CBT vs inne terapie	NNT	Wnioski autorów
5	Keles i Idsoe	2017	Porównanie skuteczności grupowej terapii CBT z grupami kontrolnymi, porównanie wyników z badania po interwencji i badania *follow-up*	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną	b.d.	23	23 badania obejmujące 49 badań po interwencji i 56 badań *follow-up*	Standaryzowana różnica średnich SMD: grupa CBT wykazała zmniejszenie objawów depresyjnych (badanie po interwencji: SMD = −0.28, 95% CI, −0.36,−0.19; badanie *follow-up*: SMD = −0.21, 95% CI, −0.30 – −0.11)	ND	ND	ND	Badania grupowe CBT w leczeniu depresji u adolescentów wskazują na skuteczność, choć wielkość efektu nie jest duża.
6	Ebert i in.	2015	Porównanie skuteczności terapii CBT (wersja komputerowa, internetowa, poprzez urządzenia mobilne) z grupami kontrolnymi	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną	796	13	CBT: wersja komputerowa, internetowa, poprzez urządzenia mobilne vs grupa kontrolna	g = 0.76, 95% CI, 0.41 – 0.12	ND	ND	2.44	Wyniki dostarczają dowodów na skuteczność komputerowej formy CBT w leczeniu objawów depresji u młodzieży (lepsze efekty u starszych dzieci (>13 r.ż.) i młodzieży.

Tabela 3.5. Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością CBT w leczeniu zaburzenia afektywnego dwubiegunowego

Lp.	Autorzy	Rok	Temat	Rodzaj analizy	N	k	CBT vs lista oczekujących/ placebo	Wyniki CBT vs lista oczekujących/placebo	CBT vs inne terapie	Wyniki CBT vs inne terapie	NNT	Wnioski autorów
1	Chiang i in.	2017	Wyniki leczenia pacjentów z ChAD leczonych CBT plus leki i porównanie tych danych z wynikami osób, które otrzymały wyłącznie standardową opiekę	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną	1384	19	19 badań – porównanie grup w standardowym leczeniu i grup kontrolnych z grupami CBT	Depresja: g = –0.494, 95% CI –0.963 – −0.026 mania: g = −0.581, 95% CI −1.127 – −0.035	ND	ND	ND	CBT skutecznie zmniejsza częstość nawrotów i łagodzi objawy depresji, nasilenie manii i poprawia funkcjonowanie psychospołeczne, przy wielkości efektu: mały do umiarkowanego. Analizy podgrup wykazały, że poprawa w depresji lub manii jest silniejsza przy czasie trwania CBT wynoszącym ≥ 90 minut na sesję, a odsetek nawrotów jest znacznie niższy wśród pacjentów z ChAD typu I.
2	Hofmann i in.	2013	Przegląd metaanaliz – ocena skuteczności CBT w różnych jednostkach chorobowych i zaburzeniach	Przegląd metaanaliz	b.d.	10	Wielkości efektów po leczeniu CBT: od małych do średnich; efekty zwykle nieznacznie zmniejszają się po zakończeniu leczenia ChAD.	BD	Długoterminowa przewaga CBT w porównaniu z innymi metodami leczenia jest nadal niepewna.	ND	ND	Efekt skuteczności CBT w chorobie afektywnej dwubiegunowej w krótkim okresie obserwacji po terapii oceniony jako mały do umiarkowanego w porównaniu ze standardowym leczeniem. CBT wraz z leczeniem farmakologicznym chroni przed nawrotami lub opóźnia nawroty choroby w porównaniu ze standardowymi metodami leczenia; skuteczność CBT w zapobieganiu nawrotom wydaje się niezależna od wcześniejszej liczby epizodów manii i depresji.
3	Ye i in.	2016	Metaanaliza dotycząca skuteczności CBT w ChAD	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną	520	9	Grupy kontrolne: standardowa terapia, grupy oczekujących, psychoedukacja	Znacząca poprawa w objawach manii (tylko w skali Young Mania Rating Scale-YMRS): SMD = −0.54, 95%CI, –1.03 – −0.06; brak istotnych wyników w objawach depresji; CBT nie zmniejszyło znacząco wskaźnika nawrotów ChAD.	ND	ND	ND	Istotna poprawa w objawach manii; brak istotnych wyników w odniesieniu do poprawy w objawach depresji; CBT nie zmniejszyło znacząco wskaźnika nawrotów ChAD. Analizy podgrup wykazały, że CBT wykazywało krótkoterminową skuteczność w zmniejszaniu wskaźnika nawrotów ChAD (po 6 miesiącach obserwacji: ryzyko względne = 0,49, 95% CI 0,29–0,81) i poprawie nasilenia manii na podstawie YMRS (po leczeniu: SMD = –0,30, 95% CI –0,59 – –0,01).
4	Chiang i in.	2009	Jakościowa metaanaliza dotycząca skuteczności CBT w leczeniu ChAD jako metoda wspierająca leczenie farmakologiczne	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną	b.d.	12	BD	Wielkość efektu (d Cohena): mała do umiarkowana po leczeniu CBT (d = –0.42), badanie *follow-up* (d = –0.27)	ND	ND	ND	CBT może być stosowana jako terapia wspomagająca w leczeniu pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową, ale potrzebne są nowe strategie CBT, aby zwiększyć i wzbogacić wpływ CBT po leczeniu i zwiększyć długofalowe oddziaływania.
5	Gregory	2010	Analiza skuteczności CBT w leczeniu objawów manii w ChAD	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną	222	4	Grupy kontrolne: standardowa terapia, grupy oczekujących	Wielkość efektu (d Cohena): mała d = –0.26 (95%CI –0.54 – –0.59)	ND	ND	ND	Skuteczność leczenia objawów manii w ChAD wykazuje mały efekt.

Tabela 3.6.1. Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością CBT w leczeniu lęku o zdrowie

Lp.	Autorzy	Rok	Temat	Rodzaj analizy	N	k	CBT vs lista oczekujących/ placebo	Wyniki CBT vs lista oczekujących/placebo	CBT vs inne terapie	Wyniki CBT vs inne terapie	NNT	Wnioski autorów
1	Cooper i in.	2017	Skuteczność CBT w leczeniu hipochondrii (HA)	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną. Analiza skuteczności CBT bezpośrednio po terapii i w badaniu *follow-up* (po 6 i 12 miesiącach); w porównywanych grupach osoby z HA z chorobami fizycznymi i bez nich	1544	21	Warunki kontrolne: lista oczekujących (WLC), placebo	Dużo lepszy efekt, gdy porównywano poddanych terapii CBT w porównaniu z listą oczekujących (k = 10; d = 1.45; 95% CI 0.6–0.92)	Leczenie jak zwykle (TAU), inne formy psychoterapii, psychospołeczne formy wsparcia, farmakoterapia	Dość mały efekt przy porównaniu efektywności CBT vs TAU (k = 4; d = 0.76, 95% CI 0.6–0.92). Średni efekt CBT vs inne aktywne formy leczenia (k = 7; d = 0.71, 95% CI 0.26–1.16).	ND	CBT jest skuteczną formą interwencji w przypadku osób z objawami hipochondrii, gdy porównuje się jej skuteczność z różnymi warunkami kontrolnymi (np. leczenie jak zwykle, lista oczekujących, farmakoterapia i inne formy terapii psychologicznych). CBT w HA, stosowana wobec pacjentów z symptomami chorób somatycznych jest równie skuteczna jak stosowana wobec osób bez symptomów chorób somatycznych. CBT jest szczególnie efektywna w przypadku osób starszych z HA.
2	Axelson i Hedman-Lagerlöf	2019	Skuteczność CBT w leczeniu hipochondrii (HA)	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną. Analiza skuteczności CBT oraz iCBT bezpośrednio po terapii i w badaniu *follow-up* (po 6, 12 i 18 miesiącach)	2008	19	Warunki kontrolne: lista oczekujących, placebo	66% poddanych CBT ujawnia odpowiedź na leczenie (k = 7, 95% CI:45–57); 48% remisję objawów po leczeniu (k = 5, 95% CI: 28–67), 51% znaczącą poprawę (k = 7, 95% CI: 45–57). W porównaniach międzygrupowych efekt odpowiedzi na leczenie na poziomie 3.80 (k = 6, 95% CI: 1.13–12.81)	TAU, kurs rozwiązywania problemów, psychoedukacja, farmakoterapia, inne formy psychoterapii, samopomoc	W porównaniach międzygrupowych efekt odpowiedzi na leczenie – brak istotności statystycznej w poziomie różnic (k = 3, OR = 2.75, 95% CI: 0.05–155.14; NNT = 4, p = 0.352).	3	CBT jest wysoce skuteczną i możliwie mało kosztowną formą leczenia HA. Autorzy metaanalizy rekomendują powszechniejsze stosowanie iCBT ze względu na jej porównywalną do CBT prowadzoną w bezpośrednim kontakcie efektywność (skuteczność, niskie koszty leczenia).

Tabela 3.6.2. Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością CBT w leczeniu chronicznego bólu przewlekłego

Lp.	Autorzy	Rok	Temat	Rodzaj analizy	N	k	CBT vs lista oczekujących/ placebo	Wyniki CBT vs lista oczekujących/placebo	CBT vs inne terapie	Wyniki CBT vs inne terapie	NNT	Wnioski autorów
1	Khoo i in.	2019	Skuteczność grupowej terapii redukcji stresu opartej na uważności (MBRS, trzecia fala CBT) oraz klasycznej CBT w leczeniu bólu przewlekłego; badane wskaźniki: funkcjonowanie fizyczne, nasilenie bólu, funkcjonowanie emocjonalne, ogólne wrażenie zmiany u pacjentów (*patient's global impression of change*; PGIC)	Metaanaliza sieciowa (*network metaanalysis*)	1981	21	CBT vs grupy kontrolne; MBSR vs grupy kontrolne	Analiza zmian w funkcjonowaniu fizycznym, intensywności bólu i objawach depresji wykazała istotne klinicznie korzyści ze stosowania MBRS i klasycznej CBT. Różnice w małej wielkości efektu dla zmiany w funkcjonowaniu fizycznym (SMD −0.42, 95% CrI −0.94 do −0.10), intensywności bólu (SMD −0.34, 95% CrI −0.79 do 0.03) i objawów depresji (SMD −0.49, 95% CrI −1.89 do −0.10) wskazują na wyższość MBSR w porównaniu z grupami kontrolnymi. Porównania CBT z grupami kontrolnymi wykazały różnice w małej wielkości efektu dla zmiany w funkcjonowaniu fizycznym (SMD −0.40, 95% CrI −0.82 do −0.15), intensywności bólu (SMD −0.37, 95% CrI −0.68 do −0.13) i objawach depresji (SMD −0.44, 95% CrI −1.29 do −0.08) na korzyść CBT.	CBT vs MBSR vs grupy kontrolne	Podobna skuteczność obu terapii; brak istotnych różnic pod względem wpływu na funkcjonowanie fizyczne pacjentów (SMD −0.02, 95% CrI −0.49 do 0.42), intensywności bólu (SMD 0.02, 95% CrI −0.43 do 0.48) lub objawy depresji (SMD −0.06, 95% CrI −1.08 do 0.47)	ND	Zarówno CBT, jak i MBSR wiążą się z istotnymi pozytywnymi skutkami dla zdrowia pacjentów, natomiast nie ma istotnej różnicy między tymi dwiema terapiami poznawczo-behawioralnymi. W porównaniu z grupami kontrolnymi, zarówno CBT, jak i MBSR, wiązały się z poprawą stanu pacjentów pod względem depresji, intensywności bólu i funkcjonowania fizycznego.
2	Macea i in.	2011	Skuteczność internetowej CBT w leczeniu bólu przewlekłego	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną	2953	11	Internetowa CBT vs lista oczekujących	Łączna wielkość efektu (wystandaryzowana średnia różnica między interwencją terapeutyczną a średnimi z grup kontrolnych) z modelu efektów losowych wynosiła 0.285 (95% przedział ufności: 0.145–0.424), na korzyść internetowej CBT w porównaniu z listą oczekujących, chociaż efekt ten był niewielki.	ND	ND	ND	Mimo niewielkich efektów i wysokich wskaźników rezygnacji, niskie koszty i nikłe ryzyko skutków ubocznych w porównaniu z farmakoterapią świadczą na korzyść kontynuacji badań nad internetową CBT bólu przewlekłego.
3	Veehof i in.	2011	Terapie oparte na akceptacji (trzecia fala CBT) w leczeniu bólu przewlekłego	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną	1235	22	MBSR oraz terapia akceptacji i zaangażowania (ACT) vs grupy kontrolne	Analiza klinicznych badań z grupą kontrolną wykazała umiarkowane istotne efekty dla intensywności bólu (SMD = 0.48; 95% CI: 0.25 do 0.71) i objawów depresji (SMD = 0.50; 95% CI: 0.12 do 0.89). Analiza randomizowanych badań klinicznych wykazała niewielkie efekty dla bólu i depresji z łącznymi SMDs wielkości odpowiednio 0.25 (95% CI: 0.01 do 0.49) i 0.26 (95% CI: 0.05 do 0.47); efekty były istotne statystycznie.	ACT vs MBSR	Podobna skuteczność	ND	Pacjenci cierpiący na ból przewlekły odnoszą korzyści z CBT opartych na akceptacji i uważności.

Tabela 3.7. Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością CBT w leczeniu zaburzeń odżywiania się

Lp.	Autorzy	Rok	Temat	Rodzaj analizy	N	k	CBT vs lista oczekujących/ placebo	Wyniki CBT vs lista oczekujących/ placebo	CBT vs inne terapie	Wyniki CBT vs inne terapie	NNT	Wnioski autorów
1	Linardon i Brennan	2017	Skuteczność CBT (w formie terapii indywidualnej, grupowej lub samopomocy w nurcie CBT) w leczeniu zaburzeń jedzenia (bulimia, BN; anoreksja, AN; napadowe objadanie się, BED) w kontekście ogólnego i związanego ze zdrowiem poczucia jakości życia	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną oraz badań w modelu PrePost	b.d.	34	ND	ND	1. Wewnątrzgrupowa analiza poziomu ogólnego poczucia jakości życia w modelu PrePost (przed i po CBT; ustalony na 20 badaniach w grupie N = 1044 osób) wskazuje istotny statystycznie efekt o przeciętnym poziomie (g = 0.50; 95% CI = 0.38; 0.62; v = 0.001, p<0.001). W zakresie poczucia jakości życia związanego ze zdrowiem (ustalenia na bazie 16 badań przeprowadzonych łącznie w grupie N = 717 osób) uchwycono efekt istotny, o przeciętnym poziomie (g = 0.55; 95% CI = 0.42, 0.69; v = 0.007, p < 0.001). Moderatory: Wskaźnik efektu w przypadku ogólnego poczucia jakości życia jest istotnie większy w badaniach, gdzie terapię prowadzono w formie indywidualnej w porównaniu z formą grupową i samopomocą w nurcie CBT. 2. W porównaniu efektów CBT z warunkami kontrolnymi (aktywnymi i nieaktywnymi; pomiar po zakończeniu interwencji; 13 badań na grupie N = 1108 osób) – dla poczucia ogólnej jakości życia efekt istotny, niewielki (g = 0.39; 95% cl = 0.20, 0.57; v = 0.009, p < 0.001). Dla poczucia jakości życia związanego ze zdrowiem (7 badań na N = 406 osobach) efekt istotny, niewielki (g = 0.31; 95% CI = 0.07, 0.5; v = 0.013, p = 0.013). 3. Efekt w badaniu *follow-up*, gdy porównano CBT do innych warunków kontrolnych pod kątem ogólnego poczucia jakości życia (8 badań, N = 605 osób badanych) – efekt istotny, niewielki (g = 0.33 95% CI = 0.07, 0.57; v = 0.016, Z = 2.55, p = 0.011). Dla poczucia jakości życia związanego ze zdrowiem (6 badań, N = 337 osób badanych) – efekt istotny statystycznie, o niewielkiej sile (g = 0.28, 95%CI = 0.11, 0.44, v = 0.007, Z = 3.27, p = 0.001).	CBT prowadzi do poprawy, na poziomie umiarkowanym, ogólnego poczucia jakości życia oraz poczucia jakości życia związanego ze zdrowiem u osób z zaburzeniami jedzenia. Odnotowano wzrost poczucia jakości życia u osób poddanych CBT w porównaniu z nieaktywną (np. lista oczekujących) i aktywną grupą kontrolną (np. kombinacja terapii *bona fide*, psychoedukacja). Poczucie jakości życia związane ze zdrowiem jest większe u osób poddanych CBT niż w nieaktywnych grupach kontrolnych, ale różnica ta nie występuje, gdy jego poziom porównuje się z aktywnymi grupami kontrolnymi. Wzrost poczucia jakości życia jest większy, gdy terapia CBT przeprowadzana jest indywidualnie i przez terapeutę albo zgodnie z poznawczym modelem zaburzeń jedzenia (CBT-BN lub CBT-E), jednakże wyników nie zreplikowano w pełni w badaniu *follow-up* (zbyt mała liczba badań).	b.d.	CBT w leczeniu zaburzeń jedzenia skutkuje umiarkowanym wzrostem poczucia jakości życia; wzrost ten jest istotny statystycznie, gdy porównuje się efekt CBT i warunków kontrolnych.

Lp.	Autorzy	Rok	Temat	Rodzaj analizy	N	k	CBT vs lista oczekujących/ placebo	Wyniki CBT vs lista oczekujących/ placebo	CBT vs inne terapie	Wyniki CBT vs inne terapie	NNT	Wnioski autorów
2.	Grenon i in.	2018	Skuteczność uznanych (*bone fide*) terapii, w tym CBT, w leczeniu zaburzeń jedzenia	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną	b.d.	34 (w tym 14 dotyczących porównania CBT z innymi formami psychoterapii)	ND	ND	1. Bezpośredni efekt po leczeniu: nie ma statystycznie istotnych różnic między CBT a innymi uznanymi formami terapii (*bona fide*) w zakresie wskaźników wypadnięcia, objawów depresyjnych, problemów interpersonalnych, częstości napadów objadania się, obrazu siebie i in. CBT jest skuteczniejsza w porównaniu z innymi formami terapii w zakresie redukcji objawów napadowego objadania się ($g = 0.31$, $p < 0.001$). Efekt należy opisać jako mały, ale statystycznie istotny. 2. W badaniu *follow-up* do 6 miesięcy terapia CBT jest skuteczniejsza niż inne w redukcji objawów zaburzeń jedzenia ($g = 0.24$, $p = 0.013$), efekt mały, istotny statystycznie. Efekt ten zanika przy porównaniu rezultatów terapii CBT i innych po okresie dłuższym niż 6 miesięcy.	Skuteczność CBT w porównaniu z innymi formami uznanych terapii jest podobna. CBT efektywnie redukuje objawy zaburzeń jedzenia, gdy są operacjonalizowane zgodnie z modelem CBT.	b.d.	Efekty CBT i innych uznanych form terapii w leczeniu zaburzeń jedzenia są porównywalne.

Tabela 3.8. Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością CBT w leczeniu zaburzeń snu

Lp.	Autorzy	Rok	Temat	Rodzaj analizy	N	k	CBT vs lista oczekujących/ placebo	Wyniki CBT vs lista oczekujących/placebo	CBT vs inne terapie	Wyniki CBT vs inne terapie	NNT	Wnioski autorów
1	Trauer i in.	2015	Analiza skuteczności CBT w leczeniu bezsenności	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną, przegląd badań	1162	20	wielomodalna CBT bezsenności (CBT for insomnia, CBT-i) stosowana grupowo/ indywidualnie vs lista oczekujących/interwencja behawioralna placebo	W wyniku terapii wystąpiła wyraźna i istotna statystycznie poprawa w zakresie latencji zaśnięcia (*sleep onset latency*, SOL) (19.03 min [95% CI, 14.12 do 23.93 min; I 2 = 41.9%]), wybudzeń (*wake after sleep onset*, WASO) (26.00 min [CI, 15.48 do 36.52 min; I 2 = 47.2%]), oraz wydajności snu (*sleep efficiency*, SE)% (9.91% [CI, 8.09% do 11.73%; I 2 = 47.1%]). Całkowita długość snu uległa marginalnej poprawie (7.61 min [CI, 10.51 do 15.74 min; I2 = 3.1%]), nieistotnej statystycznie.	ND	ND	ND	Wyniki metaanalizy pokazują, że CBT jest bardzo skuteczna w leczeniu przewlekłej bezsenności. Skuteczność CBT zdaje się dobrze utrzymywać w czasie, prowadząc do istotnego złagodzenia objawów. Jest to dodatkowy powód, aby zalecać CBT w początkowej fazie terapii przewlekłej bezsenności.
2	Koffel i in.	2015	Analiza skuteczności grupowej CBT w leczeniu bezsenności	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną	608	8	CBT bez senności vs grupy kontrolne	W wyniku zastosowania terapii statystycznie istotna poprawa wystąpiła w zakresie trzech wskaźników: latencji zaśnięcia (*sleep onset latency*, SOL), wydajności snu (*sleep efficiency*, SE) oraz wybudzeń (*wake after sleep onset*, WASO). Największe wielkości efektów zanotowano dla SE (średnia wielkość efektu = 0.84) oraz WASO (średnia wielkość efektu = 0.65). W czasie *follow-up* istotność statystyczna tych efektów została utrzymana.	ND	ND	ND	Z analizy jasno wynika, że grupowa CBT jest skuteczna w leczeniu bezsenności, szczególnie pod względem takich wskaźników jak latencja zaśnięcia, wydajność snu oraz wybudzenia po zaśnięciu.
3	Okajima i in.	2011	Analiza skuteczności CBT w leczeniu bezsenności pierwotnej	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną	940	14	CBT bezsenności vs grupy kontrolne (biblioterapia, relaksacja, lista oczekujących)	Wielkości efektów od średnich do dużych uzyskano dla następujących wskaźników: latencja zaśnięcia (*sleep onset latency*, SOL), całkowity czas czuwania (*total wake time*, TWT), wybudzeń (*wake after sleep onset*, WASO), wybudzanie się nad ranem (*early-morning awakening*, EMA), czas spędzany w łóżku (*time in bed*, TIB) oraz wydajność snu (*sleep efficiency*, SE) (odpowiednio: 0.44, 0.59, 0.75, 1.09, 0.71 oraz 0.86). Efekty dla SOL, WASO oraz SE zostały zachowane w trakcie 12-miesięcznego *follow-up* (odpowiednio: 0.45, 0.47 oraz 0.54). Wielkość efektu dla TST utrzymała się podczas 3-miesięcznego i 12-miesięcznego *follow-up* (odpowiednio: 0.36 i 0.42). Wyniki dla tych wskaźników uzyskane za pomocą badań polisomnograficznych i aktygraficznych również wykazały średnie wielkości efektów dla TWT (d = 0.73), WASO (d = 0.42) oraz SE (d = 0.53) pod koniec terapii oraz dla SOL (d = 0.59), TST (d = 0.71) i SE (d = 0.78) w czasie *follow-up*.	ND	ND	ND	CBT okazuje się skuteczna w leczeniu bezsenności pierwotnej nawet podczas pomiarów *follow-up* pod względem zarówno wskaźników subiektywnych, jak i obiektywnych miar jakości snu (polisomnografia, aktygrafia).

Tabela 3.9. Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością CBT w leczeniu zaburzeń związanych z substancjami i uzależnień

Lp.	Autorzy	Rok	Temat	Rodzaj analizy	N	k	CBT vs lista oczekujących/ placebo	Wyniki CBT vs lista oczekujących/placebo	CBT vs inne terapie	Wyniki CBT vs inne terapie	NNT	Wnioski autorów
1	Ray i in.	2020	Skuteczność CBT w leczeniu uzależnienia od alkoholu (AUD) i in. substancji (SUDs; kokaina, opioidy) w porównaniu z farmakoterapią	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną	b.d.	30	ND	ND	1. CBT plus farmakoterapia vs leczenie zwyczajowe (TAU) plus farmakoterapia 2. CBT plus farmakoterapia vs inna forma terapii plus farmakoterapia 3. CBT plus TAU + farmakoterapia vs TAU plus farmakoterapia	1. Skuteczność CBT w połączeniu z farmakoterapią przewyższa zwyczajowe formy leczenia stosowane łącznie z farmakoterapią (TAU) (g = 0.18 95% CI 0.01–0.35; p =0.04) 2. CBT łącznie z farmakoterapią nie wykazuje większej skuteczności niż inne specyficzne formy psychoterapii łączone z farmakoterapią (g = 0.05 95% CI –0.13–0.23; p =0.58) 3. CBT jako dodatek do zwyczajowych form leczenia i farmakoterapii w porównaniu ze zwyczajowymi formami leczenia plus farmakoterapią nie ma znaczącego wpływu na efektywność terapii uzależnień – mierzonej tuż po zakończeniu leczenia (g = 0.06 95% CI –0.22–0.34; p = 0.67) i w badaniu *follow-up* (g = 0.17 95% CI –0.05–0.38; p = 0.13).	b.d.	Najlepszą praktyką w leczeniu uzależnień od substancji jest zastosowanie farmakoterapii w połączeniu z CBT lub inną formą psychoterapii opartej na dowodach. Jest to skuteczniejsze niż stosowane zazwyczaj formy oddziaływań leczniczych (TAU) lub niespecyficzne formy poradnictwa uzależnień.
2	Kiluk i in.	2019	Skuteczność CBT Tech w leczeniu uzależnienia od alkoholu (AUD) i uzależnień mieszanych	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną	b.d.	15	CBT Tech vs lista oczekujących, poddanych diagnozie lub minimalnym oddziaływaniom	Efekt pozytywny i znaczący na korzyść CBT Tech we wczesnym badaniu *follow-up* (g = 0.20 95% CI = 0.22, 0.38; p = 0.03); w późniejszym badaniu *follow-up* efekt przewagi CBT nie jest już istotny statystycznie.	Porównywano skuteczność 1. CBT Tech vs TAU oraz 2. CBT Tech plus TAU vs TAU	1. Efekt CBT Tech w porównaniu z TAU nie osiągnął statystycznej istotności (g = –0.10, 95% CI –0.38, 0.18; p = 0.49) 2. Efekt CBT Tech w połączeniu z TAU w porównaniu z samym TAU okazał się pozytywny i istotny statystycznie na wczesnym etapie badania *follow-up* (g = –0.30, 95% CI 0.10, 0.50; p = 0.003) i w bardziej odroczonym w czasie badaniu *follow-up* (g = –0.31, 95% CI 0.00, 0.57; p = 0.02) i	b.d.	Interwencje CBT Tech są efektywne w ograniczeniu spożycia alkoholu zarówno, gdy stanowią jedyną formę oddziaływania psychoterapeutycznego, jak i wraz z innymi formami leczenia (TAU). Jednakże poziom tej efektywności nie pozwala zasugerować zastąpienia nimi CBT prowadzonej w bezpośrednim kontakcie.

Lp.	Autorzy	Rok	Temat	Rodzaj analizy	N	k	CBT vs lista oczekujących/ placebo	Wyniki CBT vs lista oczekujących/placebo	CBT vs inne terapie	Wyniki CBT vs inne terapie	NNT	Wnioski autorów
3	Stevens i in.	2019	Skuteczność CBT w leczeniu adolescentów i dorosłych uzależnionych od gier internetowych (IGD) oceniana pod względem redukcji: symptomów: 1) IGD, 2) lęku, 3) depresji, 4) czasu spędzanego na graniu	Metaanaliza randomizowanych badań bez grupy kontrolnej	580	12	ND	ND	ND	CBT skutecznie redukuje symptomy IGD (g = 0.92; [0.50, 1.34]) oraz depresji (g = 0.80, [0.21, 1.38]), a także wykazuje umiarkowaną skuteczność w redukcji towarzyszących uzależnieniu od gier internetowych objawom zaburzeń lękowych (g = 0.55, [0.17, 0.93]) w analizie typu post-test. Jednakże wyniki metaanalizy nie pozwalają stwierdzić, że CBT daje efekt w postaci ograniczenia ilości czasu spędzanego na graniu. Efekty leczenia w badaniu *follow-up* (po 3 do 6 miesiącach) okazały się nieistotne w przypadku czterech kontrolowanych parametrów (ale przy niewielkiej liczbie badań pozwalających na porównania).	b.d.	CBT w leczeniu uzależnienia od gier internetowych jest efektywną krótkoterminową interwencją – szczególnie w zakresie redukowania symptomów IGD oraz współwystępujących objawów depresyjnych. Efektywność CBT w redukcji czasu spędzanego na graniu nie została potwierdzona. Konieczne są dalsze badania, by zweryfikować długoterminowe skutki CBT w przypadku leczenia IGD.
4	Liu i in.	2017	Skuteczność CBT, poradnictwa w formie oddziaływań grupowych i interwencji opartych na aktywności sportowej w leczeniu uzależnienia od internetu (IA)	Metaanaliza randomizowanych badań z grupą kontrolną	2871	58	ND	ND	CBT, poradnictwo w formie oddziaływań grupowych oraz interwencji opartych na aktywności sportowej vs leczenie jak zazwyczaj (TAU)	CBT skutecznie redukuje symptomy IA (SMD, –1.88; 95% CI, –2.53 to –1.23), bez względu na to, czy jest prowadzona w formie indywidualnej, czy grupowej. W zakresie objawów psychopatologicznych – CBT skutecznie zmniejsza nasilenie objawów ogólnych IA, depresji, lęku, agresywności, somatyzacji, lęku społecznego, fobii, psychotyzmu, ale nie zmniejsza współwystępujących symptomów zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych.	b.d.	CBT jest efektywną formą leczenia IA oraz współtowarzyszących objawów zaburzeń psychopatologicznych.

Tabela 3.10. Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością CBT w leczeniu schizofrenii oraz klinicznego ryzyka zaburzeń psychotycznych

Lp.	Autorzy	Rok	Temat	Rodzaj analizy	N	k	CBT vs lista oczekujących/placebo	Wyniki CBT vs lista oczekujących/ placebo	CBT vs inne terapie	Wyniki CBT vs inne terapie	NNT	Wnioski autorów
1	Laws i in.	2018	Metaanaliza skuteczności CBT w poprawie funkcjonowania i jakości życia oraz obniżeniu dystresu	Metaanaliza RCT	Funkcjonowanie: 1579 dystres: 465 jakość życia: 592	25 dla funkcjonowania 8 dla dystresu 9 dla jakości życia	CBT vs TAU lub inne interwencje	Funkcjonowanie: g Hedge'a = 0.25, ale nieistotne w *follow-up* g = 0.10 dystres: g = 0.18, po poprawce na heterogeniczność jakość życia: g = 0.04	b.d.	b.d.	b.d.	„Na podstawie dostępnych dowodów CBT dla psychoz prowadzi do małej poprawy w funkcjonowaniu, która jednak nie jest trwała. Korzyści w zakresie jakości życia i dystresu wydają się, w świetle obecnych badań, słabe" (Laws i in., 2018, s. 8)
2	Jones i in.	2018	Metaanaliza skuteczności CBT w redukcji nasilenia objawów	Metaanaliza RCT porównujących CBT z innymi interwencjami	3542	36	b.d.	b.d.	CBT vs aktywne i nieaktywne interwencje	Bez istotnych wyników dla powtórnych hospitalizacji, ogólnego stanu zdrowia psychicznego, śmierci, funkcjonowania społecznego i jakości życia – wszystkie wyniki były ocenione jako niskiej albo bardzo niskiej jakości	b.d.	„Dowody wynikające z randomizowanych badań z grupą kontrolną wskazują, że nie ma jasnej ani przekonującej korzyści z terapii poznawczo-behawioralnej w porównaniu z innymi – czasem mniej zaawansowanych i kosztochłonnych – oddziaływań psychospołecznych dla osób z diagnozą schizofrenii. Należy zauważyć, że mimo dostępności wielu badań w tym obszarze, jakość dowodów jest głównie niska lub bardzo niska. Badania o dobrej jakości są wymagane do tego, żeby wyciągnąć jakiekolwiek wiążące wnioski" (Jones i in., 2018, s. 2)
3	Bighelli i in.	2018	Metaanaliza skuteczności CBT w zakresie nasilenia objawów u pacjentów z SSD z pozytywnymi objawami	Metaanaliza RCT	1142	33	CBT vs TAU lub inne interwencje	44.5 i 13.2% pacjentów osiągnęło 20% (minimalna poprawa) i 50% (duża poprawa) redukcji ogólnego nasilenia objawów. Podobnie, 52.9 i 24.8% pacjentów osiągnęło odpowiednio 20%/50% redukcji nasilenia objawów wytwórczych	b.d.	b.d.	b.d.	„Terapia poznawczo-behawioralna wydaje się efektywna w zakresie redukcji objawów wytwórczych u pacjentów ze schizofrenią z umiarkowanym nasileniem objawów z małą–średnią wielkością efektu w zależności od warunku kontrolnego" (Bighelli i in., 2018, s. 316)

Lp.	Autorzy	Rok	Temat	Rodzaj analizy	N	k	CBT vs lista oczekujących/placebo	Wyniki CBT vs lista oczekujących/ placebo	CBT vs inne terapie	Wyniki CBT vs inne terapie	NNT	Wnioski autorów
4	Lutgens i in.	2017	Metaanaliza skuteczności interwencji psychologicznych w redukcji nasilenia objawów negatywnych	Metaanaliza RCT	b.d.	72 (26 dla CBT)	CBT vs TAU lub inne interwencje	Ogólny SMD −0.34, 95% CI −0.55 to −0.12 Porównanie z TAU: SMD −0.43, 95% CI −0.55 to −0.30	CBT vs inne aktywne interwencje	Porównanie z aktywnymi interwencjami: SDM −0.11, 95% CI −0.26 to 0.04	b.d.	„Konkretne psychologiczne i psychospołeczne oddziaływania [CBT i trening umiejętności – dopisek JK] mają zastosowanie w redukcji negatywnych objawów u osób z psychozami. Niemniej jednak należy stworzyć więcej efektywnych terapii objawów negatywnych"(Lutgens i in., 2017, s. 324)
5	Louise i in.	2018	Metaanaliza skuteczności interwencji 3 fali	Metaanaliza RCT	624	10	3 fala vs TAU lub inne interwencje	Redukcja objawów wytwórczych z małym, ale istotnym efektem (g = 0.29) dla terapii trzeciej fali w porównaniu z grupą kontrolną. Badania z mindfulness w formacie grupowym wykazały większe wielkości efektów (g = 0.46) niż indywidualna terapia akceptacji i zaangażowania (g = 0.08), choć zaobserwowano między nimi różnice metodologiczne.	b.d.	b.d.	b.d.	„Podsumowując, wyniki wskazują na to, że terapie trzeciej fali prowadzą do korzystnych efektów w zakresie objawów u osób z zaburzeniami psychotycznymi. Niemniej jednak dalsze badania są potrzebne, żeby określić skuteczność konkretnych metod leczenia" (Louise i in., 2018, s. 1)
6	Hodan-Caudevilla i in.	2020	Metaanaliza skuteczności interwencji opartych na uważności	Metaanaliza RCT	1094	10	mindfulness vs TAU lub inne interwencje	Nasilenie ogólnych objawów (g = 0.72), objawów wytwórczych (g = 0.32), objawów negatywnych (g = 0.40), poziomu funkcjonowania (g = 1.28) i wglądu w chorobę (g = 0.65).	b.d.	b.d.	b.d.	„Wyniki tego przeglądu sugerują, że interwencje oparte na mindfulness są skuteczne w leczeniu osób z zaburzeniami ze spektrum schizofrenii, gdy są stosowane jako dodatek do dotychczasowego leczenia. Czyli mogłyby w bliskiej przyszłości stać się jednymi z psychospołecznych oddziaływań z wyboru dla osób z psychozami, razem z tymi dotychczas rekomendowanymi w wytycznych" (Hodan-Caudevilla i in., 2020, s. 15)
7	Liu i in.	2018	Metaanaliza skuteczności treningu metapoznawczego	Metaanaliza RCT	b.d.	11	MCT vs TAU lub inne interwencje	MCT ma umiarkowane efekty zaraz po interwencji w zakresie redukcji objawów wytwórczych (g = −0.38) i utrzymujące się do 6 miesięcy po terapii (g = −0.35)	b.d.	b.d.	b.d.	„MCT może być używany jako cenna niefarmakologiczna interwencja używana do redukcji nasilenia urojeń w warunkach klinicznych" (Liu i in., 2018, s. 1)

Lp.	Autorzy	Rok	Temat	Rodzaj analizy	N	k	CBT vs lista oczekujących/placebo	Wyniki CBT vs lista oczekujących/ placebo	CBT vs inne terapie	Wyniki CBT vs inne terapie	NNT	Wnioski autorów
8	Devoe i in.	2019a	Metaanaliza skuteczności CBT i innych oddziaływań w redukcji subklinicznych objawów psychotycznych	Metaanaliza RCT i innych badań	507	5	CBT vs TAU lub inne interwencje	W analizach parami, CBT nie była powiązana z istotną redukcją subklinicznych objawów psychotycznych (APS) w porównaniu z warunkami kontrolnymi podczas *follow-up* po 6 i 12 miesiącach (SMD, −0.08; 95% CI, −0.25-0.10; SMD, −0.15; 95% CI, −0.33-0.02). CBT również nie była skuteczniejsza w redukcji nasilenia objawów w *follow-up* po 24 miesiącach (SMD, −0.19; 95% CI, −0.45 to 0.06; I2 = 0%; P =.14, 3 badania, N = 233)	b.d.	b.d.	b.d.	„Konkludując, CBT było bardziej efektywne w redukcji subklinicznych objawów psychotycznych w długoterminowym *follow-up* w porównaniu z interwencjami kontrolnymi w porównaniach parami" (Devoe i in., 2019a, s. 12)
9	Devoe i in.	2019b	Metaanaliza skuteczności CBT i innych oddziaływań w poprawie funkcjonowania społecznego	Metaanaliza RCT i innych badań	321	4	CBT vs TAU lub inne interwencje	CBT nie były powiązane z istotną poprawą w zakresie funkcjonowania społecznego w porównaniu z warunkami kontrolnymi w *follow-up* po 6 miesiącach (SMD, 0.06; 95% CI = −0.35, 0.46), 12 miesiącach (SMD, −0.15; 95% CI = −0.38, 0.08) i 18 miesiącach (SMD, 0.20; 95% CI = −0.10, 0.50)	b.d.	b.d.	b.d.	„Ten przegląd systematyczny i metaanaliza wykazały, że żadna z interwencji istotnie nie poprawiała funkcjonowania społecznego u młodzieży z klinicznym ryzykiem psychozy" (Devoe i in., 2019b, s. 10)
10	Devoe i in.	2020	Metaanaliza skuteczności CBT i innych oddziaływań w powstrzymywaniu tranzycji do psychozy	Metaanaliza RCT i innych badań	729	6	CBT vs TAU lub inne interwencje	CBT była powiązana z istotną redukcją ryzyka przejścia do pełnoobjawowej psychozy w porównaniu z warunkami kontrolnymi w *follow-up* po 12 i 18 miesiącach (RR = 0.57; 95% CI, 0.35-0.93 vs RR = 0.54; 95% CI, 0.32−0.92; I2 = 0%; P = 0.02).	b.d.	b.d.	b.d.	„Podsumowując, ten systematyczny przegląd i metaanaliza wykazały zmniejszone ryzyko przejścia od stanu ryzyka do pełnoobjawowej psychozy na skutek CBT w 12. i 18. miesiącu *follow-up* " (Devoe i in., 2020, s. 11)

Tabela 3.11.1. Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością CBT w leczeniu zaburzeń osobowości

Lp.	Autorzy	Rok	Temat	Rodzaj analizy	N	k	CBT vs lista oczekujących/ placebo	Wyniki CBT vs lista oczekujących/placebo	CBT vs inne terapie	Wyniki CBT vs inne terapie	NNT	Wnioski autorów
1	Cristea i in.	2017	Analiza efektywności różnych form psychoterapii w leczeniu BPD	Metaanaliza randomizowanych badań z grupami kontrolnymi	2256	33	5 badań CBT z grupami kontrolnymi	Wyniki nie wykazały istotnych efektów CBT względem warunków kontrolnych.	DBT – 12 badań; t. psychodynamiczna – 8 badań, CBT – 5 badań	CBT: g = 0.24; 95% CI, −0.01 – 0.49; DBT: g = 0.34; 95% CI, 0.15 – 0.53; psychodynamiczna: g = 0.41; 95% CI, 0.12 – 0.69	ND	CBT obejmowało tylko 5 badań, co mogło wpłynąć na niską wielkość efektu; uzyskane dane wskazują na większe efekty terapii psychodynamicznej i DBT
2	Chakhssi i in.	2021	Wpływ psychoterapii w granicznym zaburzeniu osobowości na jakość życia	Metaanaliza randomizowanych badań z grupami kontrolnymi	1370	14	Psychoterapia vs warunki kontrolne (bez terapii); analiza objęła różne terapie, w tym: CBT, terapia dialektyczno-behawioralna, terapia schematu	Poprawa wyników dla jakości życia (d Cohena = 0.32; 95% CI, 0.17 – 0.48]), oraz zmniejszenia objawów BPD (d = 0.44; 95% CI, 0.16–0.71)	ND	ND	ND	Chakhssi i in. (2021) wykazali, że CBT i inne podejścia terapeutyczne zwiększają jakość życia pacjentów borderline, wskazując na istotną wielkość efektu w porównaniu z warunkami kontrolnymi. Pomimo dowodów na skuteczność CBT w leczeniu zaburzeń osobowości, wciąż brakuje danych określających długoterminowe efekty psychoterapii oraz możliwości pełnego wyzdrowienia.
3	Zahediabghari i in.	2020	Analiza skuteczności różnych form psychoterapii (w tym CBT) w kontekście psychospołecznego funkcjonowania w BPD	Metaanaliza randomizowanych badań z grupami kontrolnymi	880	10	CBT i inne formy terapii ukierunkowane na specyfikę problemów osób z BPD (*specifically-designed psychotherapies*) vs terapie standardowe	g = 0.41; 95% CI, 0.09–0.73	ND	ND	ND	Duża skuteczność terapii dostosowanej do potrzeb osób z BPD w psychospołecznym funkcjonowaniu w porównaniu z terapiami niedostosowanymi
4	Leichsenring i in.	2003	Analiza skuteczności CBT w leczeniu zaburzeń osobowości	Metaanaliza randomizowanych badań (częściowo z grupami kontrolnymi)	933	25	11 badań dotyczących CBT i 14 dotyczących terapii psychodynamicznej – w niektórych grupy kontrolne, w niektórych badaniach obserwacja zmian	Wielkość efektu dla CBT: wynik ogólny – 1.00, pomiary samoopisowe – 1.20, pomiary obserwacyjne – 0.87 (wielkość efektu dla terapii psychodynamicznej: wynik ogólny – 1.46, pomiary samoopisowe – 1.08, pomiary obserwacyjne –1.79)	Porównanie skuteczności CBT i terapii psychodynamicznej	Lepsze wskaźniki wielkości efektu – ogólne i obserwacyjne dla terapii psychodynamicznej; dla pomiarów samoopisowych – lepsze dla CBT; terapia psychodynamiczna wskazywała na lepsze długoterminowe wyniki	ND	Wyniki wskazują na większą ogólną skuteczność terapii psychodynamicznej w leczeniu zaburzeń osobowości, dla CBT wielkość efektu była wyższa w miarach samoopisowych

Tabela 3.11.2. Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością CBT w leczeniu prokrastynacji

Lp.	Autorzy	Rok	Temat	Rodzaj analizy	N	k	CBT vs lista oczekujących/ placebo	Wyniki CBT vs lista oczekujących/placebo	CBT vs inne terapie	Wyniki CBT vs inne terapie	NNT	Wnioski autorów
1	van Eerde i Klingsieck	2018	Metaanaliza badań skuteczności interwencji redukujących prokrastynację w grupach nieklinicznych	Metaanaliza badań skuteczności (nie tylko RCT)	b.d.	11	Badania CBT, ale niekoniecznie z grupą kontrolną	SMD = −0.95 [−1.19; −0.72]	b.d.	b.d.	b.d.	Średnia wielkość efektu wskazuje, że możliwa jest istotna redukcja nasilenia prokrastynacji i że terapie poznawczo-behawioralne pomagają uzyskać większe efekty.
2	Rozental i in.	2018	Metaanaliza badań skuteczności interwencji redukujących prokrastynację	Metaanaliza RCT	236	3	Badania CBT vs brak interwencji albo lista oczekujących	g = 0.55, 95% CI [0.32, 0.77]	b.d.	b.d.	b.d.	[....]. Analiza podgrup z udziałem trzech z czterech badań CBT, była z kolei nieheterogeniczna i wskazała na średni ogólny efekt terapii. Biorąc pod uwagę duże ryzyko błędu i niewystarczającą jakość w wielu badaniach, zaleca się przeprowadzenie kolejnych randomizowanych badań z grupą kontrolną [....]. (Rozen)

Spis tabel

Tabela 3.1.1. Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością CBT w leczeniu zaburzenia lękowego uogólnionego . . . 35
Tabela 3.1.2. Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością CBT w leczeniu zaburzenia panicznego . . . 36
Tabela 3.1.3. Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością CBT w leczeniu fobii społecznej . . . 39
Tabela 3.2. Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością CBT w leczeniu zaburzenia stresowego pourazowego . . . 41
Tabela 3.3.1. Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością CBT w leczeniu zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego . . . 43
Tabela 3.3.2. Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością CBT w leczeniu dysmorfofobii (nieurojeniowej) . . . 44
Tabela 3.4. Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością CBT w leczeniu zaburzeń depresyjnych . . . 45
Tabela 3.5. Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością CBT w leczeniu zaburzenia afektywnego dwubiegunowego . . . 47
Tabela 3.6.1. Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością CBT w leczeniu lęku o zdrowie . . . 48
Tabela 3.6.2. Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością CBT w leczeniu chronicznego bólu przewlekłego . . . 49
Tabela 3.7. Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością CBT w leczeniu zaburzeń odżywiania się . . . 50
Tabela 3.8. Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością CBT w leczeniu zaburzeń snu . . . 52
Tabela 3.9. Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością CBT w leczeniu zaburzeń związanych z substancjami i uzależnień . . . 53
Tabela 3.10. Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością CBT w leczeniu schizofrenii oraz klinicznego ryzyka zaburzeń psychotycznych . . . 55
Tabela 3.11.1. Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością CBT w leczeniu zaburzeń osobowości . . . 58
Tabela 3.11.2. Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością CBT w leczeniu prokrastynacji . . . 59