Кокрейнівська база даних Syst Rev. 2020; 2020(11): CD013162.

Опубліковано в Інтернеті 16 листопада 2020 р. doi: 10.1002/14651858.CD013162.pub2

PMCID: PMC8092480

PMID: 33196111

Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів у дітей та підлітків

Редактор моніторингу: Cochrane Common Mental Disorders Group, Anthony C James, Tessa Reardon, Angela Soler, Georgina James, and Cathy Creswell

Ця стаття є оновленням «Когнітивно-поведінкової терапії тривожних розладів у дітей та підлітків» у випуску 2018 року, CD013162.

Перейти:

Анотація

Загальна інформація

Попередні Кокрейнівські огляди показали, що когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є ефективною при лікуванні дитячих тривожних розладів. Однак залишаються питання щодо наступного: сучасні докази відносної ефективності та прийнятності КПТ порівняно зі списками очікування/відсутністю лікування, звичайним лікуванням, контролем уваги та альтернативними методами лікування; переваги для цілого ряду результатів; довгострокові ефекти; результати для різних форматів пологів; а також серед дітей з розладами аутистичного спектру (РАС) та дітей з інтелектуальними порушеннями.

Цілі

Вивчити вплив КПТ на дитячі тривожні розлади в порівнянні з очікуванням/відсутністю лікування, стандартним лікуванням (TAU), контролем уваги, альтернативним лікуванням та медикаментозним лікуванням.

Методи пошуку

Ми провели пошук у Кокранівському реєстрі контрольованих досліджень поширених психічних розладів (всі роки до 2016 року), Кокранівському центральному реєстрі контрольованих досліджень

(CENTRAL), Medline, Embase та PsycINFO (кожен до жовтня 2019 року), міжнародних реєстрах досліджень та провели пошук у “сірій” літературі.

Критерії відбору

Ми включили рандомізовані контрольовані дослідження КПТ, які включали прямий контакт з дитиною, батьками або обома, і включали препарати порівняння без КПТ (список очікування/відсутність лікування, звичайне лікування, контроль уваги, альтернативне лікування, медикаментозне лікування). Учасники були молодше 19 років і відповідали діагностичним критеріям діагностики тривожного розладу. Первинними результатами були ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування та прийнятність (кількість учасників, втрачених для оцінки після лікування), а вторинні результати включали ремісію всіх діагнозів тривоги, зменшення симптомів тривоги, зменшення депресивних симптомів, поліпшення глобального функціонування, побічні ефекти та довгострокові ефекти.

Збір та аналіз даних

Ми використовували стандартні методологічні процедури відповідно до рекомендацій Кокрейна. Ми використовували GRADE для оцінки якості доказів.

Основні результати

Ми включили 87 досліджень та 5964 учасників у кількісний аналіз.

Порівняно з очікуванням/відсутністю лікування, КПТ, ймовірно, збільшує після лікування ремісію первинних діагнозів тривоги (КПТ: 49,4%, очікування/відсутність лікування: 17,8%; СШ 5,45, 95% довірчий інтервал (ДІ) від 3,90 до 7,60; n = 2697, 39 досліджень, помірної якості); NNTB 3 (95% ДІ від 2,25 до 3,57) та всіх діагнозів тривоги (СШ 4,43, 95% ДІ від 2,89 до 6,78; n = 2075, 28 досліджень, помірної якості).

Низькоякісні докази не показали різниці між КПТ та стандартне лікування (TAU) у ремісії первинного тривожного розладу після лікування (СШ 3,19, 95% ДІ від 0,90 до 11,29; n = 487, 8 досліджень), але припустили, що КПТ може збільшити ремісію від усіх тривожних розладів порівняно з TAU (СШ 2,74, 95% ДІ від 1,16 до 6,46; n = 203, 5 досліджень).

Порівняно з контролем уваги, КПТ може збільшити після лікування ремісію первинних тривожних розладів (СШ 2,28, 95% ДІ від 1,33 до 3,89; n = 822, 10 досліджень, низької якості) та всіх тривожних розладів (СШ 2,75, 95% ДІ від 1,22 до 6,17; n = 378, 5 досліджень, низької якості).

Було недостатньо доступних даних для порівняння КПТ з альтернативними методами лікування ремісії первинних тривожних розладів після лікування, а докази низької якості показали, що між цими групами може бути мало або взагалі не бути різниці щодо ремісії всіх тривожних розладів після лікування (СШ 0,89, 95% ДІ від 0,35 до 2,23; n = 401, 4 дослідження)

Низькоякісні докази не показали різниці у прийнятності між КПТ та очікуванням/відсутністю лікування (СШ 1,09, 95% ДІ від 0,85 до 1,41; n=3158, 45 досліджень), звичайним лікуванням (СШ 1,37, 95% ДІ від 0,73 до 2,56; n = 441, 8 досліджень), контролем уваги (СШ 1,00, 95% ДІ від 0,68 до 1,49; n = 797, 12 досліджень) та альтернативним лікуванням (СШ 1,58, 95% ДІ від 0,61 до 4,13; n=515, 7 досліджень).

Про жодні побічні ефекти не повідомлялося у всіх дослідженнях; однак у невеликій кількості досліджень, де було зроблено будь-яке посилання на побічні ефекти, не було зрозуміло, що вони систематично контролювалися.

Результати результатів симптомів тривоги, більш широких результатів, довгострокових результатів та аналізу підгруп наведені в тексті.

Ми не знайшли доказів послідовних відмінностей у результатах відповідно до форматів пологів (наприклад, індивідуальні та групові; кількість часу контакту з терапевтом) або серед зразків з аутизмом та без нього, і жодне дослідження не включало зразки дітей з інтелектуальними порушеннями.

Висновки авторів

КПТ, ймовірно, більш ефективна в короткостроковій перспективі, ніж списки очікування/відсутність лікування, і може бути більш ефективною, ніж контроль уваги. Ми майже не знайшли доказів того, що КПТ перевершує звичайний догляд або альтернативні методи лікування, але наша впевненість у цих висновках обмежена через занепокоєння щодо кількості та якості наявних доказів, і ми все ще мало знаємо про те, як найкраще покращити результати.

Перейти:

Резюме простими словами

Когнітивно-поведінкова терапія тривоги у дітей та молоді

Чому цей огляд важливий?

Багато дітей та молоді відчувають проблеми з тривогою. Діти та молоді люди з тривожними розладами частіше, ніж їхні однолітки, мають труднощі з дружбою, сімейним життям та школою, а також пізніше мають проблеми з психічним здоров'ям. Такі методи лікування, як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), можуть допомогти дітям та молоді подолати труднощі з тривогою, використовуючи нові способи мислення та стикаючись зі своїми страхами.

Хто буде зацікавлений у цьому огляді?

Батьки, діти та молодь; люди, які працюють у сфері освіти та психічного здоров'я для дітей та молоді; лікарі загальної практики.

На які питання має відповісти цей огляд?

Цей огляд оновлює та замінює попередні Кокранівські огляди 2005 та 2015 років, які показали, що КПТ є ефективним методом лікування дітей та молоді з тривожними розладами.

Цей огляд мав на меті відповісти на наступні питання:

- Чи є КПТ ефективнішою, ніж лист очікування чи відсутність лікування?
- Чи є КПТ ефективнішою за інші методи лікування та медикаментозні засоби?
- Чи допомагає КПТ зменшити тривожність у дітей та молоді в довгостроковій перспективі?
- Чи є деякі види КПТ більш ефективними, ніж інші (наприклад, індивідуальна та групова терапія)?
- Чи ефективна КПТ для конкретних груп (наприклад, для дітей з аутизмом)?

Які дослідження були включені в огляд?

Ми провели пошук у базах даних, щоб знайти всі дослідження КПТ щодо тривожних розладів у дітей та молоді, опубліковані до жовтня 2019 року. Для того, щоб бути включеними в огляд, дослідження повинні були бути рандомізованими контрольованими дослідженнями (тип дослідження, в якому учасники розподіляються на одну з двох або більше груп лікування за допомогою випадкового методу) і повинні були включати молодих людей віком до 19 років з діагнозом тривожного розладу. Ми включили 87 досліджень із загальною кількістю учасників 5964.

Про що свідчать докази з огляду?

Ми оцінили загальну якість доказів як “помірну” або “низьку”. Існують докази того, що КПТ є більш ефективною, ніж лист очікування або відсутність лікування, у зменшенні тривожності у дітей та молодих людей, хоча результати досліджень відрізняються. Немає чітких доказів того, що КПТ є більш ефективною, ніж інші методи лікування. Невелика кількість досліджень розглядала результати через шість місяців після застосування КПТ і показала, що зниження тривожності продовжувалося. Ми не знайшли чітких доказів того, що один спосіб надання КПТ є більш ефективним, ніж інший (наприклад, у групі, при тривалому лікуванні, з батьками), або що КПТ є більш-менш ефективною для будь-якої

конкретної групи дітей (наприклад, дітей з розладами аутистичного спектру).

Що має статися далі?

Майбутні дослідження повинні порівнювати КПТ з альтернативними методами лікування та медикаментами; визначити, хто отримує та не отримує користь від КПТ, і що потрібно тим, хто не отримує користі; встановити, як зробити КПТ більш доступною; і приділити набагато більше уваги занедбаним групам населення, включаючи дітей та молодь з країн з низьким та середнім рівнем доходу.

Перейти:

Короткий виклад отриманих результатів

Перейти:

Загальна інформація

Опис стану

Тривожні розлади є одними з найпоширеніших психічних розладів, що зустрічаються у 6,5% всіх дітей та підлітків (Polanczyk 2015). Одна з діагностичних проблем у дітей та підлітків полягає в тому, щоб відрізнити нормальні, відповідні розвитку турботи, страхи та сором'язливість від тривожних розладів. Наприклад, діти молодшого шкільного віку зазвичай турбуються про поранення та природні явища, тоді як діти старшого віку та підлітки зазвичай турбуються та побоюються, пов'язані з успішністю в школі, соціальною компетентністю та проблемами зі здоров'ям (Beesdo 2009). Відмінні риси патологічної тривоги включають тяжкість, стійкість та пов'язані з ними порушення.

У Міжнародній класифікації хвороб (МКХ) ВООЗ 1992 року та *Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів* (DSM-5), APA 2013, діагностичні системи розрізняють різні типи тривожних розладів, включаючи генералізований тривожний розлад, панічний розлад, соціальний тривожний розлад, тривожний розлад розлуки, агорафобію, специфічні фобії та селективний мутизм. Ці тривожні розлади часто пов'язані зі значним порушенням особистого, соціального та академічного функціонування (Pine 2009). Супутні захворювання є поширеними, зокрема з іншими тривожними розладами у дітей та підлітків (Leyfer 2013) та депресією у підлітків (Essau 2003).

Представлення тривожних розладів змінюється з віком. Тривожні розлади розлуки частіше зустрічаються у дітей молодшого віку, ніж у підлітків, а труднощі з соціальною тривожністю, як правило, пов'язані з більшим порушенням у підлітковому віці (Waite 2014). Тривожні розлади з

початком у дитинстві часто зберігаються в підлітковому та ранньому дорослому віці (Copeland 2014), а також пов'язані з несприятливим академічним, медичним та соціальним функціонуванням у дорослому віці (Copeland 2014; Essau 2014). Проте вони часто залишаються без лікування, із середньою затримкою від 9 до 23 років до першого лікування тривожних розладів (Wang 2005). Зрозуміло, що тривожні розлади в цій віковій групі становлять серйозні постійні проблеми зі здоров'ям, тому необхідні ефективні та доступні методи лікування.

Опис інтервенції

Сучасні методи лікування тривожних розладів у цій віковій групі включають поведінкову терапію, когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) або медикаментозне лікування, або комбінацію деяких або всіх цих методів. Для лікування соціального тривожного розладу доступні рекомендації Національного інституту охорони здоров'я та догляду (NICE), які рекомендують КПТ, яка спеціально орієнтована на соціальну тривогу (NICE 2013). Враховуючи поширеність цих розладів, вік початку та громадські погляди на прийнятність фармакологічних методів лікування, психологічні методи лікування часто вважаються кращими як терапія першої лінії (Brown 2007; Young 2006). КПТ – це спільне психологічне лікування, яке може проводитися в різних форматах, індивідуально або в групах, і з різним рівнем залучення батьків або сім'ї.

Однією з перших мануалізованих програм КПТ була Coping Cat (Kendall 1994), яка складається з психоосвіти, модифікації негативних пізнань, впливу, навчання соціальній компетентності, копінг-поведінки та сеансів самопідкріплення. За цим послідували інші, включаючи програму Cool Kids (Hudson 2009; Rapee 2006), програму Coping Koala (Barrett 1996), Skills for Academic and Social Success (SASS) (Masia‐Warner 2005), ACTION (Waters 2009), Intervention With Adolescents With Social Phobia (IAFS) (Sanchez‐Garcia 2009), TAPS (Warner 2011) та програму Building Confidence (Galla 2012). Альтернативні програми передбачають надання безпосередньої підтримки батькам самостійно, направляючи їх до впровадження стратегій КПТ зі своєю дитиною (керована КПТ, що проводиться батьками (GPD-CBT) (Lyneham 2006; Thirlwall 2013; Waters 2009). Програми КПТ, як правило, застосовують загальний підхід і орієнтовані на цілий ряд тривожних розладів (наприклад, Coping Cat), але деякі з них є специфічними для розладу, орієнтованими, наприклад, на соціальний тривожний розлад (наприклад, SASS). Програми КПТ були змінені різними способами, щоб зробити їх придатними для дітей з розладами аутистичного спектру (РАС), наприклад, шляхом включення

соціальних історій, соціального коучингу, наочних посібників та структурованих робочих таблиць (Ung 2015). Такі програми включають мультимодальну програму втручання щодо тривоги та соціальних навичок (MASSI) (White 2013), TAFF (Schneider 2011), поведінкові втручання щодо тривоги у дітей з аутизмом (BIACA) (Wood 2009) та Facing Your Fears (FYF) (Reaven 2012).

Як може працювати інтервенція

КПТ при тривожних розладах у дітей та підлітків зазвичай включає в себе допомогу дитині розпізнати тривожні почуття та тілесні або соматичні реакції на тривогу, виявити думки або пізнання в ситуаціях, що провокують тривогу (наприклад, нереалістичні або негативні атрибуції та очікування), і змінити ці тривожні пізнання (наприклад, перевірити передбачення, засновані на тривожних думках, змінити тривожну розмову на самостійну розмову). Ключовою процедурою КПТ є експозиція (Creswell 2020b), яка зазвичай включає тестування та "зіткнення" зі страхами, часто в поступово зростаючій ієрархії. Стратегії поведінкового навчання, такі як моделювання та рольові ігри, часто застосовуються як можливості для розвитку навичок подолання труднощів (наприклад, навички вирішення проблем, соціальні навички, навчання релаксації).

КПТ для лікування тривожних розладів у дітей та підлітків традиційно починається з шести-дев'яти сеансів "віч-на-віч", стратегій управління тривожністю (ідентифікація емоцій, навчання релаксації, когнітивні стратегії), за якими слідує експозиційна робота (Barrett 1996; Kendall 2006). В одному мета-аналізі (Reynolds 2012) цей традиційний формат сеансів управління тривожністю з подальшим впливом спостерігався в 93% досліджень. Однак ALE 2015 виявив, що результати лікування у випробуваннях КПТ для лікування дитячих та підліткових тривожних розладів не були пов'язані з використанням стратегій релаксації або термінів роботи з експозицією, і тому припустив, що навчання релаксації може не бути важливим інгредієнтом КПТ, і що може не бути необхідності відкладати експозицію до закінчення сесій з управління тривожністю. Крім того, є також деякі попередні докази того, що введення експозиції на ранніх стадіях лікування без будь-яких попередніх сеансів лікування тривоги може покращити результати, одночасно вимагаючи меншої кількості сесій (Whiteside 2015).

Дійсно, залишаються питання щодо механізму змін в рамках КПТ. Було встановлено, що когнітивні завдання з реструктуризації та впливу роблять істотний внесок у поліпшення тривожності дітей та підлітків відповідно до теорії КПТ (Peris 2015). Більше часу, присвяченого впливу, було пов'язано з кращими результатами, і було показано, що більший час,

витрачений на більш складні завдання впливу, передбачає кращі результати (Peris 2017). Було виявлено, що зміна ефективності подолання, але не тривожні розмови про себе, опосередковують зміну симптомів тривоги, пов'язаних з КПТ, прийомом ліків (сертралін) та їх комбінацією, порівняно з контролем плацебо (Kendall 2016). Крім того, оцінки терапевтів щодо прихильності та майстерності дітей також прогнозують кращі результати (Peris 2017). Когнітивний розвиток також відіграє важливу роль, і хоча орієнтація на поведінкове уникнення, як видається, має вирішальне значення як для дітей, так і для підлітків, лікування, яке безпосередньо стосується упереджень у перекладі, може бути особливо корисним для підлітків, але менш корисним для дітей молодшого віку (Waite 2015).

КПТ була адаптована для залучення сім'ї та батьків до сеансів лікування; однак батьки/члени сім'ї були залучені широким спектром способів, включаючи, наприклад, надання освіти та інформації про КПТ, орієнтовану на дитину, та/або зміну переконань та поведінки батьків, та/або вирішення проблеми батьківської тривожності. Ці різні підходи ґрунтуються на різних концептуалізаціях механізмів зміни дитячої тривожності через залучення батьків. Однак важливо зазначити, що зміни у реакціях батьків та дітей, ймовірно, будуть двонаправленими. Наприклад, одне дослідження показало, що лікування тривоги, орієнтоване на дітей, призвело до поліпшення нецільових батьківських симптомів та функціонування сім'ї, особливо коли діти успішно реагували на лікування (Keeton 2013).

Загальноприйнято вважати, що КПТ можна застосовувати лише після досягнення дитиною певного рівня когнітивного розвитку. Kendall 1993 стверджував, що здатність вимірювати думку або переконання проти поняття раціонального стандарту та здатність розуміти, що думка або переконання можуть змусити людину вести себе і відчувати себе певним чином, були центральними для її правильного використання. Виникає питання: у якому віці дитина має когнітивні здібності для здійснення цих когнітивних операцій? В одному дослідженні повідомлялося про позитивні ефекти КПТ у дітей віком до шести років (Hirshfeld-Becker 2010); однак неясно, чи можуть діти цього віку використовувати когнітивні стратегії, включені до традиційних протоколів КПТ. Відповідно до цього, дослідження показують, що маленькі діти можуть бути більш чутливими до поведінки, ніж до когнітивних елементів цього підходу (Essau 2004). Для дітей молодшого віку особливо важливим видається залучення батьків. Дійсно, лікування тривожних розладів у маленьких дітей може бути ефективним шляхом застосування принципів КПТ шляхом безпосередньої роботи лише з батьками (Cartwright-Hatton 2011), хоча

існують непослідовні висновки щодо того, чи перевершує формат пологів дитина-батько лише батькам чи ні (Monga 2015; Waters 2009).

Чому важливо зробити цей огляд

Тривожні розлади у дітей та підлітків є значним джерелом захворюваності та пов'язані з пізнішою психопатологією дорослих та більшими втратами, ніж будь-який інший розлад психічного здоров'я (Fineberg 2013). Однак, незважаючи на високу поширеність та значну захворюваність, тривожні розлади в дитячому та підлітковому віці важко діагностувати, вони можуть бути недооціненими (NICE 2013) і, отже, недостатньо лікуватися (Pine 2009). Широко поширені повідомлення про те, що лише меншість дітей та підлітків з проблемами психічного здоров'я отримують лікування (Green 2004; Merikangas 2011); нещодавнє опитування у Великобританії показало, що менше 40% дітей з тривожними розладами отримують будь-яку професійну підтримку, а менше 3% отримують КПТ (Reardon 2020). Обмежене надання послуг є ключовим бар'єром для доступу до лікування (Reardon 2017), що підкреслює важливість максимізації ефективності надання лікування, щоб забезпечити більш доступне ефективне лікування дітям та молоді, коли вони цього потребують.

Доказова база для лікування тривожних розладів у дітей та підлітків зростає. Початкові дослідження КПТ були позитивними (Barrett 1996; Kendall 1994; Kendall 1997), після чого були проведені подальші рандомізовані контрольовані дослідження та огляди. Кілька оглядів свідчать про те, що КПТ для тривожних розладів у цій віковій групі є ефективною (Ale 2015; Crowe 2017; James 2015; Reynolds 2012; Silverman 2008), включаючи огляд систематичних оглядів та мережевий мета-аналіз (Bennett 2016; Zhou 2019). Загалом спостерігався помірний рівень відповіді (наприклад, 59%; James 2015), і нещодавній огляд показав, що переваги поширюються на більш широкі результати, включаючи симптоми депресії та загальне функціонування (Kreuze 2018). Однак не було доведено, що КПТ перевершує активний контроль або лікування, як зазвичай (James 2015; Southam-Gerow 2010). У деяких попередніх дослідженнях розміри ефекту, пов'язані з КПТ для дитячих тривожних розладів, не відрізняли її від плацебо уваги, хоча було встановлено, що КПТ є більш ефективною, ніж контроль списку очікування (Ale 2015). Залишається незрозумілим, чи КПТ перевершує альтернативні підходи до лікування.

Цей огляд оновлює та замінює попередні Кокранівські огляди КПТ щодо тривожних розладів у дітей та підлітків (James 2005; James 2015). Поточний огляд має на меті надати комплексні та актуальні докази ефективності та прийнятності КПТ при лікуванні тривожних розладів у

дітей та підлітків з різною кількістю часу контакту з терапевтом та різними форматами пологів, включаючи індивідуальні, групові, з/без залучення сім'ї/батьків та під керівництвом батьків. Крім того, ми планували вивчити ефективність КПТ відносно звичайного лікування, контролю уваги та альтернативних методів лікування. Необхідно також розглянути питання про порівняльну ефективність медикаментозної терапії порівняно з КПТ та комбінацією КПТ та медикаментозної терапії.

Останнім розвитком є питання звітування про ремісію всіх діагнозів тривоги, а також первинного діагнозу тривоги (Warwick 2016). Враховуючи високий рівень коморбідних тривожних розладів, це важливе питання, але, як не дивно, раніше було пропущено. Дійсно, зосередження уваги виключно на відновленні після первинного діагнозу тривоги означає, що діти з коморбідними тривожними розладами, які присутні після лікування, часто все ще класифікуються як "одужали". Таким чином, цей огляд розрізняє та досліджує результати на основі як відсутності «первинного тривожного розладу», так і відсутності всіх тривожних розладів. Окрім надання доказів щодо результатів тривоги (діагнози та симптоми), ми також планували вивчити переваги щодо більш широких результатів, включаючи симптоми депресії та глобальне функціонування.

Ми також прагнули оцінити, чи зберігаються ефекти лікування КПТ після лікування та при довгостроковому подальшому спостереженні. Хоча було б неможливо визначити наймолодший вік, у якому дитина може отримати користь від КПТ без індивідуальних даних пацієнтів, ми б визначили вік наймолодших учасників досліджень КПТ щодо дитячих та підліткових тривожних розладів. Визнано, що діти та підлітки з розладами аутистичного спектру мають високі показники тривожних розладів (van Steensel 2013); однак дослідження КПТ для тривожних розладів при розладах аутистичного спектру мали неоднозначні результати (Murphy 2017; Ung 2015). Крім того, незрозуміло, як розпізнаються або дійсно лікуються тривожні розлади у пацієнтів з інтелектуальними порушеннями, що вказує на нагальну необхідність роботи в цій галузі. Ми планували дослідити ефективність КПТ у дітей та підлітків з розладами аутистичного спектру та з інтелектуальними порушеннями.

Попередні Кокрейнівські огляди використовували зріз з дев'яти сесій КПТ, виходячи з практики та мислення на той час (James 2005; James 2015). Однак з моменту останнього Кокранівського огляду (James 2015) відбулося кілька подій у проведенні КПТ для лікування тривожних розладів. До них відносяться більш обмежені у часі або коротші втручання, з точки зору не тільки кількості сеансів, але й загальної тривалості лікування. Таким чином, ми б не встановлювали порогове значення для мінімальної кількості сеансів, а досліджували б, як ефекти

лікування відрізняються в залежності від тривалості лікування. Важливо зазначити, що одним з потенційно ефективних засобів для проведення КПТ є онлайн або через цифрові пристрої (наприклад, комп'ютеризована КПТ). Але оскільки онлайн та цифрові інтервенції КПТ для дитячих тривожних розладів були переглянуті в інших місцях (наприклад, Pennant 2015), цей огляд був зосереджений на моделях втручання віч-на віч, які включають прямий контакт або з дитиною, або з батьками, або з дитиною та батьками разом.

Перейти:

Цілі:

- Провести мета-аналіз виявлених досліджень, щоб визначити, чи призводить КПТ до ремісії 1) первинного дитячого/підліткового тривожного розладу та 2) всіх діагнозів тривоги та/або 3) клінічно значущого зменшення симптомів тривоги порівняно з листом очікування/відсутністю лікування, звичайним лікуванням, контролем уваги, альтернативним лікуванням або медикаментозним лікуванням.
- Визначити порівняльну ефективність однієї КПТ та комбінації КПТ та лікарських засобів порівняно з плацебо.
- Визначити, чи є КПТ прийнятним лікуванням, порівняно з листом очікування/відсутністю лікування, звичайним лікуванням, контролем уваги, альтернативним лікуванням та медикаментозним лікуванням.
- Визначити, чи призводить КПТ від тривоги до клінічно значущого зменшення депресивних симптомів та/або поліпшення глобального функціонування.
- Визначити будь-які побічні ефекти, пов'язані з КПТ, відносно списку очікування/відсутності лікування, звичайного лікування, контролю уваги, альтернативного лікування та медикаментозного лікування.
- Визначити, чи зберігаються результати КПТ після лікування при тривалому подальшому спостереженні.
- Описати віковий діапазон учасників, включених до випробувань КПТ, з метою визначення віку наймолодших учасників.
- Провести аналіз підгруп різних типів КПТ відповідно до 1) кількості часу контакту з терапевтом; та 2) формату пологів (індивідуальний та груповий; зосереджений на дитині, дитині та батьках/сім'ї і лише на батьках).
- Провести підгруповий аналіз КПТ у дітей та підлітків з РАС та у дітей та підлітків з порушеннями інтелекту.

Перейти:

Методи

Критерії розгляду досліджень для цього огляду

Типи досліджень

Ми включали рандомізовані контрольовані дослідження (РКД), перехресні дослідження та кластерні рандомізовані дослідження.

Типи учасників

Характеристики учасників. Діти та підлітки віком до 19 років.

Діагноз. Ми включали учасників, які відповідали діагностичним критеріям DSM (DSM III, III-R, IV, IV-TR, 5), APA 1980; APA 1987; APA 1994; APA 2000; APA 2013 або МКБ-9 та МКБ-10, ВООЗ 1978; ВООЗ 1992, щодо тривожного розладу.

Діагнози повинні були бути встановлені шляхом надійних та дійсних структурованих інтерв'ю для дитячих та підліткових тривожних розладів DSM або ICD. Розлади, класифіковані як тривожні розлади, відрізняються в різних версіях DSM, і ми включили учасників, які відповідають діагностичним критеріям для одного або декількох з наступних розладів: генералізований тривожний розлад або надмірно тривожний розлад, тривожний розлад розлуки, соціальна фобія або соціальний тривожний розлад, панічний розлад, агорафобія, прості або специфічні фобії або селективний мутизм.

Коморбідність. Ми включили всі супутні захворювання, допустимі для тривожних розладів за правилами DSM або ICD, такі як ASD, інтелектуальні порушення, депресивні розлади та фізичні розлади.

Сетинг. Ми включили всі налаштування, такі як місця досліджень (наприклад, університетські амбулаторії, стаціонарні послуги, громадські клініки та школи).

Критерії виключення. Ми виключили дослідження, які включали лише учасників з посттравматичним стресовим розладом або обсесивно-компульсивним розладом, або обидва, оскільки вони охоплюються окремими Кокрейнівськими оглядами (Gillies 2016; O'Kearney 2006), і більше не класифікуються як "тривожні розлади" в DSM-5 (APA 2013).

Види втручань

Експериментальне втручання.

Втручання повинно було бути реалізовано мануалізованою (за протоколом) КПТ або модульною КПТ, окремо або в поєднанні з медикаментозним лікуванням, відповідно до документально оформленого письмового протоколу та наданого кваліфікованими терапевтами. З моменту останнього огляду (James 2015), де кількість сеансів була

довільно встановлена на рівні дев'яти, зараз існує кілька досліджень, які вказують на те, що більш коротке лікування з точки зору кількості сеансів або тривалості сеансів, або обох, може бути ефективним. Тому ми не включили мінімальну кількість сесій або тривалість сесій як вимогу.

КПТ повинна була проводитися відповідно до стандартних принципів як психологічна модель лікування, що включає допомогу дитині розпізнавати тривожні почуття та соматичні реакції на тривогу; виявляти пізнання в ситуаціях, що провокують тривогу; змінювати ці тривожні пізнання; і реагувати на поведінкові стратегії навчання шляхом експозиції in vivo або за допомогою уяви.

КПТ може проводитися дітям (КПТ, орієнтована на дитину), дітям та батькам/членам сім'ї (орієнтована і на дітей, і на батькам) або лише батькам (орієнтована лише на батьків). При КПТ, орієнтованій на дитину, дитина має прямий контакт з терапевтом, і втручання проводиться лише для дітей з мінімальним залученням батьків або без нього. КПТ з безпосередньою участю батьків/сім'ї (дитини та батьків) включала сеанси особистої зустрічі з дітьми та спільні або окремі сеанси з батьками/сім'єю, які включали психоедукацію батьків або навчання батьків бути ко-терапевтами. КПТ, яку проводять батькам (КПТ, орієнтована лише на батьків), включала лише прямий контакт (віч-на-віч) з батьками та надання їм підтримки, щоб допомогти впровадити стратегії КПТ у повсякденне життя їхньої дитини. Орієнтована на дитину, дитину та батьків, а також лише на батьків КПТ може проводитися індивідуально або в груповому форматі. Ми не включали втручання КПТ, що проводилися онлайн або через цифрові пристрої (наприклад, комп'ютеризована КПТ).

Якщо дослідження включали прийом препаратів для лікування тривоги (у поєднанні з КПТ або окремо), жодні одночасні препарати для лікування тривоги не слід вводити натуралістично. Якщо дослідження не включали медикаментозне лікування тривоги, будь-які препарати, що вводилися натуралістично, повинні були бути стабільними до та під час дослідження.

Порівняльні інтервенції.

Де КПТ проводилася самостійно:

- Список очікування та відсутність лікування тривоги протягом цього періоду;
- Лікування як зазвичай (звичайне лікування або догляд; якщо звичайний догляд включає терапію, він не включає елементи КПТ);
- Контроль уваги (лише увага, наприклад, підтримка або психоедукація, але без елементів КПТ);

- Альтернативне лікування (одне специфічне немедикаментозне втручання для лікування тривоги, яке слідувало задокументованому протоколу і не включало елементи КПТ);
- Медикаменти для лікування тривоги;
- Препарат плацебо.

***Де КПТ проводилася в поєднанні з медикаментами для лікування тривоги**:*

- Препарат-плацебо

Типи показників результатів

Ми включили дослідження, які відповідали вищезазначеним критеріям включення, і повідомили або надали дані принаймні про один з наступних результатів.

***Первинні результати**:*

- Ремісія: відсутність первинного діагнозу тривожного розладу після лікування, встановленого надійними та дійсними структурованими інтерв'ю для дитячих та підліткових тривожних розладів DSM або ICD, таких як:
- Розклад інтерв'ю з тривожним розладом для дітей – дитини та батьків (ADIS-C/P) (Silverman 1987);
- Розклад інтерв'ю для дітей з тривожним розладом - дитина (ADIS-C) (Silverman 1987);
- Розклад інтерв'ю з тривожним розладом для дітей – батьки (ADIS-C/P) (Silverman 1987);
- Графік діагностичних інтерв'ю для дітей, підлітків та батьків (DISCAP) (Holland 1995);
- Прийнятність: втрата учасників для оцінки після лікування.

Вторинні результати

- Ремісія: визначається як відсутність всіх діагнозів тривожного розладу після лікування, встановлених надійними та дійсними структурованими інтерв'ю для дитячих та підліткових тривожних розладів DSM або ICD.
- Зниження симптомів тривоги після лікування: вимірюється за допомогою психометрично надійних показників симптомів тривоги, які дають оцінки симптомів за безперервними шкалами (Myers 2002), такими як:
- Скринінг емоційних розладів, пов'язаних з дитячою тривогою (FARS) (Birmaher 1999);
- Дитяча шкала тривожності Спенса (SCAS) (Spence 1997);

- Переглянута дитяча шкала тривоги та депресії (RCADS) – шкала тривоги (Chorpita 2000);
- Переглянута шкала дитячої тривожності (RCMAS) (Рейнольдс 1985);
- Багатовимірна шкала тривоги для дітей (MASC) (березень 1997 р.);
- Інвентаризація тривоги за рисами стану для дітей (STAI-C) (Spielberger 1973);
- Опис соціальної фобії та тривоги для дітей (SPAI-C) (Beidel 1995);
- Шкала соціальної тривоги для підлітків (SAS-A) (La Greca 1998).

Ці шкали можуть бути самозвітними або заповненими батьками або незалежним експертом. Часто використовується кілька оцінювачів, але надійність кожного оцінювача, ймовірно, змінюватиметься залежно від віку дитини (Evans 2017). Тому ми визначили зменшення симптомів тривоги окремо для 1) самозвітного та 2) батьківського або незалежного оцінювача, або обох. Також часто повідомляється про декілька показників, і ми включили в аналіз найбільш валідовані, найбільш розпізнані або найбільш часто використовувані показники.

Важливим питанням є те, наскільки добре ці заходи розрізняють клінічний та неклінічний рівні тривожності. Ми визначили пріоритетність симптомних заходів, які були тісно узгоджені з діагностичними категоріями, з сильною дискримінантною валідністю (наприклад, RCADS, SCAS, FARS). Ми також надавали пріоритет широким показникам симптомів тривоги (наприклад, SCAS, FARED, MASC), а не конкретним симптомам розладу (наприклад, SPAI-C, SAS-A). [Додаток 1.]

- Зменшення депресивних симптомів після лікування: вимірюється з використанням психометрично надійних показників депресивних симптомів, які дають оцінки симптомів за безперервними шкалами, такими як:
- Дитячий опитувальник депресії (Kovacs 1989);
- Інвентаризація депресії Бека (Beck 1996);
- Переглянута дитяча шкала тривоги та депресії (RCADS) – шкала тривоги (Chorpita 2000);
- Анкета настрою та почуттів (Angold 1995).

При використанні декількох показників депресивних симптомів/доповідачів ми включили в аналіз найбільш валідовані, найбільш розпізнані або найбільш часто використовувані показники.

- Поліпшення глобального функціонування після лікування: вимірюється за допомогою психометрично надійних показників

глобального функціонування, які дають оцінки симптомів за безперервними шкалами, такими як:

- Дитяча глобальна шкала оцінки (CGAS) (Shaffer 1983).

Якщо використовувалося кілька глобальних показників функціонування/доповідачів, ми включили в аналіз найбільш валідовані, найбільш визнані або найбільш часто використовувані показники.

- Небажані явища: ми визначали результати небажаних явищ за кількістю та типом повідомлених небажаних явищ під час дослідження від рандомізації до оцінки після лікування (наприклад, погіршення симптомів тривоги, погіршення глобального функціонування, показники самопошкодження, спроби самогубства).
- Ремісія визначається відсутністю діагнозу первинного тривожного розладу в серії моментів спостереження (≤ 6 місяців після лікування, > 6 місяців після лікування, але ≤ 12 місяців після лікування та > 12 місяців після лікування).
- Ремісія визначається як відсутність всіх діагнозів тривожного розладу в серії моментів спостереження (≤ 6 місяців після лікування, > 6 місяців після лікування, але ≤ 12 місяців після лікування та >12 місяців після лікування).
- Зниження симптомів тривоги в серії моментів подальшого спостереження (≤ 6 місяців після лікування, > 6 місяців після лікування, але ≤ 12 місяців після лікування та > 12 місяців після лікування).

Методи пошуку для ідентифікації досліджень

Ми визначили відповідні дослідження (РКД) КПТ щодо тривожних розладів у дітей та підлітків з Кокранівського реєстру контрольованих досліджень поширених психічних розладів (CCMDCTR; всі роки до 2016 року). [Додаток 2.]

Електронні пошуки. Ми також проводили пошуки в наступних базах даних, використовуючи відповідні ключові слова, тематичні заголовки (контрольовані словники) та синтаксис пошуку, відповідний кожному ресурсу. [Додаток 3.] Пошуки були спочатку проведені 21 листопада 2018 року та оновлені 10 жовтня 2019 року:

- Кокрейнівський центральний реєстр контрольованих досліджень (CENTRAL; Випуск 10 від 12, 2019) у Кокрейнівській бібліотеці;
- Ovid MEDLINE (2016 р. - 10 жовтня 2019 р.);
- Ovid Embase (тиждень 40 з 2016 по 2019 рр.);
- Ovid PsycINFO (усі роки до жовтня, тиждень 40 2019 р.)

Ми не застосовували жодних обмежень щодо мови або статусу публікації до пошукових запитів.

Ми також провели пошук у міжнародних реєстрах випробувань (10 жовтня 2019 р.) (включаючи Реєстр поточних випробувань Національного інституту охорони здоров'я США ClinicalTrials.gov (clinicaltrials.gov) та Міжнародну платформу реєстру клінічних випробувань Всесвітньої організації охорони здоров'я (apps.who.int/trialsearch/)) для виявлення додаткових поточних та неопублікованих досліджень.

Пошук в інших ресурсах

"Сіра" література. Ми шукали в "сірій" літературі дисертації (всі роки до 14 жовтня 2019 року) [Додаток 4.] наступним чином:

- Онлайн-сервіс електронних дисертацій (EThOS) - Британська бібліотека (ethos.bl.uk/Home.do);
- Портал електронних тез DART ‑ Europe (www.dart-europe.eu/basic-search.php);
- Мережева цифрова бібліотека дисертацій (NDLTD) (search.ndltd.org/);
- PQDT Дисертації з відкритим доступом (pqdtopen.proquest.com/search.html);
- Proquest Dissertations & Theses Global (search.proquest.com/pqdtglobal/dissertations/).

Списки посилань. Ми перевірили списки посилань усіх включених досліджень та відповідні систематичні огляди, щоб виявити додаткові дослідження, пропущені з оригінальних електронних пошуків (наприклад, неопубліковані або цитовані в пресі).

Листування. Ми зв'язалися з авторами дослідження та експертами для отримання інформації про неопубліковані або триваючі дослідження, або для запиту додаткових даних. Якщо дослідження включали деяких учасників, які відповідали критеріям (тобто деякі учасники були молодше 19 років, або деякі учасники відповідали діагностичним критеріям тривожного розладу), ми зв'язалися з авторами, щоб отримати дані про учасників, які відповідали критеріям.

Збір та аналіз даних

Відбір досліджень. Двоє авторів огляду (AJ, TR) незалежно перевірили назви та тези всіх досліджень, визначених в результаті пошуку, зашифрувавши їх як "отримати" (прийнятні або потенційно прийнятні/незрозумілі) або "не отримати". Ми отримали повні тексти звітів/публікацій про дослідження, а два автори огляду (AJ, TR) незалежно перевірили повні тексти, щоб визначити дослідження для включення, а також визначили та зафіксували причини виключення неприйнятних

досліджень. Будь-які розбіжності були вирішені шляхом обговорення або шляхом консультації з третім автором огляду (GJ, AS, CC), якщо це було необхідно. Ми виявили та виключили дублікати записів та зібрали кілька звітів, які стосувалися одного й того ж дослідження, щоб кожне дослідження, а не кожен звіт, було одиницею інтересу в огляді. Ми зафіксували процес відбору досить детально, щоб заповнити блок-схему PRISMA та таблицю "Характеристики виключених досліджень" (Moher 2015). Ми використовували програмне забезпечення Covidence для процесу скринінгу (Covidence).

Вилучення та управління даними. Ми використовували форму збору даних, створену в Covidence, для вилучення характеристик дослідження та даних про результати, які ми пілотували в двох дослідженнях в огляді. Два автори огляду (AJ, TR) витягли характеристики дослідження та дані про результати з включених досліджень. Ми виділили наступні характеристики дослідження:

- Методи: дизайн дослідження, загальна тривалість дослідження, подробиці будь-якого періоду "циклу", кількість дослідницьких центрів та місцезнаходження, умови дослідження, вибуття та дата дослідження.
- Учасники: кількість, середній вік, віковий діапазон, стать, тяжкість стану, діагностичні критерії, супутні стани, критерії включення та критерії виключення.
- Втручання: втручання, порівняння, супутні препарати, виключені препарати, формат пологів, час контакту з терапевтом, ВООЗ здійснює втручання.
- Результати: вказані та зібрані первинні та вторинні результати, а також повідомлені часові точки.
- Примітки: фінансування дослідження та помітні конфлікти інтересів авторів дослідження.

Ми зазначали в таблиці "Характеристики включених досліджень", якщо дані про результати не повідомлялися у придатний для використання спосіб. Будь-які розбіжності вирішувалися консенсусом або шляхом залучення третього автора огляду (GJ, AS, CC). Один автор відгуку (TR) передав дані в файл Review Manager 5 (Review Manager 2014). Ми двічі перевірили правильність введення даних, порівнявши дані, представлені в систематичному огляді, зі звітами про дослідження. Другий автор огляду (AJ) перевірив характеристики дослідження на точність відповідно до звіту про дослідження.

Основні порівняння:

- КПТ порівняно з листом очікування та відсутністю контролю лікування.
- КПТ порівняно з звичайним лікуванням.
- КПТ порівняно з контролем уваги.
- КПТ порівняно з альтернативними методами лікування.
- КПТ у порівнянні з медикаментозними препаратами або плацебо.
- КПТ та комбінація препаратів порівняно з плацебо.

Оцінка ризику упередженості у включених дослідженнях. Двоє авторів огляду (AJ, TR) незалежно оцінювали ризик упередженості для кожного дослідження, використовуючи критерії, викладені в *Кокрейнівському посібнику з систематичних оглядів втручань* (Higgins 2017). Будь-які розбіжності вирішувалися шляхом обговорення або залучення іншого автора огляду (GJ, CC). Ми оцінили ризик упередженості відповідно до наступних областей:

- Генерування випадкових послідовностей;
- Приховування розподілу;
- Засліплення учасників та персоналу;
- Засліплення оцінки результатів;
- Неповні дані про результати;
- Вибіркове звітування про результати;
- Інші упередження, включаючи цілісність терапії.

Ми оцінили кожне потенційне джерело упередженості як низьке, високе або незрозуміле і надали підтверджувальну цитату зі звіту про дослідження разом з обґрунтуванням нашого судження в таблиці "Ризик упередженості". Ми узагальнили судження про "Ризик упередженості" в різних дослідженнях для кожної з перерахованих областей.

Упередженість відбору: ми оцінили адекватність процесу рандомізації з точки зору опису адекватності генерації послідовності та приховування розподілу груп лікування.

Упередженість у продуктивності: враховуючи характер психологічних втручань, засліплення учасників або персоналу, який проводив лікування, могло бути можливим лише в дослідженнях, що включали КПТ проти звичайного лікування, контролю уваги або альтернативного лікування, тому ми змогли оцінити спроби засліплення лише в цих дослідженнях.

Упередженість виявлення: ми оцінювали, чи був персонал дослідження, який проводив оцінку результатів, сліпим щодо статусу лікування учасників.

Упередженість вибуття: ми визначили, чи дослідження надали опис вибуття та вибуття.

Інші упередження: ми також оцінювали цілісність терапії, включаючи компетентність терапевта та дотримання протоколу лікування, для всіх включених досліджень.

Ми не виключали дослідження з мета-аналізу на основі оцінки "Ризик упередженості". Ми провели аналіз чутливості до первинного результату, виключаючи дослідження з високим або незрозумілим ризиком упередженості для приховування розподілу та виключаючи дослідження з високим або незрозумілим ризиком упередженості для засліплення оцінки результату, якщо це доречно. Ми повідомили про решту оцінок «Ризик упередженості» для цих досліджень та включили обговорення цієї оцінки до розділів "Результати" та "Обговорення".

Вимірювання ефекту лікування. Для оцінки результатів після лікування ми використовували дихотомічні дані щодо ремісії діагнозу первинної тривоги та всіх діагнозів тривоги, а також безперервні дані щодо симптомів тривоги, депресивних симптомів та глобального функціонування з використанням стандартизованих заходів. Ми використовували дані оцінки, проведеної відразу після лікування (або оцінки, найближчої до кінця лікування), для оцінки результатів після лікування. Ми також використовували ці показники для оцінки збереження ефектів лікування в серії моментів подальшого спостереження (≤ 6 місяців після лікування, > 6 місяців після лікування, але ≤ 12 місяців після лікування та > 12 місяців після лікування). Там, де дослідження повідомляли про дані спостереження в декількох часових точках в межах однієї категорії (наприклад, один місяць і три місяці спостереження), ми використовували дані з більш тривалого періоду спостереження. Щоб оцінити прийнятність, ми використовували частотні дані про кількість учасників, які були втрачені для оцінки після лікування. Небажані явища визначалися кількістю та типом побічних явищ під час дослідження, від рандомізації до оцінки після лікування.

Дихотомічні дані. Ми проаналізували дихотомічні дані як відношення шансів (OR) та 95% довірчі інтервали (CI).

Безперервні дані. Ми проаналізували безперервні дані як середню різницю (MD) або стандартизовану середню різницю (SMD). Ми ввели дані, представлені у вигляді шкали з послідовним напрямком ефекту.

Ми описували асиметрично описані дані, представлені як медіани та міжквартильні діапазони.

Відділ аналітичних питань

Кластерно-рандомізовані дослідження. Ми включали кластерно-рандомізовані контрольовані дослідження в школах. Кластерно-рандомізовані дослідження можуть, в принципі, поєднуватися з індивідуально рандомізованими дослідженнями в одному мета-аналізі (Deeks 2017). Ми не очікували, що буде багато кластерно-рандомізованих досліджень, тому ми включили ідентифіковані кластерно-рандомізовані дослідження в мета-аналізи та аналізи чутливості, які ми планували провести для дослідження надійності будь-яких зроблених висновків. Для корекції впливу будь-яких кластерних досліджень ми використовували середній коефіцієнт внутрішньокласової кореляції 0,02 (Health Services Research Unit 2004).

Ефективний розмір вибірки однієї групи втручання в кластерному рандомізованому дослідженні – це його початковий розмір вибірки, поділений на "ефект дизайну". Ефект проектування становить 1 + (M − 1) ICC, де M - середній розмір кластера, а ICC - коефіцієнт внутрішньокластерної кореляції (Rao 1992). Для дихотомічних даних ми розділили як кількість учасників, так і кількість учасників, які пережили подію, на один і той же ефект дизайну. Для безперервних даних було зменшено лише розмір вибірки; ми не змінювали середні значення та стандартні відхилення (SDs).

Перехресні дослідження. Ми не очікували, що буде багато перехресних досліджень, і дані, необхідні для включення парного аналізу в мета-аналіз, часто не повідомляються (Higgins 2011). Тому ми планували включити будь-які ідентифіковані перехресні дослідження в мета-аналіз, але тільки дані з першого випробувального періоду (тобто до "перехресного").

Дослідження з декількома групами лікування. Якщо в одному дослідженні повідомлялося про кілька груп, ми включали лише відповідні групи. Дослідження з більш ніж двома групами втручання можуть створювати аналітичні проблеми в парному мета-аналізі. У випадках, коли дослідження мали дві або більше релевантних груп активного лікування для порівняння з контрольними групами, ми керували даними наступним чином.

Безперервні дані. Ми розділили контрольну групу порівну на дві або більше груп, щоб порівняти середні значення та SDs цих груп з середніми значеннями та SDs двох груп лікування.

Дихотомічні дані. У дослідженнях з двома або більше групами активного лікування та контрольною групою ми розділили учасників контрольної групи порівну між групами активного лікування.

Робота з відсутніми даними. Ми зв'язалися з дослідниками та спонсорами дослідження з метою перевірки ключових характеристик дослідження та отримання відсутніх числових даних про результати, де це можливо (наприклад, коли ми визначили дослідження лише як абстрактне, коли дослідження включало діагностичну оцінку після лікування, але не повідомляло про необхідні результати ремісії, або коли дослідження не повідомляло про стандартні помилки або SDs). Ми задокументували всю кореспонденцію з авторами дослідження та повідомили, які автори дослідження відповіли на наші запити.

Відсутня статистика. По-перше, ми намагалися зв'язатися з оригінальними дослідниками для отримання будь-яких відсутніх даних. Якщо в дослідженні повідомлялося лише про стандартні помилки, ми розраховували SDs.

Відсутні учасники. Ми провели аналіз намірів щодо лікування (ITT). При аналізі дихотомічних даних ми припустили, що всі пацієнти, які не завершили лікування в групі КПТ, були невдалими в лікуванні, а пацієнти, які не завершили лікування в контрольній групі, були успішними в лікуванні, що дає найбільш консервативну оцінку лікування.

Для дихотомічних результатів ми також провели комплексний аналіз, використовуючи лише дані учасників, які пройшли оцінку після лікування. Ми не використовували жодних статистичних чи інших методів для підрахунку відсутніх даних для безперервних результатів, оскільки ми не мали доступу до вихідних даних.

Оцінка неоднорідності. Ми оцінювали клінічну неоднорідність шляхом порівняння відмінностей у розподілі важливих факторів учасників між дослідженнями (наприклад, вік, стать, конкретний діагноз, тривалість та тяжкість розладу, супутні захворювання). Ми оцінювали методологічну неоднорідність шляхом порівняння факторів дослідження (рандомізація, приховування, засліплення оцінки результатів, втрати для подальшого спостереження). Ми використовували тест Chi^2, Deeks 2017, та статистику I^2, Higgins 2003, для оцінки неоднорідності. Ми встановили значущість на рівні $P < 0,1$. Кокрейнівський *посібник з систематичних оглядів втручань* рекомендує використовувати діапазон для статистики I^2 та посібника з інтерпретації (Deeks 2017). Якщо ми виявили або помірну неоднорідність (I^2 в діапазоні від 30% до 60%), або значну неоднорідність (I^2 в діапазоні від 60% до 90%), ми проводили аналізи підгруп та чутливості, де це було можливо.

Оцінка похибок звітності. Там, де було включено мінімум 10 досліджень, ми досліджували похибку публікації, використовуючи графіки

воронки, Sterne 2017, і піддавали статистичному дослідженню будь-яку асиметрію, виявлену за допомогою критерію Еггера (Stata 2012).

Синтез даних. Ми проводили мета-аналіз лише там, де це було значущим, тобто якщо лікування, учасники та основне клінічне питання були достатньо схожими для об'єднання, щоб мати сенс. Ми провели аналізи рандомізованих пацієнтів (ITT) та осіб, які завершили дослідження.

Ми планували провести окремі аналізи, щоб визначити, чи була КПТ більш ефективною після лікування, ніж лист очікування/відсутність лікування; лікування як зазвичай, контроль уваги, альтернативні методи лікування, медикаментозне лікування; а також визначити, чи була КПТ в поєднанні з медикаментозним лікуванням більш ефективною, ніж медикаментозне плацебо.

Ми використовували дані подальшого спостереження для кожного порівняння, щоб оцінити збереження результатів лікування. Якщо це було значущим, ми об'єднували дані окремо для кожної моменти часу подальшого спостереження (≤ 6 місяців після лікування, > 6 місяців після лікування, але ≤ 12 місяців після лікування та > 12 місяців після лікування). Там, де дослідження повідомляли про дані спостереження в декількох часових точках в межах однієї категорії (наприклад, один місяць і три місяці спостереження), ми використовували дані з більш тривалого періоду спостереження.

Дихотомічні дані. Ми використовували OR та 95% CI на основі моделі випадкових ефектів, з об'єднанням даних за допомогою методу зворотної дисперсії зважування. Ми встановили значущість на рівні P < 0,1. За наявності ми використовували комбіновані дані з інтерв'ю з дитиною або підлітком та батьком; в іншому випадку ми використовували дані з одного інтерв'ю (інтерв'ю з дитиною/підлітком або батьками). Ми розрахували кількість, необхідну для лікування додаткового сприятливого результату (NNTB) з 95% CI (Stata 2012). Ми розрахували зведену статистику всіх тих, хто відповів на лікування, як відсоток від загальної кількості учасників для кожного порівняння.

Безперервні дані. Ми провели аналіз безперервних даних на основі моделі випадкових ефектів з об'єднанням даних за допомогою методу зворотної дисперсії зважування. Ми використовували SMD для об 'єднання безперервних даних, вимірюваних різними способами в різних дослідженнях, але концептуально однакових (тобто вимірювання тривожних або депресивних симптомів або глобального функціонування). Для безперервного вимірювання симптомів тривоги ми об'єднали звіти дітей/підлітків та батьків/лікарів окремо. Якщо для одного і того ж

результату були доступні дані як про кінцеву точку, так і про зміни, ми представили кінцеву точку. Ми встановили значущість на рівні P < 0,1.

Таблиці та рисунки. Ми передали дані в Review Manager 5 (Review Manager 2014) та представили їх графічно, щоб область зліва від лінії відсутності ефекту (або справа для результатів ремісії) вказувала на сприятливий результат для КПТ. Ми використовували таблиці для відображення характеристик включених досліджень. Ми представили короткий перелік виключених досліджень у таблиці з їхніми причинами виключення. Ми узагальнили ризик упередженості у включених дослідженнях на малюнку та включили блок-схему PRISMA (Moher 2015).

Аналіз підгруп та дослідження неоднорідності. Критична необхідність покращення доступу до лікування дитячих тривожних розладів означає, що особливо важливо вивчити ефективність підходів, які можуть допомогти максимізувати ефективність лікування, включаючи альтернативні формати доставки та коротші втручання, які передбачають менший час контакту з терапевтом, ніж традиційні підходи. Як зазначено вище, також існують невідповідні питання щодо переваг КПТ для дітей та підлітків з розладами аутистичного спектру та інтелектуальними порушеннями. Тому ми вирішили дослідити ефективність різних форматів пологів та коротших та коротших втручань, а також дослідити ефекти лікування серед дітей та підлітків з аутизмом та з інтелектуальними порушеннями, використовуючи аналіз підгруп. Зокрема, там, де це було можливим і значущим, ми провели аналіз підгруп для вивчення відмінностей між:

- формати доставки (орієнтовані на дитину, дитина та батьки, а також лише батьки; індивідуальні та групові);
- втручання з різною кількістю часу контакту з терапевтом (< 10 годин, ≥ 10 годин та < 20 годин, ≥ 20 годин);
- діти та підлітки з розладами аутистичного спектру та без них;
- дітей та підлітків з інтелектуальними порушеннями та без них.

Щоб дослідити відмінності між віковими групами, ми також провели ретроспективний аналіз підгруп, оцінюючи відмінності між дослідженнями, в яких всі учасники були віком 12 років або молодше (≤ 12 років); всі учасники були віком 12 років або старше (≥ 12 років); і дослідженнями, які включали учасників віком до 12 років і старше (< 12 років і ≥ 12 років).

Ми провели аналіз підгруп для первинного результату (ремісія первинного тривожного розладу) через порівняння. Для основного порівняння з найбільшою кількістю досліджень (КПТ в порівнянні з очікуваним списком/відсутністю лікування) ми також провели аналіз

підгруп щодо найчастіше повідомляються вторинних результатів (ремісія всіх діагнозів тривоги після лікування та зменшення симптомів тривоги у дітей та батьків після лікування). Щоб переконатися, що аналізи підгруп були значущими, ми проводили ці аналізи лише там, де були дані щонайменше трьох досліджень для кожної підгрупи.

Ми оцінили статистичну неоднорідність для всіх аналізів та між групами за допомогою критерію Chi2 та статистики I2 та встановили значущість на рівні $P < 0,1$.

Аналіз чутливості. Аналіз чутливості – це дослідження того, як невизначеність у вихідних даних аналізу може бути розподілена на різні джерела невизначеності у його вхідних даних. Тому аналіз чутливості може бути проведений для перевірки надійності рішень, прийнятих у процесі огляду. Ми провели аналіз чутливості, де були докази наступного:

- значна неоднорідність: ми оглянули лісові ділянки та дослідили кожне дослідження по черзі, щоб визначити джерело будь-якої значної неоднорідності;
- систематична помилка відбору: ми виключили дослідження з високим ризиком систематичної помилки відбору з основного аналізу;
- приховування розподілу: ми виключили дослідження з високим ризиком упередженості для приховування розподілу з основного аналізу.

У відповідних випадках ми провели всі вищезазначені аналізи чутливості для рандомізованого та завершеного аналізів.

Там, де мета-аналізи, що вивчали симптоми тривоги, включали широкі показники симптомів тривоги та показники симптомів, специфічних для розладу, ми також проводили аналізи чутливості, за винятком досліджень, в яких повідомлялося лише про показники симптомів, специфічних для розладу.

GRADE та таблиця «Підсумок результатів». Ми створили таблицю «Підсумок результатів», що включає наступні основні результати:

- ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування;
- прийнятність з точки зору вибуття з рандомізації до оцінки після лікування;
- та вторинні результати:
- ремісія всіх діагнозів тривоги після лікування;
- зменшення симптомів тривоги (самостійно повідомляється та повідомляється батьками) після лікування;
- зменшення депресивних симптомів після лікування;
- покращення глобального функціонування після лікування;
- небажані явища від рандомізації до оцінки після лікування.

Ми використовували п'ять міркувань GRADE (обмеження дослідження, послідовність ефекту, неточність, непрямість та упередженість публікації) для оцінки якості сукупності доказів, оскільки вони стосуються досліджень, які надають дані для мета-аналізу попередньо визначених первинних та вторинних результатів. Двоє авторів огляду (AJ, TR) незалежно оцінили ризик упередженості та у разі розбіжностей прагнули досягти консенсусу між чотирма авторами огляду (AJ, TR, GJ, CC). Ми використовували методи та рекомендації, описані в Розділі 8.5, Higgins 2017 та Розділі 12, Schünemann 2017, *Кокрейнівського посібника з систематичних оглядів втручань*, використовуючи програмне забезпечення GRADE-pro GDT (GRADEpro GDT). Ми обґрунтували всі рішення щодо зниження або підвищення якості досліджень, використовуючи виноски, і зробили коментарі, щоб допомогти читачеві зрозуміти огляд, де це необхідно. Ми розглянули, чи є якась додаткова інформація про результати, яка не може бути включена в мета-аналіз, зазначивши це в коментарях та вказавши, чи підтверджує вона або суперечить інформації з мета-аналізів.

Перейти:

Результати.
Опис досліджень

Див. Характеристики включених досліджень та Таблицю 5.

1

Резюме характеристик включених досліджень

Дослідження	Порівняння 1	Порівняння 2	Порівняння 3	Тип тривожної міри (широка/специфічна)	Фокус терапії	Формат	ASD / не ASD	Контакт з терапевтом (години)	Вікова група	Тип вибірки	Контекст	Супутні розлади
Afshari 2014	КПТ vs (в порівнянні з) WL (wait list - список очікування – надалі WL)/відсутнє лікування	КПТ vs WL/відсутнє лікування		Широка	Орієнтована на дитину	Група	Не ASD	10-20	Змішана	Клініка		
Arendt 2016	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Широка	Дитина+батьки	Група	Не ASD	20+	Змішана	Клініка (університет)		
Barrett 1996	КПТ vs WL/відсутнє лікування	КПТ vs WL/відсутнє лікування		Широка	Зосереджена на дитині та дитина+батьки	Індивідуальна	Не ASD	10-20	Змішана	Клініка (університет)		
Barrett 1998	КПТ vs WL/відсутнє лікування	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Зосереджена на дитині та дитина+батьки	Група	Не ASD	20+	Змішана	Клініка (університет)		
Barrington 2005	КПТ vs TAU			Широка	Дитина+батьки	Індивідуальна	Не ASD	10-20	Змішана	Клініка (CAMHS)		
Berge 2017	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Конкретна	Орієнтована на дитину	Індивідуальна	Не ASD	Менш ніж 10	Змішана	Стоматологічна	Специфічна фобія	
Cartwright Hatton 2011	КПТ vs WL/відсутнє лікування				Тільки для батьків	Група	Не ASD	20+	≤ 12	Клініка-університетська лікарня		
Chalfant 2007	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Широка	Дитина+батьки	Група	ASD	20+	Змішана	Клініка		
Cheung 2016	КПТ vs WL/відсутнє лікування	КПТ в порівнянні з альтернативним лікуванням		Широка	Орієнтована на дитину	Індивідуальна	Не ASD	10-20	≤ 12	Клініка (CAMHS)		
CHIU 2013	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Широка	Орієнтована на дитину	Індивідуальна	Не ASD	10-20	≤ 12	Школа		
Cobham 2017	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Широка	Тільки для батьків	Група	Не ASD	Менш ніж 10	Змішана	Клініка (університет)		
Cornacchio 2019	КПТ vs WL/відсутнє лікування				Дитина+батьки	Група	Не ASD	20+	≤ 12	Клініка		Вибіркови й мутизм

Creswell 2017	КПТ vs превентивне лікування			Широка	Тільки для батьків	Індивідуальна	Не ASD	Менш ніж 10	≤ 12	Клініка (CAMHS)		
Dadds 1997	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Широка	Орієнтована на дитину	Група	Не ASD	10-20	Змішана	Школа		
Flannery Schroeder 2000	КПТ vs WL/відсутнє лікування	КПТ vs WL/відсутнє лікування		Широка	Орієнтована на дитину	Індивідуальна та групова	Не ASD	10-20 і 20+	Змішана	Клініка (університет)		
Fujii 2013	КПТ vs TAU				Дитина+батьки	Індивідуальна	ASD	20+	≤ 12	Клініка		
Gallagher 2004	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Широка	Орієнтована на дитину	Група	Не ASD	Менш ніж 10	≤ 12	Клініка	Розлад соціальної тривоги	
Ginsburg 2002	КПТ vs контроль уваги			Широка	Орієнтована на дитину	Група	Не ASD	Менш ніж 10	≥ 12	Школа		
Ginsburg 2012	КПТ vs TAU			Широка	Орієнтована на дитину	Індивідуальна	Не ASD	Менш ніж 10	Змішана	Школа		
Ginsburg 2019	КПТ vs TAU				Орієнтована на дитину	Індивідуальна	Не ASD	Менш ніж 10	Змішана	Школа		
Hancock 2018	КПТ vs WL/відсутнє лікування	КПТ vs WL/відсутнє лікування		Широка	Дитина+батьки	Група	Не ASD	від 10 до 20	Змішана	Клініка (університет)		
Herbert 2009	КПТ vs контроль уваги	КПТ vs контроль уваги		Конкретна	Орієнтована на дитину	Індивідуальна та групова	Не ASD	10-20 і 20+	≥ 12	Клініка (університет)	Розлад соціальної тривоги	
Hirshfeld Becker 2010	КПТ vs WL/відсутнє лікування				Дитина+батьки	Індивідуальна	Не ASD	20+	≤ 12	Клініка (університет)		
Holmes 2014	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Широка	Дитина+батьки	Група	Не ASD	від 10 до 20	≤ 12	Клініка (університет)	ГТР	
Hudson 2009	КПТ vs контроль уваги			Широка	Дитина+батьки	Група	Не ASD	20+	Змішана	Клініка (університет)		
Ingul 2003	КПТ vs контроль уваги	КПТ vs контроль уваги		Широка	Орієнтована на дитину	Індивідуальна та групова	Не ASD	10-20	≥ 12	Школи	Розлад соціальної тривоги	

Ishikawa 2019	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Широка	Дитина+батьки	Індивідуальна	Не ASD	Менш ніж 10	Змішана	Клініка		
Kendall 1994	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Широка	Орієнтована на дитину	Індивідуальна	Не ASD	10-20	Змішана	Клініка (університет)		
Kendall 1997	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Широка	Орієнтована на дитину	Індивідуальна	Не ASD	10-20	Змішана	Клініка (університет)		
Kendall 2008	КПТ vs контроль уваги	КПТ vs контроль уваги		Широка	Орієнтована на дитину та дитина+батьки	Індивідуальна	Не ASD	10-20	Змішана	Клініка (університет)		
Kennedy 2009	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Широка	Тільки для батьків	Група	Не ASD	10-20	≤ 12	Клініка (університет)		
Khanna 2010	КПТ vs контроль уваги			Широка	Орієнтована на дитину	Індивідуальна	Не ASD	10-20	Змішана	Клініка (університет)		
Kidd 2018	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Широка	Дитина+батьки	Група	ASD	20+	≥ 12	Клініка (університет)		
Last 1998	КПТ vs контроль уваги			Широка	Дитина та батьки	Індивідуальна	Не ASD	10-20	Змішана	Клініка (університет)		Відмова від школи
Lau 2010	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Широка	Орієнтована на дитину	Група	Не ASD	10-20	≤ 12	Клініка		
Lau 2017	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Широка	Дитина+батьки	Група	Не ASD	10-20	≤ 12	дитячі центри та дошкільні заклади		
Lebowitz 2019	КПТ vs альтернативне лікування			Широка	Орієнтована на дитину	Індивідуальна	Не ASD	10-20	≤ 12	Клініка		
Leutgeb 2012	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Широка	Орієнтована на дитину	Індивідуальна	Не ASD	Менш ніж 10	Змішана	Університет	Специфічна фобія	
Masia Warner 2005	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Конкретна	Орієнтована на дитину	Група	Не ASD	10-20	≥ 12	Школа	Розлад соціальної тривоги	
Masia Warner 2007	КПТ vs контроль уваги			Конкретна	Орієнтована на дитину	Група	Не ASD	10-20	≥ 12	Школа	Розлад соціальної тривоги	

Masia Warner 2011	КПТ vs WL/відсутнє лікування				Орієнтована на дитину	Індивідуальна	Не ASD	10-20	Змішана	Первинна медична допомога/спеціалізована клініка		Функціональні фізичні скарги
Masia Warner 2016	КПТ vs контроль уваги	КПТ vs контроль уваги		Конкретна	Орієнтована на дитину	Група	Не ASD	10-20	≥ 12	Школа	Розлад соціальної тривоги	
McConachie 2014	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Широка	Дитина+батьки	Група	ASD	20+	Змішана	Клініка (університет)		
McNally Keehn 2013	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Широка	Орієнтована на дитину	Індивідуальна	ASD	20+	Змішана	Клініка (університет)		
Melfsen 2011	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Конкретна	Дитина+батьки	Індивідуальна	Не ASD	20+	Змішана	Клініка	Розлад соціальної тривоги	
Muris 2002	КПТ vs контроль уваги			Широка	Орієнтована на дитину	Група	Не ASD	Менш ніж 10	≤ 12	Школа		
Murphy 2017	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Широка	Орієнтована на дитину	Індивідуальна	ASD	10-20	≥ 12	CAMHS		
O'Brien 2007	КПТ vs TAU				Дитина+батьки	Група	Не ASD	10-20	Змішана	Клініка		
Olivares 2005	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Конкретна	Орієнтована на дитину	Група	Не ASD	10-20	≥ 12	Школа	Розлад соціальної тривоги	
Olivares 2014	КПТ vs WL/відсутнє лікування	КПТ vs WL/відсутнє лікування		Конкретна	Орієнтована на дитину	Група	Не ASD	10-20	≥ 12	Школа	Розлад соціальної тривоги	
Olivares 2019	КПТ vs WL/відсутнє лікування	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Орієнтована на дитину	Група	Не ASD	10-20	≥ 12	Школа	Розлад соціальної тривоги	
Ollendick 2009	КПТ vs WL/відсутнє лікування	КПТ vs контроль уваги		Широка	Орієнтована на дитину	Індивідуальна	Не ASD	Менш ніж 10	Змішана	Клініка	Специфічна фобія	
Ost 2001	КПТ vs WL/відсутнє лікування	КПТ vs WL/відсутнє лікування		Широка	Орієнтована на дитину та дитина+батьки	Індивідуальна	Не ASD	Менш ніж 10	Змішана	Направлення з клініки та шкіл	Специфічна фобія	

Perrin 2019	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Широка	Орієнтована на дитину	Індивідуальна	Не ASD	10-20	Змішана	CAMHS	ГТР	
Pincus 2010	КПТ vs контроль уваги			Широка	Орієнтована на дитину	Індивідуальна	Не ASD	Менш ніж 10	≥ 12	Клініка (університет)	Панічний розлад	
Rapee 2005	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Широка	Тільки для батьків	Група	Не ASD	Менш ніж 10	≤ 12	Дошкільні заклади		
Rapee 2006	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Широка	Дитина+батьки	Група	Не ASD	10-20	≤ 12	Клініка (університет)		
Reaven 2012	КПТ vs TAU				Дитина+батьки	Група	ASD	10-20	Змішана	Клініка (університет)		
Reigada 2015	КПТ vs альтернативне лікування			Конкретна	Орієнтована на дитину	Індивідуальна	Не ASD	10-20	Змішана	Клініка (університет)		Запальні захворювання ШКТ
Rosa-Alcazar 2009	КПТ vs контроль уваги	КПТ vs контроль уваги	КПТ vs WL/відсутнє лікування	Конкретна	Орієнтована на дитину	Група	Не ASD	10-20	≥ 12	Школа	Розлад соціальної тривоги	
Salari 2018	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Широка	Тільки для батьків	Група	Не ASD	10-20	≤ 12	Клініка (університет)		
Salum 2018	КПТ vs контроль уваги	КПТ vs альтернативне лікування		Широка	Дитина+батьки	Група	Не ASD	10-20	≤ 12	Клініка		
Sanchez Garcia 2009	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Конкретна	Орієнтована на дитину	Група	Не ASD	10-20	Змішана	Школа	Розлад соціальної тривоги	
Santucci 2013	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Широка	Дитина+батьки	Група	Не ASD	20+	≤ 12	Клініка (університет)	Тривожний розлад сепарації	
Schneider 2011	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Широка	Дитина+батьки	Індивідуальна	Не ASD	10-20	≤ 12	Клініка (університет)	Тривожний розлад сепарації	
Sciberras 2018	КПТ vs TAU			Широка	Дитина+батьки	Індивідуальна	Не ASD	10-20	≤ 12	клініка СДУГ		РДУГ

Shahnavaz 2016	КПТ vs TAU			Конкретна	Дитина+батьки	Індивідуальна	Не ASD	10-20	Змішана	стоматологічні клініки	Специфічна фобія	
Sharma 2017	КПТ vs TAU			Широка	Орієнтована на дитину	Група	Не ASD	20+	Змішана	Клініка (університет)		Мігрені
Shortt 2001	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Широка	Дитина+батьки	Група	Не ASD	10-20	≤ 12	Клініка (університет)		
Silk 2018	КПТ vs альтернативне лікування			Широка	Орієнтована на дитину	Індивідуальна	Не ASD	10-20	Змішана			
Silverman 1999a	КПТ vs контроль уваги			Широка	Дитина+батьки	Індивідуальна	Не ASD	10-20	Змішана	Клініка (університет)		
Silverman 1999b	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Широка	Дитина+батьки	Група	Не ASD	10-20	Змішана	Клініка (університет)		
Simon 2011	КПТ vs WL/відсутнє лікування	КПТ vs WL/відсутнє лікування		Широка	Орієнтована на дитину та лише на батьках	Група	Не ASD	менше 10 і 10-20	Змішана	Школа		
Smith 2014	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Широка	Тільки для батьків	Індивідуальна	Не ASD	10-20	Змішана	Клініка (університет)		
Southam Gerow 2010	КПТ vs TAU			Широка	Орієнтована на дитину	Індивідуальна	Не ASD	10-20	Змішана	клініки		
Spence 2000	КПТ vs WL/відсутнє лікування	КПТ vs WL/відсутнє лікування		Широка	Орієнтована на дитину та дитина+батьки	Група	Не ASD	20+ і 10-20	Змішана	Клініка (університет)	Тривожний розлад сепарації	
Spence 2006	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Широка	Дитина+батьки	Група	Не ASD	10-20	Змішана	Клініка (університет)		
Spence 2011	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Широка	Дитина+батьки	Індивідуальна	Не ASD	10-20	≥ 12	Клініка (університет)		
Storch 2013	КПТ vs TAU			Широка	Дитина+батьки	Індивідуальна	ASD	20+	≤ 12	Клініка (університет)		
Storch 2015	КПТ vs TAU			Широка	Дитина+батьки	Індивідуальна	ASD	20+	≥ 12	Клініка (університет)		

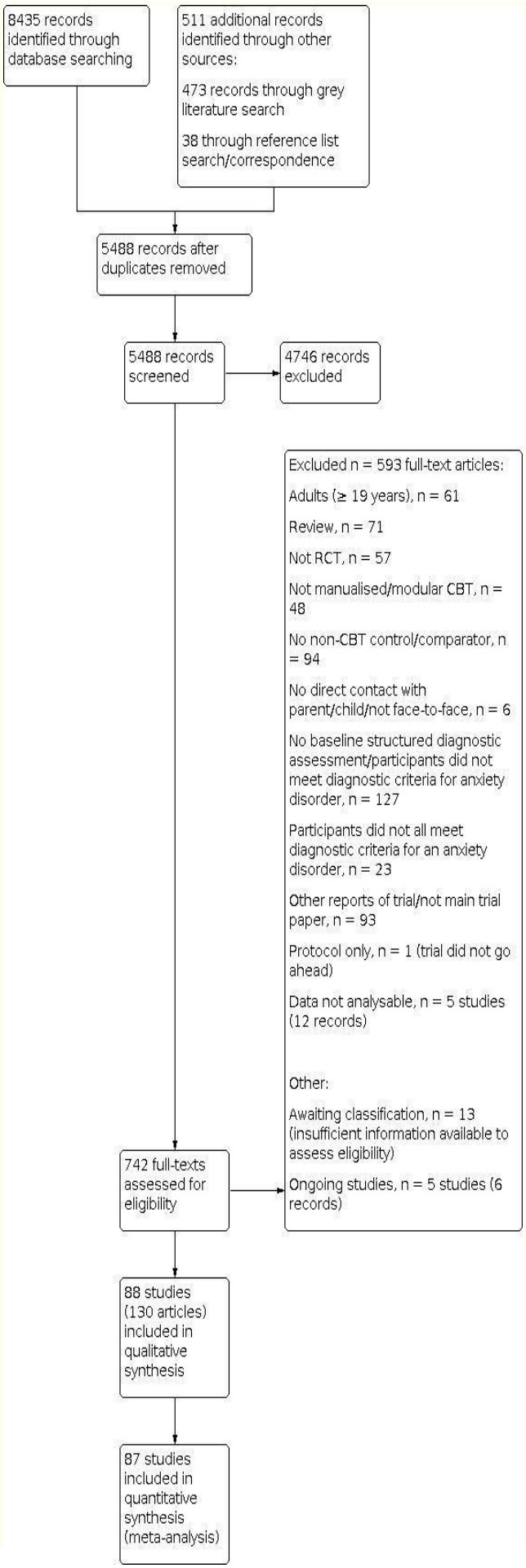
Thirlwall 2013	КПТ vs WL/відсутнє лікування	КПТ vs WL/відсутнє лікування		Широка	Тільки для батьків	Індивідуальна	Не ASD	Менш ніж 10	≤ 12	Клініка		
Villabo 2018	КПТ vs WL/відсутнє лікування	КПТ vs WL/відсутнє лікування		Широка	Орієнтована на дитину	Індивідуальна та групова	Не ASD	10-20	Змішана	Клініка		
Waters 2009	КПТ vs WL/відсутнє лікування	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Дитина+ лише батьки та батьки	Група	Не ASD	10-20 і 20+	≤ 12	Клініка (університет)		
Wergelenad 2014	КПТ vs WL/відсутнє лікування	КПТ vs WL/відсутнє лікування		Широка	Дитина+батьки	Індивідуальна та групова	Не ASD	10-20	Змішана	клініки-CAMHS		
White 2013	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Широка	Дитина+батьки	Індивідуальна	ASD	20+	≥ 12	Клініка (університет)		
Wood 2009	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Широка	Дитина+батьки	Індивідуальна	ASD	20+	Змішана	Клініка (університет)		
Wood 2015	КПТ vs WL/відсутнє лікування			Широка	Дитина+батьки	Індивідуальна	ASD	20+	Змішана	Клініка (університет)		

Відкрити в окремому вікні

ASD – розлади аутистичного спектру
CBT (КПТ) – когнітивно-поведінкова терапія
GAD – генералізований тривожний розлад
TAU – лікування як зазвичай

Результати пошуку. Початковий пошук у базі даних (21 листопада 2018 р.) виявив 6354 записи, а оновлений пошук у базі даних (10 жовтня 2019 р.) виявив ще 2081 запис. Пошук у сірій літературі виявив ще 473 записи, а з пошукових списків посилань та листування з авторами дослідження та експертами в цій галузі було виявлено ще 38 записів.

Після видалення дублікатів ми перевірили загалом 5488 назв/тез і виключили 4746 записів. Потім ми оцінили 742 повні тексти на відповідність вимогам для включення до огляду та визначили 88 відповідних досліджень (130 статей) (Рисунок 1).


8435 records identified through database searching
511 additional records identified through other sources:
473 records through grey literature search
38 through reference list search/correspondence
5488 records after duplicates removed
5488 records screened
4746 records excluded
Excluded n = 593 full-text articles:
Adults (≥ 19 years), n = 61
Review, n = 71
Not RCT, n = 57
Not manualised/modular CBT, n = 48
No non-CBT control/comparator, n = 94
No direct contact with parent/child/not face-to-face, n = 6
No baseline structured diagnostic assessment/participants did not meet diagnostic criteria for anxiety disorder, n = 127
Participants did not all meet diagnostic criteria for an anxiety disorder, n = 23
Other reports of trial/not main trial paper, n = 93
Protocol only, n = 1 (trial did not go ahead)
Data not analysable, n = 5 studies (12 records)
Other:
Awaiting classification, n = 13 (insufficient information available to assess eligibility)
Ongoing studies, n = 5 studies (6 records)
742 full-texts assessed for eligibility
88 studies (130 articles) included in qualitative synthesis
87 studies included in quantitative synthesis (meta-analysis)

1 Блок-схема дослідження.

Ми зв'язалися з 58 авторами дослідження для уточнення або отримання додаткових даних, або обох, і 16 авторів дослідження надали відповідні дані про результати для 20 включених досліджень.

Включені дослідження. Вісімдесят вісім досліджень відповідали критеріям для включення до огляду, а 87 досліджень були включені до мета-аналізу.

Дизайн. Усі включені дослідження були RCT. У двох дослідженнях використовувався кластерно-рандомізований дизайн, де школи, Dadds 1997, та шкільні клініцисти, Ginsburg 2019a, були рандомізовані, а не окремі учасники. Жодне з включених досліджень не використовувало перехресний дизайн.

Серед досліджень, включених до мета-аналізу, 20 досліджень мали дві групи КПТ (Afshari 2014; Barrett 1996; Barrett 1998; Cheung 2016; Flannery Schroeder 2000; Hancock 2018; Herbert 2009; Ingul 2013; Kendall 2008; Masia Warner 2016; Olivares 2014; Olivares 2019; Ost 2001; Salum 2018; Simon 2011; Spence 2000; Thirlwall 2013; Villabo 2018; Waters 2009; Wergeland 2014), включаючи один факторний дизайн (Salum 2018), а ще три дослідження включали кілька груп порівняння (Cheung 2016; Ollendick 2009; Rosa Alcazar 2009).

П'ятдесят сім досліджень були включені в порівняння КПТ та очікування лікування (Afshari 2014; Arendt 2016; Barrett 1996; Barrett 1998; Berge 2017; Cartwright Hatton 2011; Chalfant 2007; Cheung 2016; Chiu 2013; Cobham 2017; Cornacchio 2019; Dadds 1997; Flannery Schroeder 2000; Gallagher 2004; Hancock 2018; Hirshfeld Becker 2010; Holmes 2014; Ishikawa 2019; Kendall 1994; Kendall 1997; Kennedy 2009; Kidd 2018; Lau 2010; Lau 2017; Leutgeb 2012; Masia Warner 2005; Masia Warner 2011; McConachie 2014; McNally Keehn 2013; Melfsen 2011; Olivares 2005; Olivares 2014; Olivares 2019; Ollendick 2009; Ost 2001; Perrin 2019; Rapee 2005; Rapee 2006; Rosa Alcazar 2009; Salari 2018; Sanchez Garcia 2009; Santucci 2013; Schneider 2011; Shortt 2001; Silverman 1999b; Simon 2011; Smith 2014; Spence 2000; Spence 2006; Spence 2011; Thirlwall 2013; Villabo 2018; Waters 2009; Wergeland 2014; White 2013; Wood 2009; Wood 2015). За винятком трьох досліджень (Dadds 1997; Rapee 2005; Simon 2011), учасникам, призначеним до контрольної групи, запропонували КПТ після періоду очікування. Сім досліджень включали відповідні подальші заходи, які

включали КПТ та список очікування/відсутність учасників лікування. Оцінки подальшого спостереження проводилися між 3 та 24 місяцями після лікування.

Дванадцять досліджень порівнювали КПТ зі звичайним лікуванням (TAU) (Barrington 2005; Fujii 2013; Ginsburg 2012; Ginsburg 2019a; O'Brien 2007; Reaven 2012; Sciberras 2018; Shahnavaz 2016; Sharma 2017; Southam Gerow 2010; Storch 2013; Storch 2015). TAU значно відрізнявся в різних дослідженнях, починаючи від еклектичних терапевтичних підходів або стратегій, не пов'язаних з КПТ, які пропонувалися в рамках рутинного догляду (Barrington 2005; Ginsburg 2012; Ginsburg 2019a; Southam Gerow 2010), до надання учасникам можливості продовжувати та шукати будь-які психосоціальні або фармакологічні втручання (Fujii 2013; Reaven 2012; Storch 2013; Storch 2015). Чотири дослідження КПТ та TAU включали 6-місячне, 12-місячне або як 6-, так і 12-місячне спостереження.

П'ятнадцять досліджень порівнювали КПТ з контролем уваги (Ginsburg 2002; Herbert 2009; Hudson 2009; Ingul 2013; Kendall 2008; Khanna 2010; Last 1998; Masia Warner 2007; Masia Warner 2016; Muris 2002; Ollendick 2009; Pincus 2010; Rosa Alcazar 2009; Salum 2018; Silverman 1999a), який був розроблений, щоб діяти як стан уваги, і часто включав психоосвітній компонент. Шість досліджень КПТ проти контролю уваги включали спостереження до 12 місяців.

Сім досліджень включали порівняння КПТ та альтернативного лікування (Cheung 2016; Creswell 2017; Lebowitz 2019; Reigada 2015; Salum 2018; Silk 2018). Альтернативні методи лікування, призначені для лікування дитячих тривожних труднощів, включали: терапію, орієнтовану на рішення (Creswell 2017), простір для втручання батьків (Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions) (Lebowitz 2019), терапію, орієнтовану на дітей (Silk 2018), консультування (Murphy 2017), недирективну підтримуючу терапію (Reigada 2015) та ABMT (Attention Bias Modification Treatment) (Cheung 2016; Salum 2018). Чотири дослідження КПТ в порівнянні з альтернативним лікуванням включали спостереження до 12 місяців після лікування.

Лише в одному дослідженні порівнювали КПТ з медикаментозною терапією, а КПТ в поєднанні з медикаментозною терапією – з плацебо (Walkup 2008), тому було неможливо провести мета-аналіз для цих порівнянь.

Розмір вибірки. У 87 дослідженнях, включених до мета-аналізу, взяли участь загалом 3492 учасники КПТ та 2472 контролі (очікування/відсутність контролю лікування, N = 1537; TAU, N = 260; контроль уваги, N = 441; альтернативне лікування, N = 234).

Розміри вибірки дослідження варіювалися від 12 учасників, Ginsburg 2002; Sciberras 2018, до 206 учасників (скоригований розмір вибірки; Ginsburg 2019a).

Дві третини включених досліджень проводилися в США або Австралії. Решта досліджень проводилися у Великобританії, Іспанії, Норвегії, Нідерландах, Німеччині, Швеції, Ірані, Бразилії, Гонконгу, Індії, Японії, Данії та Ірландії.

Більшість досліджень проводилися в клінічних умовах, або в університетських дослідницьких клініках (вказаних у 41 дослідженні), громадських клініках психічного здоров'я (вказаних у 12 дослідженнях), або стоматологічних клініках (Berge 2017; Shahnavaz 2016). Шістнадцять досліджень залучали учасників через школи (Chiu 2013; Dadds 1997; Ginsburg 2002; Ginsburg 2012; Ginsburg 2019a; Ingul 2013; Masia Warner 2005; Masia Warner 2007; Masia Warner 2016; Muris 2002; Olivares 2005; Olivares 2014; Olivares 2019; Rosa Alcazar 2009; Sanchez Garcia 2009; Simon 2011), і два через дошкільні заклади (Lau 2017; Rapee 2005). Дослідження в умовах стаціонару не проводились.

Учасники. У включених дослідженнях брали участь учасники різного віку. Шістнадцять досліджень були зосереджені на підлітках і включали лише учасників віком від 12 років (Ginsburg 2002; Herbert 2009; Ingul 2013; Kidd 2018; Masia Warner 2005; Masia Warner 2007; Masia Warner 2016; Murphy 2017; Olivares 2005; Olivares 2014; Olivares 2019; Pincus 2010; Rosa Alcazar 2009; Spence 2011; White 2013; Wood 2015). Двадцять п'ять досліджень включали учасників віком до 12 років (Cartwright Hatton 2011; Cheung 2016; Chiu 2013; Cornacchio 2019; Creswell 2017; Fujii 2013; Gallagher 2004; Hirshfeld Becker 2010; Holmes 2014; Kennedy 2009; Lau 2010; Lau 2017; Lebowitz 2019; Muris 2002; Rapee 2005; Rapee 2006; Salari 2018; Salum 2018; Santucci 2013; Schneider 2011; Sciberras 2018; Shortt 2001; Storch 2013; Thirlwall 2013; Waters 2009), включаючи 5 досліджень, де всі учасники були віком до 8 років (Hirshfeld Becker 2010; Kennedy 2009; Lau 2017; Rapee 2005; Schneider 2011). Наймолодші учасники включених досліджень були віком від двох до трьох років (Cartwright Hatton 2011; Kennedy 2009; Lau 2017; Rapee 2005). Решта досліджень включали учасників віком до 12 років та старше.

Усі учасники відповідали діагностичним критеріям принаймні одного тривожного розладу. У більшості досліджень для включення вимагався будь-який тривожний розлад або підмножина тривожних розладів (наприклад, генералізований тривожний розлад (GAD), соціальний тривожний розлад або тривожний розлад розлуки). У п'яти дослідженнях (Cartwright Hatton 2011; Creswell 2017; Dadds 1997; Rapee 2005; Simon 2011) не всі учасники дослідження відповідали діагностичним

критеріям тривожного розладу, але лише ті, хто це робив, були включені в цей огляд.

Двадцять чотири дослідження були зосереджені на конкретному тривожному розладі, де всі учасники відповідали діагностичним критеріям цільового тривожного розладу. Дослідження, присвячені розладам, включали учасників з соціальним тривожним розладом (Gallagher 2004; Herbert 2009; Ingul 2013; Masia Warner 2005; Masia Warner 2007; Masia Warner 2016; Melfsen 2011; Olivares 2005; Olivares 2014; Olivares 2019; Rosa Alcazar 2009; Sanchez Garcia 2009; Spence 2000), специфічною фобією (Berge 2017; Leutgeb 2012; Ollendick 2009; Ost 2001; Shahnavaz 2016), розладом тривоги при розлученні (Santucci 2013; Schneider 2011), GAD (Holmes 2014; Perrin 2019), панічним розладом з/без агорафобією (Pincus 2010) та селективним мутизмом (Cornacchio 2019).

У деяких дослідженнях для включення були потрібні супутні стани. Дванадцять досліджень включали учасників з ASD (Chalfant 2007; Fujii 2013; Kidd 2018; McConachie 2014; McNally Keehn 2013; Murphy 2017; Reaven 2012; Storch 2013; Storch 2015; White 2013; Wood 2009; Wood 2015). Інші супутні захворювання, необхідні для включення в окремі дослідження, включали розлад дефіциту уваги/гіперактивності (СДУГ) (Sciberras 2018), відмову від школи (Last 1998), головні болі (Sharma 2017), функціональні фізичні скарги (Masia Warner 2011) та запальні захворювання кишечника (IBD) (Reigada 2015). Жодне дослідження не включало зразки дітей з інтелектуальними порушеннями.

Втручання. Найбільш часто використовуваними або адаптованими посібниками з лікування були Coping Cat (Kendall 1994) та Cool Kids (Hudson 2009; Rapee 2006). У дослідженнях, орієнтованих на специфічні тривожні розлади, використовувалися специфічні для розладів інтервенції (наприклад, OST (односесійне лікування) для специфічних фобій, IAFS (втручання до підлітків з соціальною фобією) для соціального тривожного розладу), а в дослідженнях, орієнтованих на дітей з аутизмом (або іншим супутнім захворюванням), використовувалися адаптовані інтервенції, розроблені спеціально для цільової популяції (наприклад, BIACA (поведінкові інтервенції для тривоги у дітей з аутизмом), TAPS (лікування тривоги та фізичних симптомів)).

Формати доставки варіювалися між включеними дослідженнями, включаючи інтервенції, орієнтовані на дітей (45 досліджень), інтервенції, що надаються як дітям, так і батькам (40 досліджень), та інтервенції, що надаються лише батькам (10 досліджень). Приблизно половина втручань КПТ включала груповий формат, включаючи втручання, орієнтовані на дітей (наприклад, Gallagher 2004; Ginsburg 2002; Olivares 2005), втручання, проведені дітям та батькам (наприклад, Hudson 2009; McConachie 2014;

Waters 2009), та втручання, орієнтовані лише на батьків (наприклад, Cartwright Hatton 2011; Cobham 2017; Rapee 2005).

Час контакту з терапевтом також значно варіювався у включених дослідженнях, коливаючись від менш ніж 10 годин (інтервенції в 16 дослідженнях, наприклад, Creswell 2017; Ishikawa 2019; Ollendick 2009) до більш ніж 20 годин (інтервенції в 23 дослідженнях, наприклад, Herbert 2009; Sharma 2017; Storch 2015). Решта втручань включали від 10 до 20 годин часу контакту з терапевтом.

Заходи. Більшість включених досліджень (70 з 87), включених до мета-аналізів, використовували діагностичну оцінку після лікування та повідомляли (або надавали) дані про ремісію первинних та/або всіх тривожних розладів. У більшості випадків використовувався графік інтерв 'ю з тривожним розладом для дітей (ADIS-C), хоча були відмінності в способі його проведення, включаючи або окремі інтерв' ю з дітьми та батьками (наприклад, Spence 2011; Thirlwall 2013; Wergeland 2014), спільні інтерв'ю з дітьми та батьками (Barrington 2005; Ishikawa 2019; Khanna 2010), інтерв'ю лише з дітьми (наприклад, Ginsburg 2002; Olivares 2005; Sanchez Garcia 2009), або тільки інтерв'ю з батьками (наприклад, Lau 2017; McNally Keehn 2013; Waters 2009). Альтернативні діагностичні оцінки після лікування включали: Kinder-dips (Melfsen 2011; Schneider 2011), Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADs) (Hirshfeld Becker 2010; Last 1998; Lau 2010; Silk 2018), графік діагностичних інтерв'ю для дітей, підлітків та батьків (DISCAP) (Shortt 2001), графік діагностичних інтерв'ю для дітей (Southam Gerow 2010), адаптована версія оцінки розвитку та благополуччя (DAWBA) (Shahnavaz 2016) та Mini-Kid (Sharma 2017).

Симптоми тривоги оцінювали за допомогою діапазону опитувальників дитячої та батьківської тривоги, включаючи дитячу шкалу тривоги Спенса (SCAS -C/P) (або батьківську дошкільну шкалу тривоги для дітей молодшого віку), багатовимірну шкалу тривоги для дітей (MASC-C/P), скринінг дитячих емоційних розладів, пов 'язаних з тривогою (SCARED - C/P), шкалу тривоги за державними ознаками (Staic - T), переглянуту дитячу шкалу тривожності (RCMAS), переглянуту дитячу шкалу тривоги та депресії (RCADS - A), контрольний список дитячої поведінки (CBCL-A) та шкалу тривоги за дитячими та підлітковими симптомами (ASD). Там, де не було повідомлено про широкі показники симптомів тривоги, в основних аналізах використовувалися наступні опитувальники симптомів розладу: Шкала соціальної тривоги для підлітків (SAS‐A) (Herbert 2009; Masia Warner 2005; Masia Warner 2007; Olivares 2014; Rosa Alcazar 2009), Соціальна фобія та тривога для дітей (SPAI) (Herbert 2009; Masia Warner 2005; Masia Warner 2007; Masia Warner 2016;

Melfsen 2011; Olivares 2005; Rosa Alcazar 2009; Sanchez Garcia 2009), IBD-Specific Anxiety Scale (IBD-SAS) (Reigada 2015), Шкала інтраорального ін'єкційного страху (IOIF-s) (Berge 2017) та Графік обстеження дитячого страху: Dental Subscale (Shahnavaz 2016).

Симптоми депресії найчастіше оцінювали за допомогою анкет для самозвітування, і там, де використовувався батьківський звіт, він завжди використовувався разом з самозвітом, тому в аналізах використовувалися лише показники депресивних симптомів самозвіту. Найбільш часто використовуваним показником депресивних симптомів був опитувальник дитячої депресії; інші показники включали опитувальник короткого настрою та почуттів (Arendt 2016; Kidd 2018; Thirlwall 2013; Wergeland 2014), опитувальник настрою та почуттів (Perrin 2019), переглянуту шкалу дитячої тривоги та депресії (RCADS-D) (Muris 2002) та опитувальник депресії Бека II (BDII) (Masia Warner 2007).

У всіх включених дослідженнях, які оцінювали глобальне функціонування після лікування, використовувалася оцінена лікарем дитяча глобальна шкала оцінки (CGAS) або адаптована, White 2013, або перекладена версія CGAS (Melfsen 2011).

Виключені дослідження. Ми виключили 593 повнотекстові статті; причини виключення детально описані в розділі Характеристики виключених досліджень.

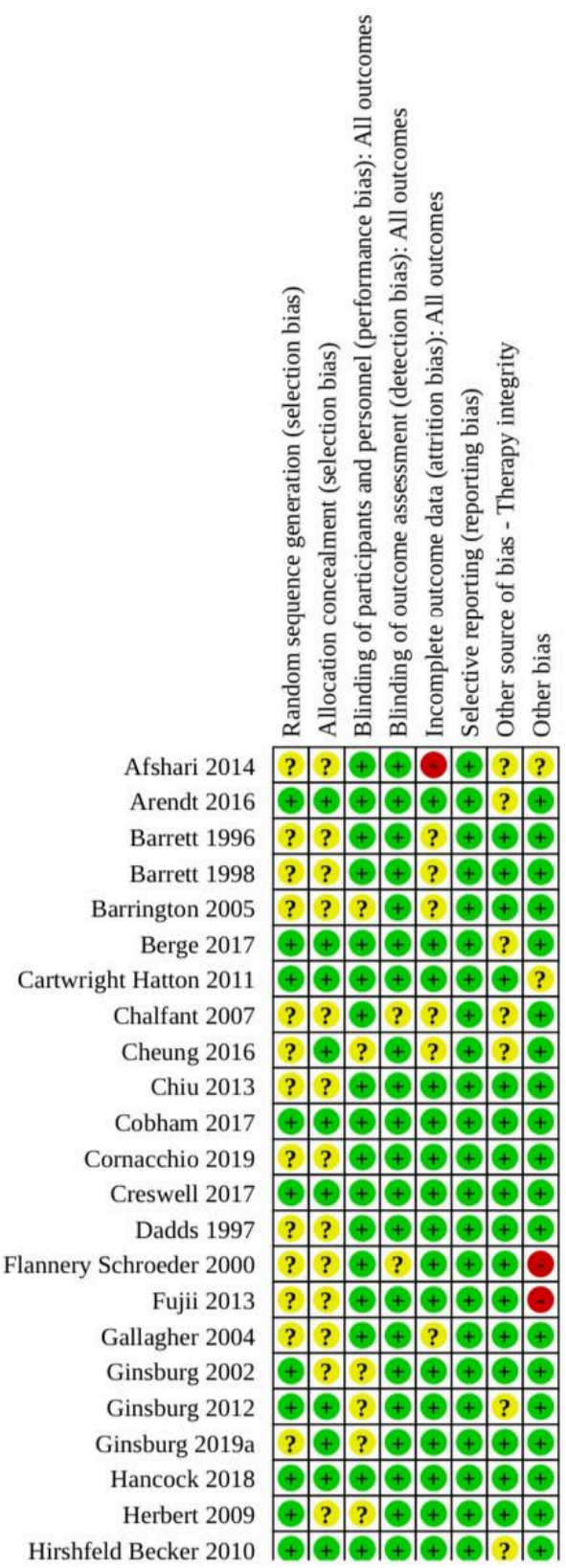
Ми виключили дослідження, якщо учасники не були повністю рандомізовані за станами (Bodden 2008a; Cobham 2012; Hayward 2000; Kujawa 2019; Mendlowitz 1999; Nauta 2003), або якщо дослідження не використовувало стандартизоване структуроване інтерв'ю для визначення наявності базових тривожних розладів (наприклад, Gil Bernal 2009; Jansen 2012; Kerns 2016; Sevi Tok 2016; Sung 2011). Ми виключили дослідження, в яких лише деякі учасники були віком до 19 років (наприклад, Salzer 2018), або лише деякі учасники відповідали діагностичним критеріям тривожного розладу (наприклад, Bernstein 2005; Ginsburg 2019b; Pereira 2014; Weisz 2012), якщо автори дослідження не надали дані про відповідних учасників. Ми також виключили дослідження, якщо втручання не включало як когнітивні, так і поведінкові елементи (наприклад, Beidel 2000; Beidel 2007; Bergman 2013; Cotton 2019; Ebrahiminejad 2016; Oerbeck 2014; Ollendick 2018; Ost 2015; Ozyurt 2018; Rudy 2017; Storch 2019); не було сеансів КПТ обличчям до обличчя (наприклад, Lyneham 2006); або де контрольне втручання включало елементи КПТ (наприклад, Clementi 2019).

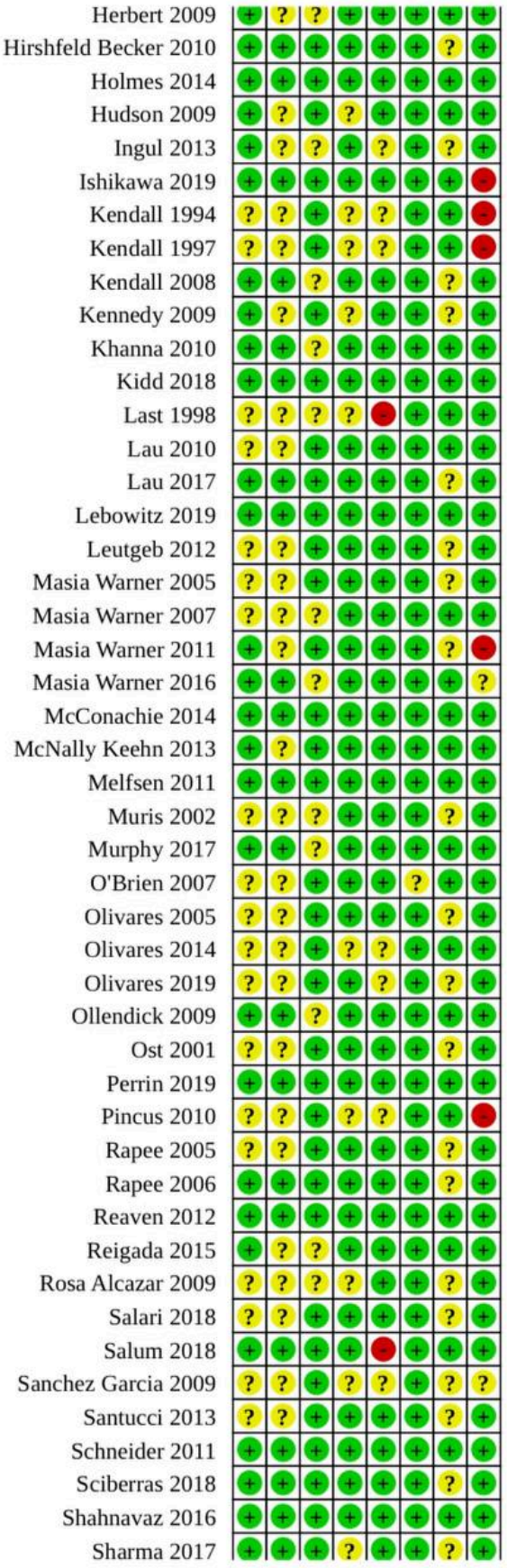
Ми виключили п 'ять досліджень, оскільки придатні для використання дані не були надані для будь-яких відповідних результатів (Asbrand; Asbrand 2019 ; Baer 2005 ; Flatt 2010; NCT00576719).

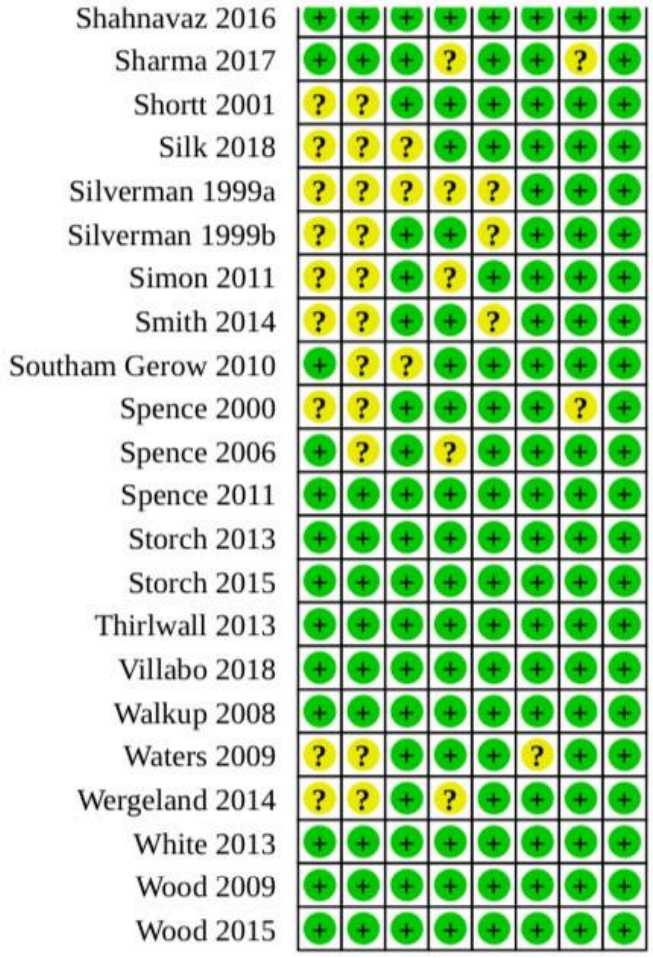
Поточні дослідження. Ми визначили п 'ять поточних досліджень, які відповідають нашим критеріям включення (див. Характеристики поточних досліджень).

Дослідження, що очікують класифікації. Ми визначили реєстрацію випробувань для 13 досліджень, де було недостатньо інформації для визначення придатності, і або випробування тривало/не розпочалося, або дані випробувань були недоступні (див. Характеристики досліджень, що очікують класифікації).

Ризик упередженості у включених дослідженнях. Резюме ризику систематичної помилки у включених дослідженнях наведено на рисунку 2 та рисунку 3.

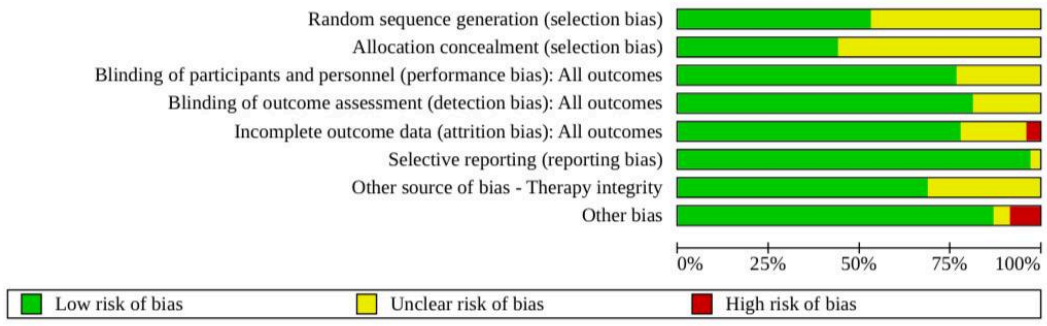

Random sequence generation (selection bias)
Allocation concealment (selection bias)
Blinding of participants and personnel (performance bias): All outcomes
Blinding of outcome assessment (detection bias): All outcomes
Incomplete outcome data (attrition bias): All outcomes
Selective reporting (reporting bias)
Other source of bias - Therapy integrity
Other bias
Afshari 2014
Arendt 2016
Barrett 1996
Barrett 1998
Barrington 2005
Berge 2017
Cartwright Hatton 2011
Chalfant 2007
Cheung 2016
Chiu 2013
Cobham 2017
Cornacchio 2019
Creswell 2017
Dadds 1997
Flannery Schroeder 2000
Fujii 2013
Gallagher 2004
Ginsburg 2002
Ginsburg 2012
Ginsburg 2019a
Hancock 2018
Herbert 2009
Hirshfeld Becker 2010


Herbert 2009
Hirshfeld Becker 2010
Holmes 2014
Hudson 2009
Ingul 2013
Ishikawa 2019
Kendall 1994
Kendall 1997
Kendall 2008
Kennedy 2009
Khanna 2010
Kidd 2018
Last 1998
Lau 2010
Lau 2017
Lebowitz 2019
Leutgeb 2012
Masia Warner 2005
Masia Warner 2007
Masia Warner 2011
Masia Warner 2016
McConachie 2014
McNally Keehn 2013
Melfsen 2011
Muris 2002
Murphy 2017
O'Brien 2007
Olivares 2005
Olivares 2014
Olivares 2019
Ollendick 2009
Ost 2001
Perrin 2019
Pincus 2010
Rapee 2005
Rapee 2006
Reaven 2012
Reigada 2015
Rosa Alcazar 2009
Salari 2018
Salum 2018
Sanchez Garcia 2009
Santucci 2013
Schneider 2011
Sciberras 2018
Shahnavaz 2016
Sharma 2017



2

Підсумок ризику упередженості: перегляньте судження авторів щодо кожного пункту ризику упередженості для кожного включеного дослідження.

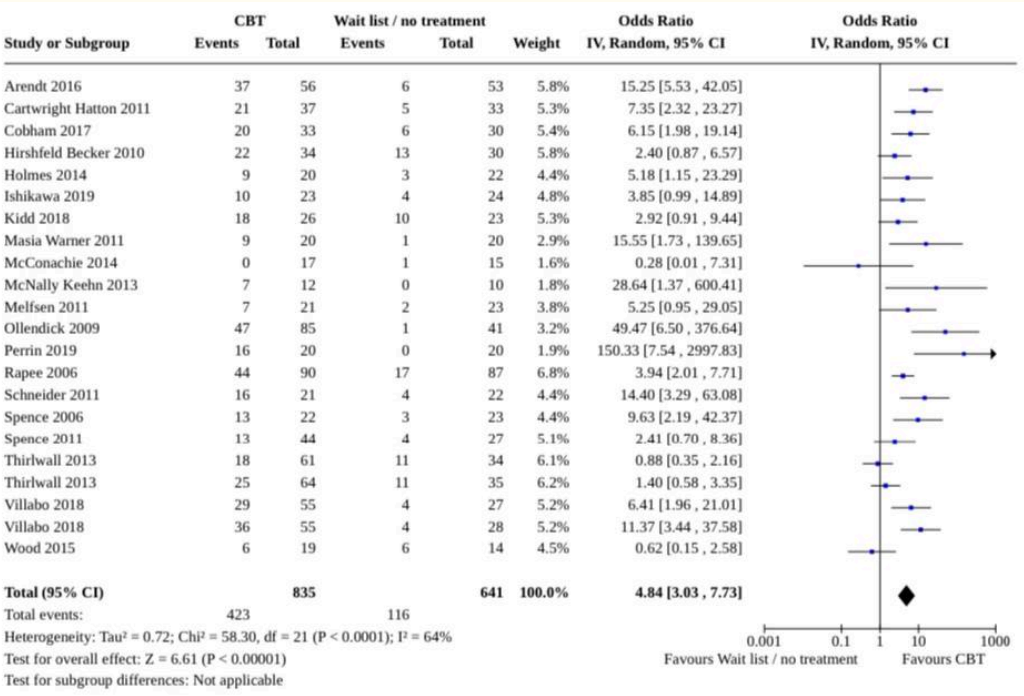


3

Графік ризику упередженості: перегляньте судження авторів щодо кожного елемента ризику упередженості, представленого у відсотках у всіх включених дослідженнях.

Розподіл. Більше половини включених досліджень (47 з 88) чітко описали адекватний процес генерації послідовності, і трохи менше половини (39 з 88) чітко описали адекватний процес приховування розподілу. У решті досліджень недостатньо або взагалі не було надано інформації про процес генерування послідовності.

Ми провели аналіз чутливості до первинного результату (ремісія первинного тривожного розладу після лікування) серед контрольної групи КПТ порівняно з контрольною групою очікування, використовуючи лише ті дослідження, які чітко описували генерацію послідовності, і виявили аналогічні результати з основним аналізом (співвідношення шансів (СШ) 4,84, 95% довірчий інтервал (ДІ) від 3,03 до 7,73, Z = 6,61, P < 0,001) (Аналіз 1,32).



1,32

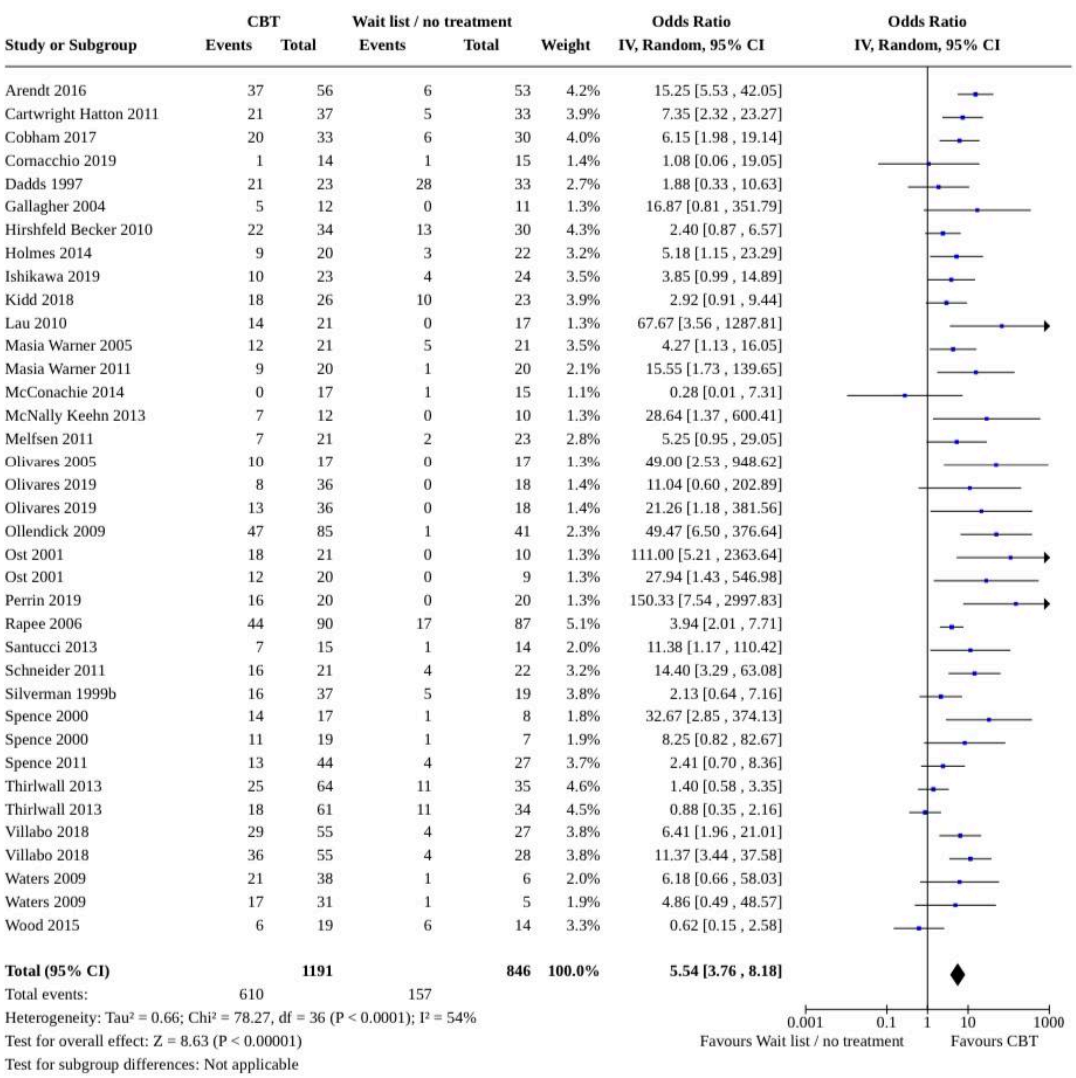
Аналіз

Порівняння 1: КПТ в порівнянні з очікуванням/відсутністю лікування, Результат 32: Аналіз чутливості: ремісія діагностики первинної тривоги після лікування (ITT) (лише дослідження, де генерація послідовності чітка).

Засліплення. Переважна більшість досліджень (72 з 88) або чітко деталізовані з використанням сліпих оцінювачів для проведення

діагностичних інтерв'ю після лікування, або використовували лише опитувальник звітів батьків/дітей, тому ми оцінили ризик упередження від відсутності засліплення як низький.

Ми провели аналіз чутливості, вивчаючи ремісію діагнозу первинного тривожного розладу серед КПТ порівняно з контролем списку очікування, де були вилучені дослідження, які не визначали за допомогою сліпих оцінювачів. Результати були подібними до основного аналізу (СШ 5,54, 95% ДІ від 3,76 до 8,18, Z = 8,63, P < 0,001) (Аналіз 1,33).



1,33

Аналіз

Порівняння 1: КПТ в порівнянні з очікуванням/відсутністю лікування,

Результат 33: Аналіз чутливості: ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування (ITT) (лише дослідження, де використовувалися сліпі оцінювачі).

Засліплення учасників та персоналу було можливим лише в деяких дослідженнях КПТ проти TAU, активного контролю або альтернативного лікування. У цих дослідженнях описані заходи для забезпечення порівнянності втручань (наприклад, кількість часу контакту); однак, лише в декількох дослідженнях були спеціально деталізовані спроби приховати втручання "тестування" проти "контролю" від учасників.

Неповні дані про результати. Більшість досліджень описували інформацію про вибуття та відсутні дані про результати. Кількість відсутніх даних була невеликою, з описом відповідних методів управління відсутніми даними. Шістнадцять досліджень надали недостатню інформацію про відсутні дані, а в трьох дослідженнях відсутні дані не були збалансовані між групами, причому більше відсутніх даних у групі КПТ, ніж у контрольній групі (Afshari 2014; Last 1998; Salum 2018).

Вибіркове звітування. За винятком двох досліджень, в яких не повідомлялося про наслідки симптомів тривоги після лікування для КПТ та контрольної групи (O'Brien 2007; Waters 2009), звіти про дослідження включали очікувані результати, що мають відношення до цього огляду.

Примітно, однак, що шість досліджень включали діагностичну оцінку після лікування та повідомляли про результати цієї оцінки (наприклад, ремісія підгрупи тривожних розладів, зменшення кількості тривожних розладів), але не повідомляли або не надавали даних про ремісію первинного тривожного розладу або ремісію всіх тривожних розладів (Ginsburg 2012; Hancock 2018; Murphy 2017; Pincus 2010; Walkup 2008; Wood 2009), тому ці дослідження не були включені до нашого аналізу діагностичних результатів.

Інші потенційні джерела неупередженості цілісності терапії, включаючи компетентність терапевта та прихильність, оцінювалися в усіх дослідженнях. У більшості досліджень (61 з 88) використовували підготовлених та контрольованих терапевтів, а також вимірювали прихильність та повідомляли про неї. У решті досліджень було надано недостатньо інформації про компетентність або прихильність, або і те, і інше.

Найбільш часто виявляється інше потенційне джерело упередженості, пов'язане з термінами оцінки після лікування. У семи дослідженнях (Flannery Schroeder 2000; Fujii 2013; Ishikawa 2019; Kendall 1994; Kendall 1997; Masia Warner 2011; Pincus 2010) терміни оцінки після лікування варіювалися в залежності від групи, з коротшим списком очікування або контрольним періодом, ніж період лікування.

Ефекти втручань

Див.: Таблиця 1; Таблиця 2; Таблиця 3; Таблиця 4

Короткий виклад отриманих результатів

КПТ порівняно зі списком очікування для дітей та підлітків з тривожними розладами

КПТ порівняно зі списком очікування для дітей та підлітків з тривожними розладами						
Пацієнт або група пацієнтів: діти та підлітки з тривожними розладами **Налаштування:** амбулаторії/школи **Втручання:** КПТ **Порівняння:** список очікування/відсутність лікування						
	Ілюстративні порівняльні ризики* (95% ДІ)					
	Припустимий ризик	**Відповідний ризик**	**Відносний ефект (95% CI)**	**Кількість учасників дослідження**	**Якість свідчень (GRADE)**	**Коментарі**
Результати	**Список очікування**	**КПТ**				

Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування;	178 на 1000	541 на 1000 (від 458 до 622)	СШ 5,45 (3,90-7,60)	2697 (39 досліджень)	⊕⊕⊕⊖ помірний	Аналізи підгруп: Різниця в результатах для різних форматів пологів (дитина-орієнтована, дитина та батьки, тільки батьки) (Chi^2 = 8,57, df = 2, P = 0,01, I^2 = 76,7%) Відсутність різниці в результатах для окремих форматів порівняно з групою (Chi^2 = 0,90, df = 1, P = 0,34; I^2 = 0%) Немає різниці в результатах для втручань з різною кількістю контакту з терапевтом (Chi^2 = 0,52, df = 2, P = 0,77; I^2 = 0%) Немає різниці в результатах для учасників з аутизмом та без нього (Chi^2 = 2,25, df = 1, P = 0,13; I^2 = 55,5%)

Прийнятність (кількість учасників, які не пройшли оцінку після лікування)	104 на 1000	112 на 1000 (від 90 до 141)	СШ 1,09 (від 0,85 до 1,41)	3158 (45 досліджень)	⊕⊕⊖⊖ Низький 3	

Ремісія всіх діагнозів тривоги після лікування;	191 на 1000	512 на 1000 (від 406 до 616)	СШ 4,43 (від 2,89 до 6,78)	2075 (28 досліджень)	⊕⊕⊕⊖ помірний 2	Аналізи підгруп: Різниця в результатах для різних форматів пологів (дитина-орієнтована, дитина та батьки, тільки батьки) (Chi² = 8,57, df = 2, P = 0,01, I² = 76,7%) Відсутність різниці в результатах для окремих форматів порівняно з групою (Chi² = 0,90, df = 1, P = 0,34; I² = 0%) Різниця результатів для втручань з різною кількістю контакту з терапевтом (Chi² = 10,75, df = 2, P= 0,005; I² = 81,4%) Недостатньо досліджень для аналізу підгруп, що вивчають результати для учасників з розладом аутистичного спектру та без нього Аналізи підгруп: Різниця в результатах для

						групою (Chi² =6,47, df = 1, P = 0,01; I² = 84,5%) Немає різниці в результатах для втручань з різною кількістю контакту з терапевтом (Chi² = 3,33, df = 2, P = 0,19; I² = 39,9%) Немає різниці в результатах для учасників з аутизмом та без нього (Chi² = 0,02, df = 1, P = 0,88; I² = 0%)

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування	Середні симптоми тривоги (звіт дитини) у групах КПТ були нижчими на 0,67 стандартних відхилень (від 0,88 до 0,47).	Помірний розмір ефекту	2831 (45 досліджень)	⊕⊕⊖⊖ Низький 4	Аналізи підгруп: Немає різниці в результатах для різних форматів пологів (дитина-орієнтована, дитина та батьки, тільки батьки) (Chi^2 = 3,43, df = 2, P = 0,18, I^2 = 41,8%) Різниця в результатах для окремих форматів порівняно з групою (Chi^2 = 6,79,df = 1, P = 0,009, I^2 = 85,3%) Немає різниці в результатах для

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування	Середні симптоми тривоги (батьківський звіт) у групах КПТ були нижчими на 0,70 стандартних відхилень (від 0,90 до 0,51).	Помірний розмір ефекту	2137 (35 досліджень)	⊕⊕⊖⊖ Низький 4	

Зменшення депресивних симптомів після лікування;	Середні депресивні симптоми в групах КПТ були нижчими на 0,34 стандартних відхилень (від 0,51 до 0,17).		Малий розмір ефекту	1157 (17 досліджень)	⊕⊕⊕⊖ помірний	
Покращення загального функціонування після лікування;	Середнє глобальне функціонування в групах КПТ було на 1,03 стандартних відхилень вище (від 0,68 до 1,38 вище).		Великий розмір ефекту	557 (11 досліджень)	⊕⊕⊖⊖ низький	
Небажані явища (рандомізація до після лікування)	Переглянути коментар	Переглянути коментар	Не оцінюється	-	Перегляну ти коментар	Жодне дослідження не повідомляло про небажані явища як у групах КПТ, так і в групах очікування/без лікування
*Підстава для передбачуваного ризику (наприклад, медіана ризику контрольної групи у всіх дослідженнях) наведена у виносках. Відповідний ризик (і його 95% довірчий інтервал) базується на припущеному ризику в групі порівняння та відносному ефекті втручання (і його 95% ДІ). КПТ: когнітивно-поведінкова терапія; ДІ: довірчий інтервал; ITT: намір лікувати; або: співвідношення шансів						
Рівні доказів Робочої групи GRADE **Висока**: Подальші дослідження навряд чи змінять рівень впевненості в оцінці ефекту. **Помірна**: Подальше дослідження, ймовірно, матимуть важливий вплив на рівень впевненості в оцінці ефекту, і можуть змінити цю оцінку. **Низька:** Подальші дослідження, ймовірно, матимуть важливий вплив на рівень впевненості в оцінці ефекту і, напевно, змінять цю оцінку. **Дуже низька якість**: Ми дуже не впевнені в оцінці.						

Відкрити в окремому вікні

1. Оцінки ризику контрольної групи походять з об'єднаних оцінок груп очікування.
2. Понижений на один рівень через помірну неоднорідність

(невідповідність).
3. Понижений на два рівні через великі варіації ефектів лікування в різних дослідженнях (невідповідність) та широкі довірчі інтервали (неточність).
4. Понижений на два рівні через значну неоднорідність (невідповідність).
5. Понижений на два рівні через значну неоднорідність (невідповідність) та оцінений та зареєстрований у невеликій кількості відповідних досліджень (обмеження дослідження).

Короткий виклад отриманих результатів

КПТ у порівнянні з звичайним лікуванням тривожних розладів у дітей та підлітків

<table>
<tr><td colspan="6">КПТ у порівнянні з звичайним лікуванням тривожних розладів у дітей та підлітків</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="6">Пацієнт або група пацієнтів: діти та підлітки з тривожними розладами
Налаштування: амбулаторії/школи
Втручання: КПТ
Порівняння: лікування як зазвичай</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3"></td><td colspan="2">Ілюстративні порівняльні ризики* (95% ДІ)</td><td rowspan="3">Відносний ефект (95% CI)</td><td rowspan="3">Кількість учасників дослідження</td><td rowspan="3">Якість свідчень (GRADE)</td><td rowspan="3">Коментарі</td></tr>
<tr><td>Передбачуваний ризик</td><td>Відповідний ризик</td></tr>
<tr><td>TAU=лікування як зазвичай.</td><td>КПТ</td></tr>
<tr><td>Результати</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування;	408 на 1000	687 на 1000 (від 383 до 886)	OR 3,19 (від 0,90 до 11,29)	487 (8 досліджень)	⊕⊕⊖⊖ Низький 2	Аналізи підгруп: Різниця в результатах для різних форматів пологів (дитина-орієнтована проти дитини та батьків) (Chi^2 = 10,90, df = 1, P < 0,001, I^2 = 90,8%) Недостатньо досліджень для аналізу підгруп, що вивчають відмінності в результатах для індивідуальних та групових форматів та втручань з різною кількістю часу контакту з терапевтом Різниця в результатах для учасників з аутизмом та без нього (Chi^2 = 5,71, df = 1, P = 0,02; I^2 = 82,5%)

Прийнятність (кількість учасників, які не пройшли оцінку після лікування)	93 на 1000	124 на 1000 (від 70 до 209)	СШ 1,37 (від 0,73 до 2,56)	441 (8 досліджень)	⊕⊕⊖⊖ Низький 3	
Ремісія всіх діагнозів тривоги після лікування;	414 на 1000	660 на 1000 (від 451 до 820)	СШ 2,74 (від 1,16 до 6,46)	203 (5 досліджень)	⊕⊕⊖⊖ Низький 3	
Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування	Середні симптоми тривоги (звіт дитини) у групах КПТ були нижчими на 0,15 стандартних відхилень (на 0,78 нижче до 0,48 вище).		Перехрестя 0	214 (6 досліджень)	⊕⊕⊖⊖ Низький 2	
Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування	Середні симптоми тривоги (батьківський звіт) у групах КПТ були нижчими на 0,32 стандартних відхилень (на 0,70 нижче до 0,06 вище).		Перехрестя 0	228 (7 досліджень)	⊕⊕⊖⊖ Низький 2	
Зменшення депресивних симптомів після лікування;	Переглянути коментар		Не оцінюється	-	Переглянути коментар	Недостатньо доказів для оцінки ефекту
Покращення глобального функціонування після лікування;	Переглянути коментар		Не оцінюється	-	Переглянути коментар	Недостатньо доказів для оцінки ефекту
Небажані явища (рандомізація до після лікування)	Перегляну ти коментар	Переглянути коментар	Не оцінюється	-	Переглянути коментар	Жодне дослідження не повідомляло про небажані явища як в групі КПТ, так і в групі лікування, як

						зазвичай
*Підстава для **передбачуваного ризику** (наприклад, медіана ризику контрольної групи у всіх дослідженнях) наведена у виносках. **Відповідний ризик** (і його 95% довірчий інтервал) базується на припущеному ризику в групі порівняння та **відносному ефекті** втручання (і його 95% ДІ). **КПТ:** когнітивно-поведінкова терапія; **ДІ:** довірчий інтервал; **ІТТ:** намір лікувати; **або:** співвідношення шансів						
Рівні доказів Робочої групи GRADE **Висока:** Подальші дослідження навряд чи змінять рівень впевненості в оцінці ефекту. **Помірна:** Подальше дослідження, ймовірно, матимуть важливий вплив на рівень впевненості в оцінці ефекту, і можуть змінити цю оцінку. **Низька:** Подальші дослідження, ймовірно, матимуть важливий вплив на рівень впевненості в оцінці ефекту і, напевно, змінять цю оцінку. **Дуже низька якість:** Ми дуже не впевнені в оцінці.						

Відкрити в окремому вікні

1. Оцінки ризику контрольної групи походять з об'єднаних оцінок лікування як звичайних груп.
2. Понижені два рівні через принаймні помірну неоднорідність (суперечливість) та широкі довірчі інтервали та невелику кількість явищ або учасників (неточність).
3. Понижені два рівні через великі варіації ефектів лікування в різних дослідженнях (суперечливість) та широкі довірчі інтервали та невелику кількість явищ (неточність).

Короткий виклад отриманих результатів

КПТ у порівнянні з контролем уваги при тривожних розладах у дітей та підлітків

КПТ у порівнянні з контролем уваги при тривожних розладах у дітей та підлітків	
Пацієнт або група пацієнтів: діти та підлітки з тривожними розладами **Налаштування:** амбулаторії/школи **Втручання:** КПТ **Порівняння:** контроль уваги	

	Ілюстративні порівняльні ризики* (95% ДІ)			**Відносний ефект (95% CI)**	**Кількість учасників в дослідження**	**Якість свідчень (GRADE)**	**Коментарі**
	Припустимий ризик	**Відповідний ризик**					
	Контроль уваги	**КПТ**					

Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування;	293 на 1000	486 на 1000 (від 355 до 617)		OR 2,28 (від 1,33 до 3,89)	822 (10 досліджень)	⊕⊕⊖⊖ Низький 2	Аналізи підгруп: Різниця в результатах для різних форматів пологів (дитина-орієнтована проти дитини та батьків) (Chi^2 = 7,65, df = 1, P = 0,006; I^2 = 86,9%) Відсутність різниці в результатах для окремих форматів порівняно з групою (Chi^2 = 1,22, df = 1, P = 0,27; I^2 = 17,7%) Недостатньо досліджень для аналізу підгруп, що вивчають результати втручань з різною кількістю контактів з терапевтом, а також учасників з розладом аутистичного спектру та без нього

Прийнятність (кількість учасників, які не пройшли оцінку після лікування)	201 на 1000	201 на 1000 (від 146 до 272)		СШ 1,00 (від 0,68 до 1,49)	797 (12 досліджень)	⊕⊕⊖⊖ Низький 3	
Ремісія всіх діагнозів тривоги після лікування;	185 на 1000	385 на 1000 (від 217 до 584)		СШ 2,75 (від 1,22 до 6,17)	378 (5 досліджень)	⊕⊕⊖⊖ Низький 2	
Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування	Середні симптоми тривоги (звіт дитини) у групах КПТ були нижчими на 0,31 стандартних відхилень (від 0,51 до 0,11).			Малий розмір ефекту	978 (15 досліджень)	⊕⊕⊕⊖ Помірний 4	
Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування	Середні симптоми тривоги (батьківський звіт) у групах КПТ були нижчими на 0,32 стандартних відхилень (на 0,70 нижче до 0,06 вище)			Перехрестя 0	638 (8 досліджень)	⊕⊕⊖⊖ Низький 5	
Зменшення депресивних симптомів після лікування;	Середні депресивні симптоми в групах КПТ були нижчими на 0,18 стандартних відхилень (від 0,45 до 0,09).			Перехрестя 0	613 (10 досліджень)	⊕⊕⊖⊖ Низький 5	
Покращення глобального функціонування після лікування;	Переглянути коментар			Не оцінюється	-	Переглянути коментар	Недостатньо доказів для оцінки ефекту
Небажані явища (рандомізація до після лікування)	Переглянути коментар	Переглянути коментар		Не оцінюється	-	Переглянути коментар	Жодне дослідження не повідомляло про небажані явища як в групі КПТ, так і в групі контролю ува

*Підстава для передбачуваного ризику (наприклад, медіана ризику контрольної групи у всіх дослідженнях) наведена у виносках. Відповідний ризик (і його 95% довірчий інтервал) базується на припущеному ризику в групі порівняння та відносному ефекті втручання (і його 95% ДІ). КПТ: когнітивно-поведінкова терапія; ДІ: довірчий інтервал; ІТТ: намір лікувати; або: співвідношення шансів	
Рівні доказів Робочої групи GRADE **Висока**: Подальші дослідження навряд чи змінять рівень впевненості в оцінці ефекту. **Помірна**: Подальше дослідження, ймовірно, матимуть важливий вплив на рівень впевненості в оцінці ефекту, і можуть змінити цю оцінку. **Низька**: Подальші дослідження, ймовірно, матимуть важливий вплив на рівень впевненості в оцінці ефекту і, напевно, змінять цю оцінку. **Дуже низька якість**: Ми дуже не впевнені в оцінці.	

Відкрити в окремому вікні

1. Оцінки ризику контрольної групи походять з об'єднаних оцінок груп контролю уваги.
2. Понижений на два рівні через принаймні помірну неоднорідність та велику варіабельність ефектів лікування (невідповідність) та невелику кількість випадків (неточність).
3. Понижений на два рівні через велику різницю ефектів лікування в різних дослідженнях (невідповідність) та широкі довірчі інтервали та невелику кількість випадків (неточність).
4. Понижений на один рівень через помірну неоднорідність (невідповідність).
5. Понижений на два рівні через принаймні помірну неоднорідність (невідповідність) та широкі довірчі інтервали (неточність).

Короткий виклад отриманих результатів

КПТ у порівнянні з звичайним лікуванням тривожних розладів у дітей та підлітків

КПТ у порівнянні з звичайним лікуванням тривожних розладів у дітей та підлітків	

Пацієнт або група пацієнтів: діти та підлітки з тривожними розладами **Налаштування: амбулаторії/школи** **Втручання: КПТ** **Порівняння: альтернативне лікування**						
	Ілюстративні порівняльні ризики* (95% ДІ)					
	Припустимий ризик	**Відповідний ризик**				
Результати	**Альтернативне лікування**	**КПТ**	**Відносний ефект (95% CI)**	**Кількість учасників дослідження**	**Якість свідчень (GRADE)**	**Коментарі**
Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування;	Переглянути коментар	Переглянути коментар	Не оцінюється	-	Переглянути коментар	Недостатньо доказів для оцінки ефекту або проведення аналізу в підгрупах
Прийнятність (кількість учасників, які не пройшли оцінку після лікування)	115 на 1000	171 на 1000 (від 74 до 350)	СШ 1,58 (від 0,61 до 4,13)	515 (7 досліджень)	⊕⊕⊖⊖ Низький 2	
Ремісія всіх діагнозів тривоги після лікування;	607 на 1000	579 на 1000 (від 351 до 775)	СШ 0,89 (від 0,35 до 2,23)	401 (4 дослідження)	⊕⊕⊖⊖ Низький 2	
Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування	Середні симптоми тривоги (звіт дитини) у групах КПТ були нижчими на 0,15 стандартних відхилень (на 0,78 нижче до 0,48 вище).		Перехрестя 0	399 (6 досліджень)	⊕⊕⊖⊖ Низький 3	
Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування	Середні симптоми тривоги (звіт дитини) у групах КПТ були нижчими на 0,15 стандартних відхилень (на 0,78 нижче до 0,48 вище).		Перехрестя 0	423 (6 досліджень)	⊕⊕⊖⊖ Низький 4	

Зменшення депресивних симптомів після лікування;	Не оцінюється		Не оцінюється	-	Переглянути коментар	Недостатньо доказів для оцінки ефекту
Покращення глобального функціонування після лікування;	Не оцінюється		Не оцінюється	-	Переглянути коментар	Немає доказів для оцінки ефекту
Небажані явища (рандомізація до після лікування)	Переглянути коментар	Переглянути коментар	Не оцінюється	-	Переглянути коментар	Жодне дослідження не повідомляло про небажані явища як в групі КПТ, так і в групі лікування, як зазвичай
*Підстава для **передбачуваного ризику** (наприклад, медіана ризику контрольної групи у всіх дослідженнях) наведена у виносках. **Відповідний ризик** (і його 95% довірчий інтервал) базується на припущенні про ризик в групі порівняння та **відносному ефекті** втручання (і його 95% ДІ). **КПТ:** когнітивно-поведінкова терапія; **ДІ:** довірчий інтервал; **ІТТ:** намір лікувати; **або:** співвідношення шансів						
Рівні доказів Робочої групи GRADE **Висока:** Подальші дослідження навряд чи змінять рівень впевненості в оцінці ефекту. **Помірна:** Подальше дослідження, ймовірно, матимуть важливий вплив на рівень впевненості в оцінці ефекту, і можуть змінити цю оцінку. **Низька:** Подальші дослідження, ймовірно, матимуть важливий вплив на рівень впевненості в оцінці ефекту і, напевно, змінять цю оцінку. **Дуже низька якість:** Ми дуже не впевнені в оцінці.						

Відкрити в окремому вікні

1. Оцінки ризику контрольної групи походять з об'єднаних оцінок груп альтернативного лікування.
2. Понижені два рівні через принаймні помірну неоднорідність (невідповідність) та широкі довірчі інтервали та невелику кількість явищ (неточність).
3. Понижені два рівні через помірну неоднорідність (невідповідність) та

широкі довірчі інтервали (неточність).
4. Понижені два рівні через великі відмінності в ефектах лікування в різних дослідженнях (невідповідність) та широкі довірчі інтервали (неточність).

Порівняння 1: КПТ проти списку очікування/відсутності лікування

Див. Таблицю 1.

Outcome or subgroup title	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
1.1 Remission of primary anxiety diagnosis post-treatment (ITT)	39	2697	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	5.45 [3.90, 7.60]
1.1.1 Child focused	19	1184	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	10.42 [5.84, 18.58]
1.1.2 Child and parent	19	1142	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	4.08 [2.72, 6.11]
1.1.3 Parent only	4	371	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	2.83 [1.12, 7.16]
1.2 Subgroup analysis: remission of primary anxiety diagnosis post-treatment (ITT) (individual vs group)	39		Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	Subtotals only
1.2.1 Individual focused	17	1165	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	4.53 [2.55, 8.03]
1.2.2 Group focused	25	1532	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	6.25 [4.45, 8.78]

Outcome or subgroup title	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
1.3 Subgroup analysis: remission of primary anxiety diagnosis post-treatment (ITT) (amount of therapist contact time)	39		Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	Subtotals only
1.3.1 Therapist contact (< 10 hours)	6	513	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	6.12 [2.08, 18.00]
1.3.2 Therapist contact (≥10 and < 20 hours)	23	1622	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	5.85 [3.95, 8.64]
1.3.3 Therapist contact (≥ 20 hours)	13	562	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	4.44 [2.26, 8.72]
1.4 Subgroup analysis: remission of primary anxiety diagnosis post-treatment (ITT) (age)	39		Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	Subtotals only
1.4.1 ≤ 12 years	11	789	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	3.93 [2.20, 7.02]
1.4.2 Mixed age range (< 12 and ≥ 12 years)	21	1447	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	6.43 [3.90, 10.58]
1.4.3 ≥ 12 years	7	461	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	5.28 [2.83, 9.86]
1.5 Subgroup analysis: remission of primary anxiety diagnosis post-treatment (ITT) (ASD vs non-ASD)	39		Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	Subtotals only
1.5.1 Sample with ASD	4	136	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	1.79 [0.39, 8.16]
1.5.2 Not sample with ASD	35	2561	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	5.88 [4.19, 8.24]
1.6 Remission of primary anxiety diagnosis post-treatment (completers)	38	2406	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	11.55 [8.41, 15.86]
1.7 Acceptability (number of participants lost to post-treatment assessment)	45	3158	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	1.09 [0.85, 1.41]
1.8 Remission of all anxiety diagnoses post-treatment (ITT)	28	2075	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	4.43 [2.89, 6.78]
1.8.1 Child focused	11	564	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	8.52 [2.97, 24.39]
1.8.2 Child and parent	15	916	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	5.19 [3.26, 8.27]
1.8.3 Parent only	7	595	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	1.89 [0.98, 3.65]

Outcome or subgroup title	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
1.9 Subgroup analysis: remission of all anxiety diagnoses post-treatment (ITT) (individual vs group)	28		Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	Subtotals only
1.9.1 Individual focused	9	671	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	3.72 [1.70, 8.12]
1.9.2 Group focused	20	1404	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	4.92 [2.95, 8.20]
1.10 Subgroup analysis: remission of all anxiety diagnoses post-treatment (ITT) (amount of therapist contact time)	28		Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	Subtotals only
1.10.1 Therapist contact (< 10 hours)	5	461	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	1.42 [0.68, 2.96]
1.10.2 Therapist contact (≥ 10 and < 20 hours)	17	1123	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	6.59 [3.62, 12.01]
1.10.3 Therapist contact (≥ 20 hours)	9	491	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	5.03 [2.55, 9.93]
1.11 Subgroup analysis: remission of all anxiety diagnoses post-treatment (ITT) (age)	28		Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	Subtotals only
1.11.1 ≤ 12 years	10	950	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	3.59 [1.97, 6.56]
1.11.2 Mixed age range (< 12 years and ≥ 12 years)	15	980	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	4.87 [2.58, 9.21]
1.11.3 ≥ 12 years	3	145	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	8.48 [0.79, 91.08]
1.12 Remission of all anxiety diagnoses post-treatment (completers)	27	1871	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	9.13 [5.78, 14.41]
1.13 Reduction in anxiety symptoms (child report) post-treatment	45	2831	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.67 [-0.88, -0.47]
1.13.1 Child focused	24	1239	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-1.04 [-1.41, -0.67]
1.13.2 Child and parent	20	1285	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.45 [-0.67, -0.23]
1.13.3 Parent only	5	307	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	0.04 [-0.38, 0.46]
1.14 Sensitivity analysis: reduction in anxiety symptoms (child report) post-treatment (broad anxiety measures)	38	2459	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.41 [-0.57, -0.25]

Outcome or subgroup title	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
1.15 Subgroup analysis: reduction in anxiety symptoms (child report) post-treatment (individual vs group)	45		Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	Subtotals only
1.15.1 Individual focused	21	1203	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.39 [-0.64, -0.15]
1.15.2 Group focused	27	1628	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.91 [-1.22, -0.60]
1.16 Subgroup analysis: reduction in anxiety symptoms (child report) post-treatment (amount of therapist contact time)	45		Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	Subtotals only
1.16.1 Therapist contact (< 10 hours)	9	587	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.36 [-0.75, 0.03]
1.16.2 Therapist contact (≥ 10 and < 20 hours)	29	1840	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.81 [-1.09, -0.52]
1.16.3 Therapist contact (≥ 20 hours)	10	404	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.62 [-1.06, -0.18]
1.17 Subgroup analysis: reduction in anxiety symptoms (child report) post-treatment (age)	45		Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	Subtotals only
1.17.1 ≤ 12 years	11	663	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.23 [-0.54, 0.08]
1.17.2 Mixed age range (< 12 years and ≥ 12 years)	28	1834	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.62 [-0.83, -0.41]
1.17.3 ≥ 12 years	6	334	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-1.78 [-3.01, -0.56]
1.18 Subgroup analysis: reduction in anxiety symptoms (child report) post-treatment (ASD vs non-ASD)	45		Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	Subtotals only
1.18.1 Sample with ASD	5	181	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.61 [-1.54, 0.33]
1.18.2 Not sample with ASD	40	2650	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.68 [-0.90, -0.47]
1.19 Reduction in anxiety symptoms (parent report) post-treatment	35	2137	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.70 [-0.90, -0.51]
1.19.1 Child focused	13	734	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.87 [-1.21, -0.53]
1.19.2 Child and parent	17	1031	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.69 [-0.98, -0.39]

Outcome or subgroup title	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
1.19.3 Parent only	5	372	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.37 [-0.77, 0.04]
1.20 Sensitivity analysis: reduction in anxiety symptoms (parent report) post-treatment (broad anxiety measures only)	32	1952	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.59 [-0.77, -0.41]
1.21 Subgroup analysis: reduction in anxiety symptoms (parent report) post-treatment (individual vs group)	35		Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	Subtotals only
1.21.1 Individual focused	17	858	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.43 [-0.65, -0.21]
1.21.2 Group focused	21	1279	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.92 [-1.21, -0.62]
1.22 Subgroup analysis: reduction in anxiety symptoms (parent report) post-treatment (amount of therapist contact time)	35		Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	Subtotals only
1.22.1 Therapist contact (< 10 hours)	4	336	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.36 [-0.81, 0.10]
1.22.2 Therapist contact (≥ 10 and < 20 hours)	22	1402	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.66 [-0.89, -0.43]
1.22.3 Therapist contact (≥ 20 hours)	10	399	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-1.03 [-1.55, -0.52]
1.23 Subgroup analysis: reduction in anxiety symptoms (parent report) post-treatment (age)	35		Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	Subtotals only
1.23.1 ≤ 12 years	11	750	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.40 [-0.63, -0.17]
1.23.2 Mixed age range (< 12 years and ≥ 12 years)	18	1057	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.76 [-1.04, -0.49]
1.23.3 ≥ 12 years	6	330	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-1.07 [-1.78, -0.37]
1.24 Subgroup analysis: reduction in anxiety symptoms (parent report) post-treatment (ASD vs non-ASD)	35		Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	Subtotals only
1.24.1 Sample with ASD	7	244	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-1.12 [-1.91, -0.34]
1.24.2 Not sample with ASD	28	1893	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.63 [-0.82, -0.44]

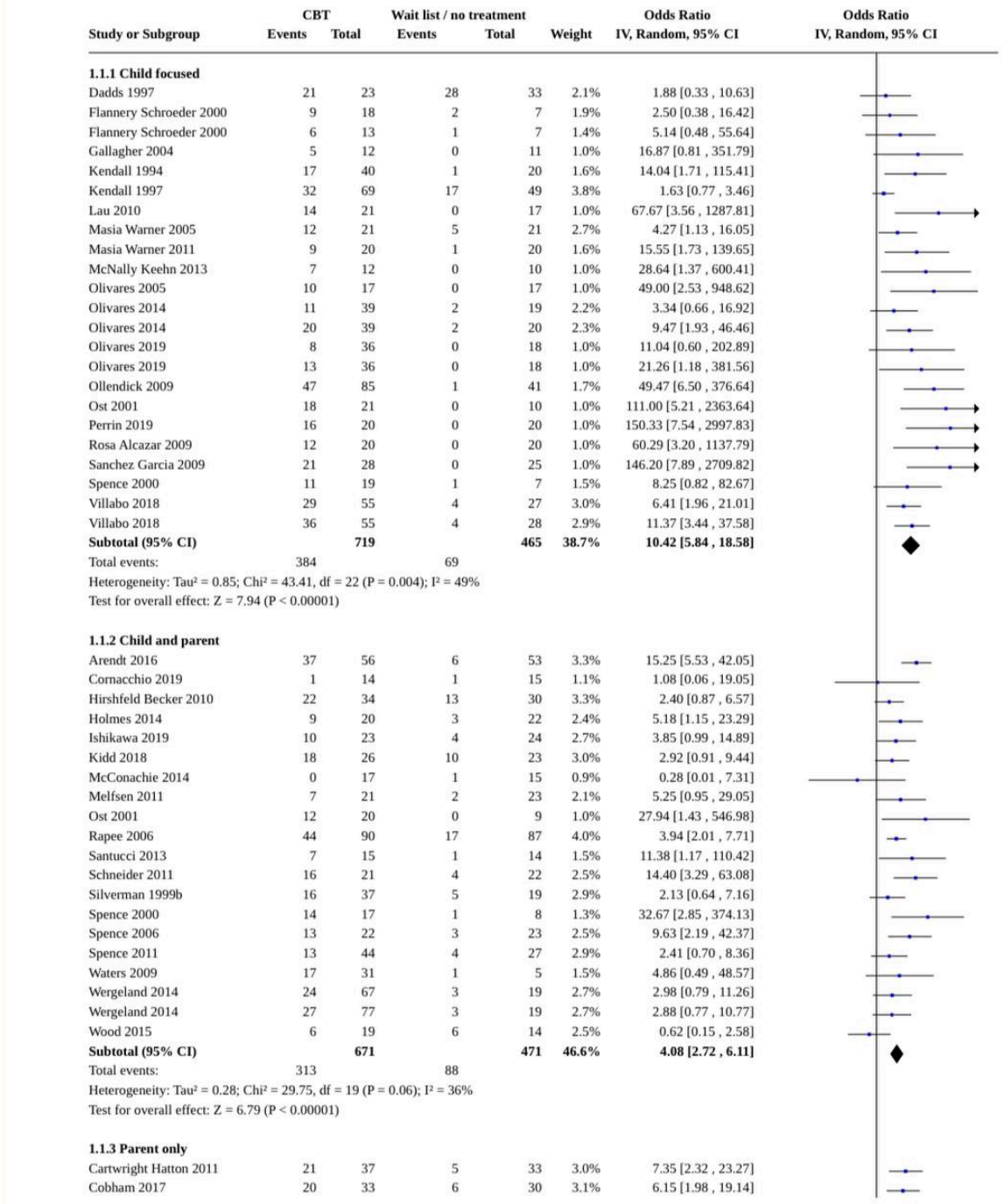
Outcome or subgroup title	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
1.25 Reduction in depressive symptoms post-treatment	17	1157	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.34 [-0.51, -0.17]
1.26 Improvement in global functioning post-treatment	11	557	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	1.03 [0.68, 1.38]
1.27 Remission of primary anxiety diagnosis at follow-up (ITT)	5		Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	Subtotals only
1.27.1 Follow-up (≤ 6 months)	4	153	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	10.94 [2.33, 51.41]
1.27.2 Follow-up (> 6 and ≤ 12 months)	3	166	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	2.80 [0.24, 33.19]
1.28 Remission of primary anxiety diagnosis at follow-up (completers)	5		Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	Subtotals only
1.28.1 Follow-up (≤ 6 months)	4	151	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	11.46 [2.40, 54.67]
1.28.2 Follow-up (> 6 and ≤ 12 months)	3	161	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	4.04 [0.77, 21.20]
1.29 Remission of all anxiety diagnoses at follow-up (ITT)	5		Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	Subtotals only
1.29.1 Follow-up (≤ 6 months)	3	130	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	8.25 [0.69, 98.10]
1.29.2 Follow-up (> 6 and ≤ 12 months)	3	166	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	3.75 [0.25, 56.88]
1.29.3 Follow-up (> 12 months)	2	131	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	0.48 [0.17, 1.38]
1.30 Remission of all anxiety diagnoses at follow-up (completers)	5		Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	Subtotals only
1.30.1 Follow-up (≤ 6 months)	3	128	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	8.68 [0.72, 104.46]
1.30.2 Follow-up (> 6 and ≤ 12 months)	3	161	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	5.01 [0.70, 35.87]
1.30.3 Follow-up (> 12 months)	2	114	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	1.25 [0.36, 4.34]
1.31 Reduction in anxiety symptoms (child report) at follow-up	5		Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	Subtotals only
1.31.1 Follow-up (≤ 6 months)	5	179	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-1.92 [-2.95, -0.89]
1.32 Sensitivity analysis: remission of primary anxiety diagnosis post-treat-	20	1476	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	4.84 [3.03, 7.73]

Outcome or subgroup title	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
ment (ITT) (only studies where sequence generation is clear)				
1.33 Sensitivity analysis: remission of primary anxiety diagnosis post-treatment (ITT) (only studies where blind assessors used)	31	2037	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	5.54 [3.76, 8.18]

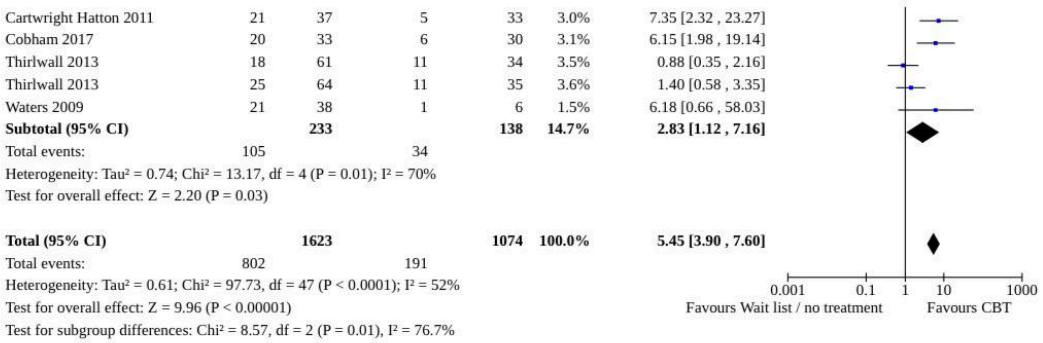
Первинні результати

1.1. Ремісія первинного діагнозу тривоги після лікування. Ми включили 39 досліджень в аналізі ремісії первинного діагнозу тривожного розладу після лікування (Arendt 2016; Cartwright Hatton 2011; Cobham 2017; Cornacchio 2019; Dadds 1997; Flannery Schroeder 2000; Gallagher 2004; Hirshfeld Becker 2010; Holmes 2014; Ishikawa 2019; Kendall 1994; Kendall 1997; Kidd 2018; Lau 2010; Masia Warner 2005; Masia Warner 2011; McConachie 2014; McNally Keehn 2013; Melfsen 2011; Olivares 2005; Olivares 2014; Olivares 2019; Ollendick 2009; Ost 2001; Perrin 2019; Rapee 2006; Rosa Alcazar 2009; Sanchez Garcia 2009; Santucci 2013; Schneider 2011; Silverman 1999b; Spence 2000; Spence 2006; Spence 2011; Thirlwall 2013; Villabo 2018; Waters 2009; Wergeland 2014; Wood 2015).

Докази помірної якості з аналізу рандомізованих пацієнтів виявили частоту відповіді на діагноз ремісії первинної тривоги 49,4% (802 з 1623) для КПТ проти 17,8% (191 з 1074) для контрольної групи (СШ 5,45, 95% ДІ 3,90-7,60, Z = 9,96, P < 0,001) (аналіз 1.1). Більше половини досліджень (59%; 23 з 39) та порівнянь (52%; 25 з 48) показали очевидну користь для КПТ (95% ДІ не перетинає 1) (Рисунок 4.), з доказами помірної неоднорідності (Chi^2 = 97,73, df = 47, P < 0,001; I^2 = 52%).

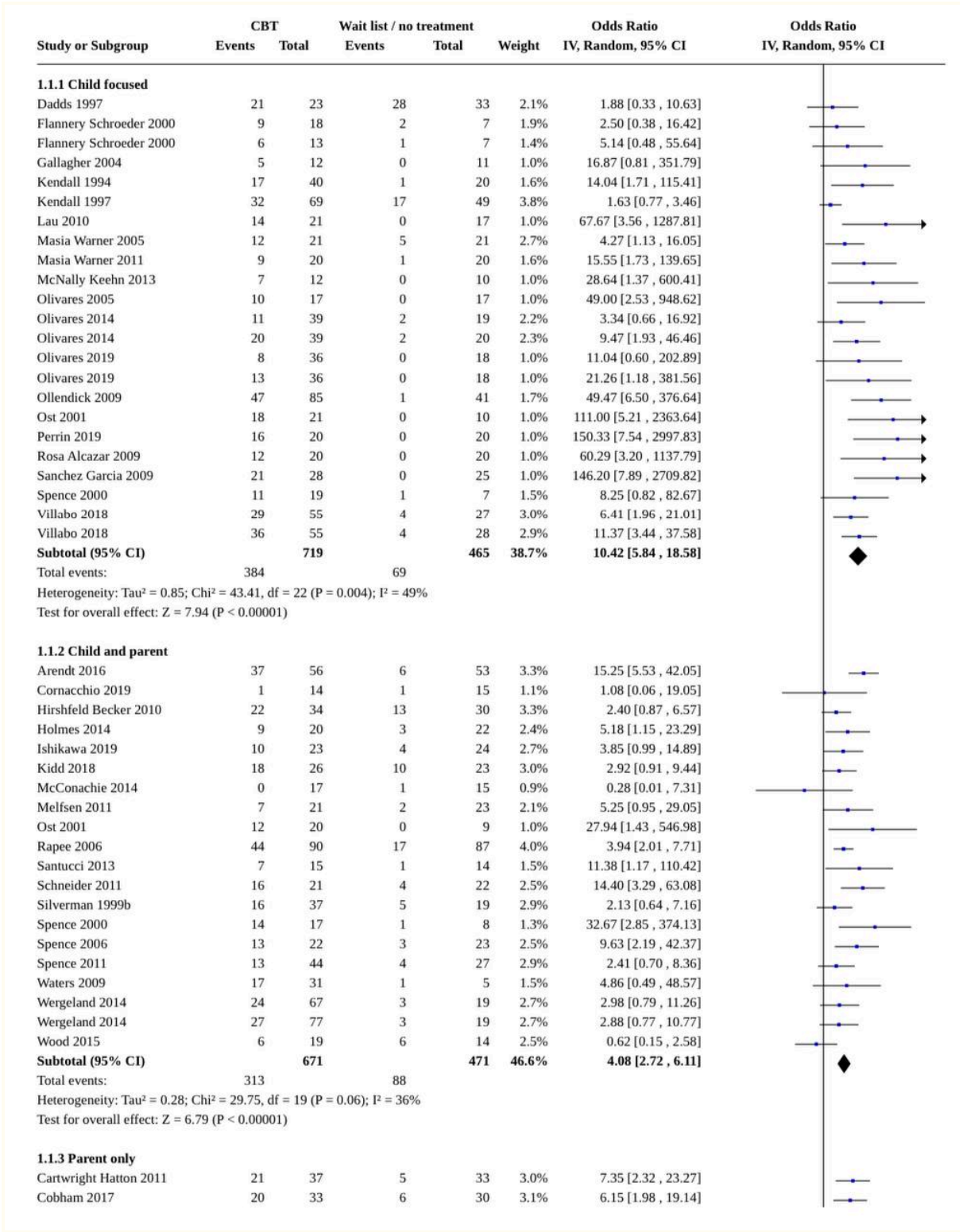


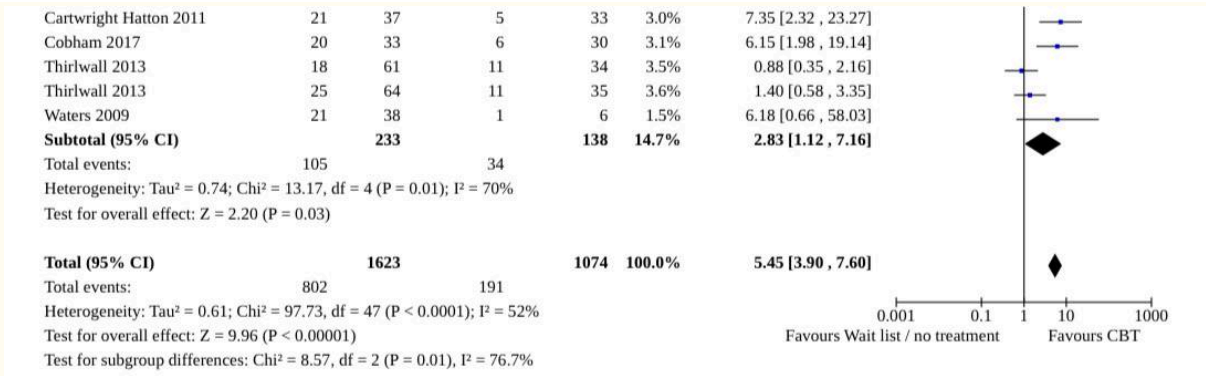
Study or Subgroup	CBT Events	CBT Total	Wait list / no treatment Events	Wait list / no treatment Total	Weight	Odds Ratio IV, Random, 95% CI
1.1.1 Child focused						
Dadds 1997	21	23	28	33	2.1%	1.88 [0.33 , 10.63]
Flannery Schroeder 2000	9	18	2	7	1.9%	2.50 [0.38 , 16.42]
Flannery Schroeder 2000	6	13	1	7	1.4%	5.14 [0.48 , 55.64]
Gallagher 2004	5	12	0	11	1.0%	16.87 [0.81 , 351.79]
Kendall 1994	17	40	1	20	1.6%	14.04 [1.71 , 115.41]
Kendall 1997	32	69	17	49	3.8%	1.63 [0.77 , 3.46]
Lau 2010	14	21	0	17	1.0%	67.67 [3.56 , 1287.81]
Masia Warner 2005	12	21	5	21	2.7%	4.27 [1.13 , 16.05]
Masia Warner 2011	9	20	1	20	1.6%	15.55 [1.73 , 139.65]
McNally Keehn 2013	7	12	0	10	1.0%	28.64 [1.37 , 600.41]
Olivares 2005	10	17	0	17	1.0%	49.00 [2.53 , 948.62]
Olivares 2014	11	39	2	19	2.2%	3.34 [0.66 , 16.92]
Olivares 2014	20	39	2	20	2.3%	9.47 [1.93 , 46.46]
Olivares 2019	8	36	0	18	1.0%	11.04 [0.60 , 202.89]
Olivares 2019	13	36	0	18	1.0%	21.26 [1.18 , 381.56]
Ollendick 2009	47	85	1	41	1.7%	49.47 [6.50 , 376.64]
Ost 2001	18	21	0	10	1.0%	111.00 [5.21 , 2363.64]
Perrin 2019	16	20	0	20	1.0%	150.33 [7.54 , 2997.83]
Rosa Alcazar 2009	12	20	0	20	1.0%	60.29 [3.20 , 1137.79]
Sanchez Garcia 2009	21	28	0	25	1.0%	146.20 [7.89 , 2709.82]
Spence 2000	11	19	1	7	1.5%	8.25 [0.82 , 82.67]
Villabo 2018	29	55	4	27	3.0%	6.41 [1.96 , 21.01]
Villabo 2018	36	55	4	28	2.9%	11.37 [3.44 , 37.58]
Subtotal (95% CI)		**719**		**465**	**38.7%**	**10.42 [5.84 , 18.58]**
Total events:	384		69			
Heterogeneity: Tau² = 0.85; Chi² = 43.41, df = 22 (P = 0.004); I² = 49%						
Test for overall effect: Z = 7.94 (P < 0.00001)						
1.1.2 Child and parent						
Arendt 2016	37	56	6	53	3.3%	15.25 [5.53 , 42.05]
Cornacchio 2019	1	14	1	15	1.1%	1.08 [0.06 , 19.05]
Hirshfeld Becker 2010	22	34	13	30	3.3%	2.40 [0.87 , 6.57]
Holmes 2014	9	20	3	22	2.4%	5.18 [1.15 , 23.29]
Ishikawa 2019	10	23	4	24	2.7%	3.85 [0.99 , 14.89]
Kidd 2018	18	26	10	23	3.0%	2.92 [0.91 , 9.44]
McConachie 2014	0	17	1	15	0.9%	0.28 [0.01 , 7.31]
Melfsen 2011	7	21	2	23	2.1%	5.25 [0.95 , 29.05]
Ost 2001	12	20	0	9	1.0%	27.94 [1.43 , 546.98]
Rapee 2006	44	90	17	87	4.0%	3.94 [2.01 , 7.71]
Santucci 2013	7	15	1	14	1.5%	11.38 [1.17 , 110.42]
Schneider 2011	16	21	4	22	2.5%	14.40 [3.29 , 63.08]
Silverman 1999b	16	37	5	19	2.9%	2.13 [0.64 , 7.16]
Spence 2000	14	17	1	8	1.3%	32.67 [2.85 , 374.13]
Spence 2006	13	22	3	23	2.5%	9.63 [2.19 , 42.37]
Spence 2011	13	44	4	27	2.9%	2.41 [0.70 , 8.36]
Waters 2009	17	31	1	5	1.5%	4.86 [0.49 , 48.57]
Wergeland 2014	24	67	3	19	2.7%	2.98 [0.79 , 11.26]
Wergeland 2014	27	77	3	19	2.7%	2.88 [0.77 , 10.77]
Wood 2015	6	19	6	14	2.5%	0.62 [0.15 , 2.58]
Subtotal (95% CI)		**671**		**471**	**46.6%**	**4.08 [2.72 , 6.11]**
Total events:	313		88			
Heterogeneity: Tau² = 0.28; Chi² = 29.75, df = 19 (P = 0.06); I² = 36%						
Test for overall effect: Z = 6.79 (P < 0.00001)						
1.1.3 Parent only						
Cartwright Hatton 2011	21	37	5	33	3.0%	7.35 [2.32 , 23.27]
Cobham 2017	20	33	6	30	3.1%	6.15 [1.98 , 19.14]



4

Лісова діаграма порівняння: 1 КПТ в порівнянні з очікуванням/відсутністю лікування, результат: 1.1 Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування (ITT).


CBT
Wait list / no treatment
Odds Ratio
Odds Ratio
Study or Subgroup
Events
Total
Events
Total
Weight
IV, Random, 95% CI
IV, Random, 95% CI
1.1.1 Child focused
Dadds 1997 21 23 28 33 2.1% 1.88 [0.33 , 10.63]
Flannery Schroeder 2000 9 18 2 7 1.9% 2.50 [0.38 , 16.42]
Flannery Schroeder 2000 6 13 1 7 1.4% 5.14 [0.48 , 55.64]
Gallagher 2004 5 12 0 11 1.0% 16.87 [0.81 , 351.79]
Kendall 1994 17 40 1 20 1.6% 14.04 [1.71 , 115.41]
Kendall 1997 32 69 17 49 3.8% 1.63 [0.77 , 3.46]
Lau 2010 14 21 0 17 1.0% 67.67 [3.56 , 1287.81]
Masia Warner 2005 12 21 5 21 2.7% 4.27 [1.13 , 16.05]
Masia Warner 2011 9 20 1 20 1.6% 15.55 [1.73 , 139.65]
McNally Keehn 2013 7 12 0 10 1.0% 28.64 [1.37 , 600.41]
Olivares 2005 10 17 0 17 1.0% 49.00 [2.53 , 948.62]
Olivares 2014 11 39 2 19 2.2% 3.34 [0.66 , 16.92]
Olivares 2014 20 39 2 20 2.3% 9.47 [1.93 , 46.46]
Olivares 2019 8 36 0 18 1.0% 11.04 [0.60 , 202.89]
Olivares 2019 13 36 0 18 1.0% 21.26 [1.18 , 381.56]
Ollendick 2009 47 85 1 41 1.7% 49.47 [6.50 , 376.64]
Ost 2001 18 21 0 10 1.0% 111.00 [5.21 , 2363.64]
Perrin 2019 16 20 0 20 1.0% 150.33 [7.54 , 2997.83]
Rosa Alcazar 2009 12 20 0 20 1.0% 60.29 [3.20 , 1137.79]
Sanchez Garcia 2009 21 28 0 25 1.0% 146.20 [7.89 , 2709.82]
Spence 2000 11 19 1 7 1.5% 8.25 [0.82 , 82.67]
Villabo 2018 29 55 4 27 3.0% 6.41 [1.96 , 21.01]
Villabo 2018 36 55 4 28 2.9% 11.37 [3.44 , 37.58]
Subtotal (95% CI) 719 465 38.7% 10.42 [5.84 , 18.58]
Total events: 384 69
Heterogeneity: Tau² = 0.85; Chi² = 43.41, df = 22 (P = 0.004); I² = 49%
Test for overall effect: Z = 7.94 (P < 0.00001)
1.1.2 Child and parent
Arendt 2016 37 56 6 53 3.3% 15.25 [5.53 , 42.05]
Cornacchio 2019 1 14 1 15 1.1% 1.08 [0.06 , 19.05]
Hirshfeld Becker 2010 22 34 13 30 3.3% 2.40 [0.87 , 6.57]
Holmes 2014 9 20 3 22 2.4% 5.18 [1.15 , 23.29]
Ishikawa 2019 10 23 4 24 2.7% 3.85 [0.99 , 14.89]
Kidd 2018 18 26 10 23 3.0% 2.92 [0.91 , 9.44]
McConachie 2014 0 17 1 15 0.9% 0.28 [0.01 , 7.31]
Melfsen 2011 7 21 2 23 2.1% 5.25 [0.95 , 29.05]
Ost 2001 12 20 0 9 1.0% 27.94 [1.43 , 546.98]
Rapee 2006 44 90 17 87 4.0% 3.94 [2.01 , 7.71]
Santucci 2013 7 15 1 14 1.5% 11.38 [1.17 , 110.42]
Schneider 2011 16 21 4 22 2.5% 14.40 [3.29 , 63.08]
Silverman 1999b 16 37 5 19 2.9% 2.13 [0.64 , 7.16]
Spence 2000 14 17 1 8 1.3% 32.67 [2.85 , 374.13]
Spence 2006 13 22 3 23 2.5% 9.63 [2.19 , 42.37]
Spence 2011 13 44 4 27 2.9% 2.41 [0.70 , 8.36]
Waters 2009 17 31 1 5 1.5% 4.86 [0.49 , 48.57]
Wergeland 2014 24 67 3 19 2.7% 2.98 [0.79 , 11.26]
Wergeland 2014 27 77 3 19 2.7% 2.88 [0.77 , 10.77]
Wood 2015 6 19 6 14 2.5% 0.62 [0.15 , 2.58]
Subtotal (95% CI) 671 471 46.6% 4.08 [2.72 , 6.11]
Total events: 313 88
Heterogeneity: Tau² = 0.28; Chi² = 29.75, df = 19 (P = 0.06); I² = 36%
Test for overall effect: Z = 6.79 (P < 0.00001)
1.1.3 Parent only
Cartwright Hatton 2011 21 37 5 33 3.0% 7.35 [2.32 , 23.27]
Cobham 2017 20 33 6 30 3.1% 6.15 [1.98 , 19.14]



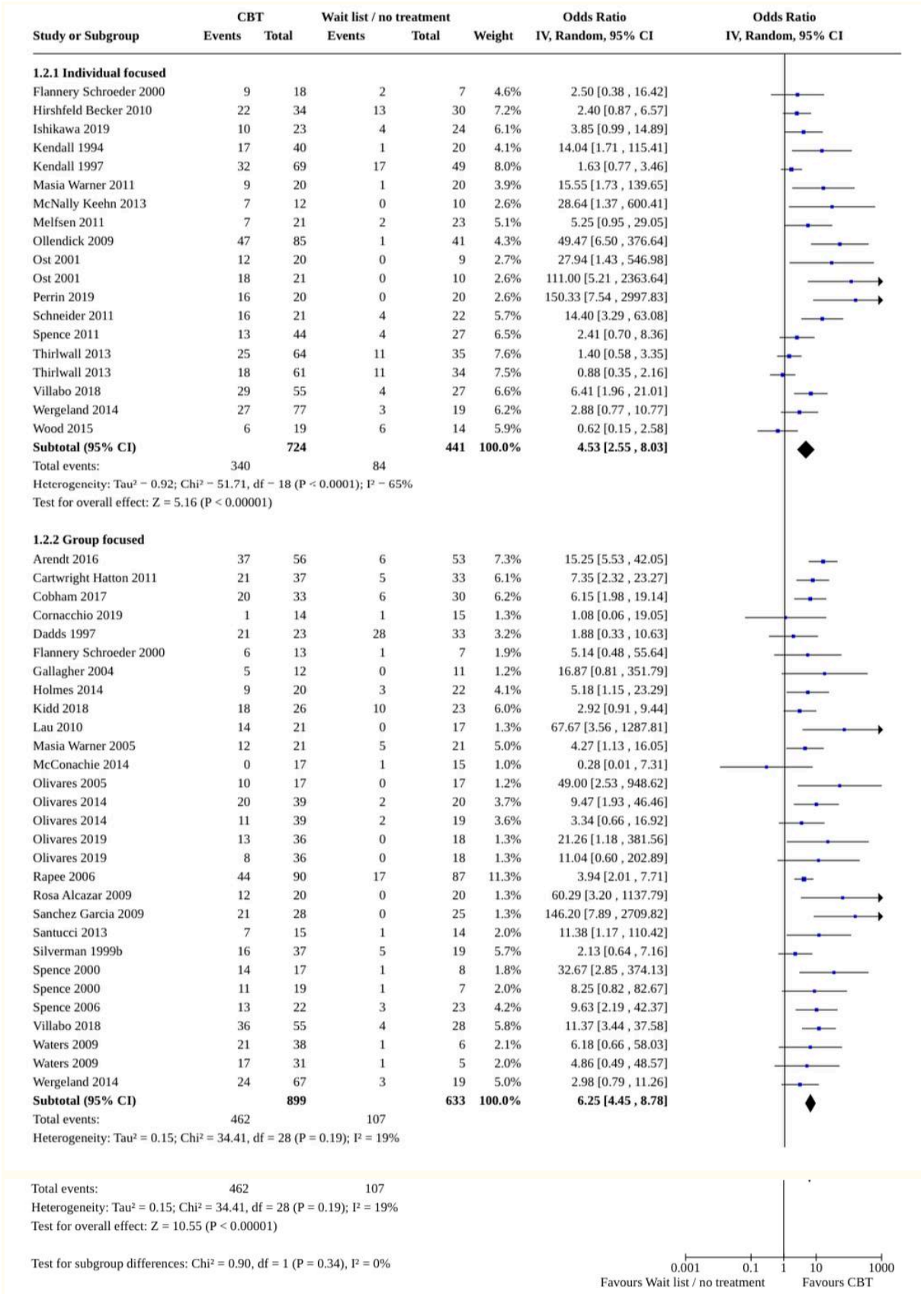
1.1

Аналіз

Порівняння 1: КПТ в порівнянні з черговим списком/відсутністю лікування, Результат 1: Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування (ITT)

Аналізи підгруп. Ми виявили різницю в результатах для різних форматів пологів (зосереджені на дитині, дитина та батьки, тільки батьки) (Chi^2 = 8,57, df = 2, P = 0,01), зі значною неоднорідністю підгруп (I^2 = 76,7%) (Аналіз 1.1). Огляд лісової ділянки та зведена статистика свідчать про те, що дослідження, які оцінювали КПТ, орієнтовану на дітей, викликали більшу ремісію діагнозу первинної тривоги в групах КПТ (СШ 10,42, 95% ДІ 5,84-18,58) порівняно з контролем очікування/відсутності лікування, ніж дослідження, які оцінювали КПТ, що проводилася як дітям, так і батькам (СШ 4,08, 95% ДІ 2,72-6,11) або лише батькам (СШ 2,83, 95% ДІ 1,12-7,16). Примітно, однак, що були також докази помірної неоднорідності серед досліджень, що оцінювали КПТ, орієнтовану на дітей (Chi^2 = 43,41, df = 22, P = 0,004; I^2 = 49%).

Ми не виявили відмінностей у ремісії результатів діагностики первинної тривоги для індивідуальної та групової КПТ (Chi^2 = 0,90, df = 1, P = 0,34; I^2 = 0%); втручань з різною кількістю часу контакту з терапевтом (< 10 годин, ≥ 10 та < 20 годин, ≥ 20 годин) (Chi^2 = 0,52, df = 2, P = 0,77; I^2 = 0%); або досліджень з учасниками в різних вікових групах (≤ 12 років, ≥ 12 років, < 12 років та ≥12 років) (Chi^2 = 1,59, df = 2, P = 0,45; I^2 = 0%) (Аналіз 1.2; Аналіз 1.3; Аналіз 1.4).

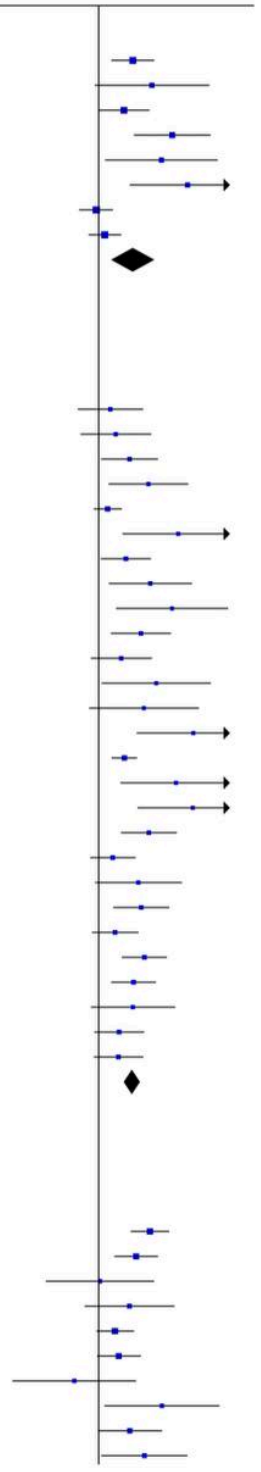

CBT
Wait list / no treatment
Odds Ratio
Odds Ratio
Study or Subgroup
Events
Total
Events
Total
Weight
IV, Random, 95% CI
IV, Random, 95% CI
1.2.1 Individual focused
Flannery Schroeder 2000 9 18 2 7 4.6% 2.50 [0.38 , 16.42]
Hirshfeld Becker 2010 22 34 13 30 7.2% 2.40 [0.87 , 6.57]
Ishikawa 2019 10 23 4 24 6.1% 3.85 [0.99 , 14.89]
Kendall 1994 17 40 1 20 4.1% 14.04 [1.71 , 115.41]
Kendall 1997 32 69 17 49 8.0% 1.63 [0.77 , 3.46]
Masia Warner 2011 9 20 1 20 3.9% 15.55 [1.73 , 139.65]
McNally Keehn 2013 7 12 0 10 2.6% 28.64 [1.37 , 600.41]
Melfsen 2011 7 21 2 23 5.1% 5.25 [0.95 , 29.05]
Ollendick 2009 47 85 1 41 4.3% 49.47 [6.50 , 376.64]
Ost 2001 12 20 0 9 2.7% 27.94 [1.43 , 546.98]
Ost 2001 18 21 0 10 2.6% 111.00 [5.21 , 2363.64]
Perrin 2019 16 20 0 20 2.6% 150.33 [7.54 , 2997.83]
Schneider 2011 16 21 4 22 5.7% 14.40 [3.29 , 63.08]
Spence 2011 13 44 4 27 6.5% 2.41 [0.70 , 8.36]
Thirlwall 2013 25 64 11 35 7.6% 1.40 [0.58 , 3.35]
Thirlwall 2013 18 61 11 34 7.5% 0.88 [0.35 , 2.16]
Villabo 2018 29 55 4 27 6.6% 6.41 [1.96 , 21.01]
Wergeland 2014 27 77 3 19 6.2% 2.88 [0.77 , 10.77]
Wood 2015 6 19 6 14 5.9% 0.62 [0.15 , 2.58]
Subtotal (95% CI) 724 441 100.0% 4.53 [2.55 , 8.03]
Total events: 340 84
Heterogeneity: Tau² = 0.92; Chi² = 51.71, df = 18 (P < 0.0001); I² = 65%
Test for overall effect: Z = 5.16 (P < 0.00001)
1.2.2 Group focused
Arendt 2016 37 56 6 53 7.3% 15.25 [5.53 , 42.05]
Cartwright Hatton 2011 21 37 5 33 6.1% 7.35 [2.32 , 23.27]
Cobham 2017 20 33 6 30 6.2% 6.15 [1.98 , 19.14]
Cornacchio 2019 1 14 1 15 1.3% 1.08 [0.06 , 19.05]
Dadds 1997 21 23 28 33 3.2% 1.88 [0.33 , 10.63]
Flannery Schroeder 2000 6 13 1 7 1.9% 5.14 [0.48 , 55.64]
Gallagher 2004 5 12 0 11 1.2% 16.87 [0.81 , 351.79]
Holmes 2014 9 20 3 22 4.1% 5.18 [1.15 , 23.29]
Kidd 2018 18 26 10 23 6.0% 2.92 [0.91 , 9.44]
Lau 2010 14 21 0 17 1.3% 67.67 [3.56 , 1287.81]
Masia Warner 2005 12 21 5 21 5.0% 4.27 [1.13 , 16.05]
McConachie 2014 0 17 1 15 1.0% 0.28 [0.01 , 7.31]
Olivares 2005 10 17 0 17 1.2% 49.00 [2.53 , 948.62]
Olivares 2014 20 39 2 20 3.7% 9.47 [1.93 , 46.46]
Olivares 2014 11 39 2 19 3.6% 3.34 [0.66 , 16.92]
Olivares 2019 13 36 0 18 1.3% 21.26 [1.18 , 381.56]
Olivares 2019 8 36 0 18 1.3% 11.04 [0.60 , 202.89]
Rapee 2006 44 90 17 87 11.3% 3.94 [2.01 , 7.71]
Rosa Alcazar 2009 12 20 0 20 1.3% 60.29 [3.20 , 1137.79]
Sanchez Garcia 2009 21 28 0 25 1.3% 146.20 [7.89 , 2709.82]
Santucci 2013 7 15 1 14 2.0% 11.38 [1.17 , 110.42]
Silverman 1999b 16 37 5 19 5.7% 2.13 [0.64 , 7.16]
Spence 2000 14 17 1 8 1.8% 32.67 [2.85 , 374.13]
Spence 2000 11 19 1 7 2.0% 8.25 [0.82 , 82.67]
Spence 2006 13 22 3 23 4.2% 9.63 [2.19 , 42.37]
Villabo 2018 36 55 4 28 5.8% 11.37 [3.44 , 37.58]
Waters 2009 21 38 1 6 2.1% 6.18 [0.66 , 58.03]
Waters 2009 17 31 1 5 2.0% 4.86 [0.49 , 48.57]
Wergeland 2014 24 67 3 19 5.0% 2.98 [0.79 , 11.26]
Subtotal (95% CI) 899 633 100.0% 6.25 [4.45 , 8.78]
Total events: 462 107
Heterogeneity: Tau² = 0.15; Chi² = 34.41, df = 28 (P = 0.19); I² = 19%
Total events: 462 107
Heterogeneity: Tau² = 0.15; Chi² = 34.41, df = 28 (P = 0.19); I² = 19%
Test for overall effect: Z = 10.55 (P < 0.00001)
Test for subgroup differences: Chi² = 0.90, df = 1 (P = 0.34), I² = 0%
0.001
0.1
1
10
1000
Favours Wait list / no treatment
Favours CBT

1.2

Аналіз

Порівняння 1. КПТ в порівнянні з очікуваним списком/відсутністю лікування, Результат 2. Аналіз підгруп: ремісія діагностики первинної тривоги після лікування (ІЛТ) (індивідуально в порівнянні з групою).

Study or Subgroup	CBT Events	CBT Total	Wait list / no treatment Events	Wait list / no treatment Total	Weight	Odds Ratio IV, Random, 95% CI
1.3.1 Therapist contact (< 10 hours)						
Cobham 2017	20	33	6	30	16.0%	6.15 [1.98 , 19.14]
Gallagher 2004	5	12	0	11	7.7%	16.87 [0.81 , 351.79]
Ishikawa 2019	10	23	4	24	14.9%	3.85 [0.99 , 14.89]
Ollendick 2009	47	85	1	41	11.5%	49.47 [6.50 , 376.64]
Ost 2001	12	20	0	9	7.8%	27.94 [1.43 , 546.98]
Ost 2001	18	21	0	10	7.6%	111.00 [5.21 , 2363.64]
Thirlwall 2013	18	61	11	34	17.1%	0.88 [0.35 , 2.16]
Thirlwall 2013	25	64	11	35	17.3%	1.40 [0.58 , 3.35]
Subtotal (95% CI)		**319**		**194**	**100.0%**	**6.12 [2.08 , 18.00]**
Total events:	155		33			
Heterogeneity: Tau² = 1.55; Chi² = 27.73, df = 7 (P = 0.0002); I² = 75%						
Test for overall effect: Z = 3.29 (P = 0.0010)						
1.3.2 Therapist contact (≥10 and < 20 hours)						
Dadds 1997	21	23	28	33	3.5%	1.88 [0.33 , 10.63]
Flannery Schroeder 2000	9	18	2	7	3.1%	2.50 [0.38 , 16.42]
Holmes 2014	9	20	3	22	4.2%	5.18 [1.15 , 23.29]
Kendall 1994	17	40	1	20	2.6%	14.04 [1.71 , 115.41]
Kendall 1997	32	69	17	49	7.9%	1.63 [0.77 , 3.46]
Lau 2010	14	21	0	17	1.5%	67.67 [3.56 , 1287.81]
Masia Warner 2005	12	21	5	21	4.9%	4.27 [1.13 , 16.05]
Masia Warner 2011	9	20	1	20	2.5%	15.55 [1.73 , 139.65]
Olivares 2005	10	17	0	17	1.5%	49.00 [2.53 , 948.62]
Olivares 2014	20	39	2	20	3.9%	9.47 [1.93 , 46.46]
Olivares 2014	11	39	2	19	3.8%	3.34 [0.66 , 16.92]
Olivares 2019	13	36	0	18	1.6%	21.26 [1.18 , 381.56]
Olivares 2019	8	36	0	18	1.6%	11.04 [0.60 , 202.89]
Perrin 2019	16	20	0	20	1.5%	150.33 [7.54 , 2997.83]
Rapee 2006	44	90	17	87	8.4%	3.94 [2.01 , 7.71]
Rosa Alcazar 2009	12	20	0	20	1.5%	60.29 [3.20 , 1137.79]
Sanchez Garcia 2009	21	28	0	25	1.5%	146.20 [7.89 , 2709.82]
Schneider 2011	16	21	4	22	4.3%	14.40 [3.29 , 63.08]
Silverman 1999b	16	37	5	19	5.4%	2.13 [0.64 , 7.16]
Spence 2000	11	19	1	7	2.3%	8.25 [0.82 , 82.67]
Spence 2006	13	22	3	23	4.3%	9.63 [2.19 , 42.37]
Spence 2011	13	44	4	27	5.2%	2.41 [0.70 , 8.36]
Villabo 2018	36	55	4	28	5.5%	11.37 [3.44 , 37.58]
Villabo 2018	29	55	4	27	5.5%	6.41 [1.96 , 21.01]
Waters 2009	21	38	1	6	2.4%	6.18 [0.66 , 58.03]
Wergeland 2014	24	67	3	19	4.9%	2.98 [0.79 , 11.26]
Wergeland 2014	27	77	3	19	4.9%	2.88 [0.77 , 10.77]
Subtotal (95% CI)		**992**		**630**	**100.0%**	**5.85 [3.95 , 8.64]**
Total events:	484		110			
Heterogeneity: Tau² = 0.36; Chi² = 42.26, df = 26 (P = 0.02); I² = 38%						
Test for overall effect: Z = 8.85 (P < 0.00001)						
1.3.3 Therapist contact (≥ 20 hours)						
Arendt 2016	37	56	6	53	12.5%	15.25 [5.53 , 42.05]
Cartwright Hatton 2011	21	37	5	33	11.6%	7.35 [2.32 , 23.27]
Cornacchio 2019	1	14	1	15	4.2%	1.08 [0.06 , 19.05]
Flannery Schroeder 2000	6	13	1	7	5.5%	5.14 [0.48 , 55.64]
Hirshfeld Becker 2010	22	34	13	30	12.6%	2.40 [0.87 , 6.57]
Kidd 2018	18	26	10	23	11.4%	2.92 [0.91 , 9.44]
McConachie 2014	0	17	1	15	3.4%	0.28 [0.01 , 7.31]
McNally Keehn 2013	7	12	0	10	3.8%	28.64 [1.37 , 600.41]
Melfsen 2011	7	21	2	23	8.2%	5.25 [0.95 , 29.05]
Santucci 2013	7	15	1	14	5.9%	11.38 [1.17 , 110.42]

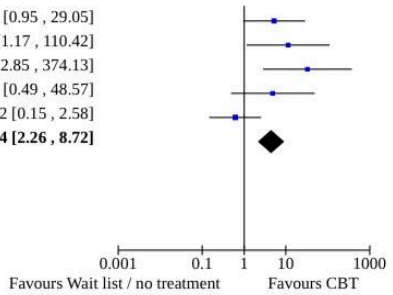


Melfsen 2011	7	21	2	23	8.2%	5.25 [0.95 , 29.05]
Santucci 2013	7	15	1	14	5.9%	11.38 [1.17 , 110.42]
Spence 2000	14	17	1	8	5.3%	32.67 [2.85 , 374.13]
Waters 2009	17	31	1	5	5.8%	4.86 [0.49 , 48.57]
Wood 2015	6	19	6	14	9.8%	0.62 [0.15 , 2.58]
Subtotal (95% CI)		**312**		**250**	**100.0%**	**4.44 [2.26 , 8.72]**
Total events:	163		48			

Heterogeneity: Tau² = 0.68; Chi² = 24.07, df = 12 (P = 0.02); I² = 50%

Test for overall effect: Z = 4.34 (P < 0.0001)

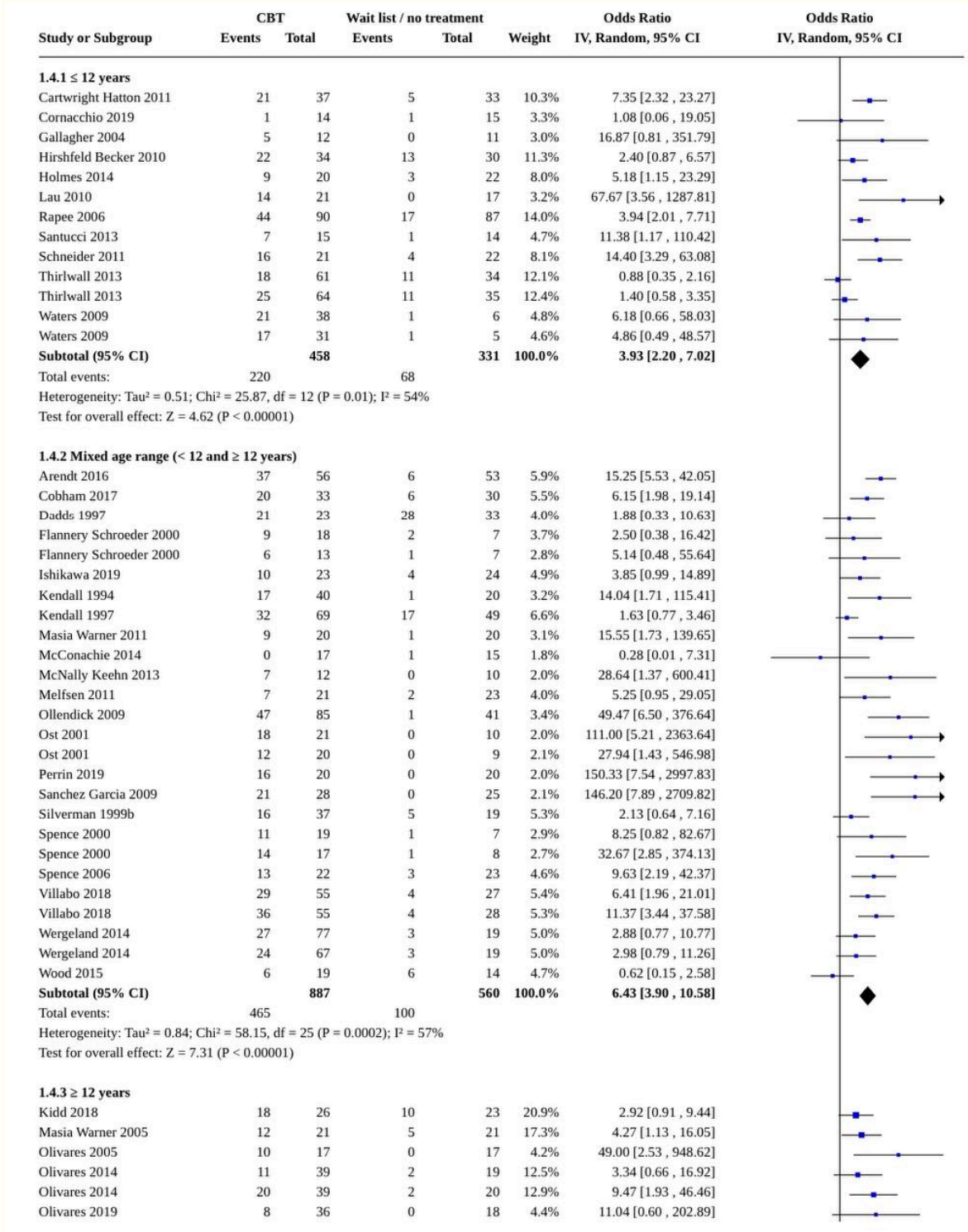
Test for subgroup differences: Chi² = 0.52, df = 2 (P = 0.77), I² = 0%



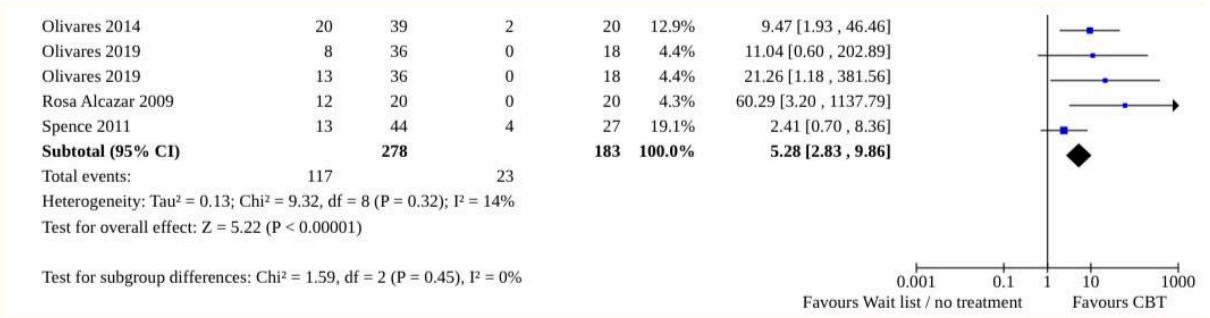
1.3

Аналіз

Порівняння 1. КПТ в порівнянні з списком очікування/відсутністю лікування, Результат 3. Аналіз підгруп: ремісія первинної діагностики тривожності після лікування (ITT) (кількість часу контакту з терапевтом).



Study or Subgroup	CBT Events	CBT Total	Wait list / no treatment Events	Wait list / no treatment Total	Weight	Odds Ratio IV, Random, 95% CI
1.4.1 ≤ 12 years						
Cartwright Hatton 2011	21	37	5	33	10.3%	7.35 [2.32 , 23.27]
Cornacchio 2019	1	14	1	15	3.3%	1.08 [0.06 , 19.05]
Gallagher 2004	5	12	0	11	3.0%	16.87 [0.81 , 351.79]
Hirshfeld Becker 2010	22	34	13	30	11.3%	2.40 [0.87 , 6.57]
Holmes 2014	9	20	3	22	8.0%	5.18 [1.15 , 23.29]
Lau 2010	14	21	0	17	3.2%	67.67 [3.56 , 1287.81]
Rapee 2006	44	90	17	87	14.0%	3.94 [2.01 , 7.71]
Santucci 2013	7	15	1	14	4.7%	11.38 [1.17 , 110.42]
Schneider 2011	16	21	4	22	8.1%	14.40 [3.29 , 63.08]
Thirlwall 2013	18	61	11	34	12.1%	0.88 [0.35 , 2.16]
Thirlwall 2013	25	64	11	35	12.4%	1.40 [0.58 , 3.35]
Waters 2009	21	38	1	6	4.8%	6.18 [0.66 , 58.03]
Waters 2009	17	31	1	5	4.6%	4.86 [0.49 , 48.57]
Subtotal (95% CI)		**458**		**331**	**100.0%**	**3.93 [2.20 , 7.02]**
Total events:	220		68			
Heterogeneity: Tau² = 0.51; Chi² = 25.87, df = 12 (P = 0.01); I² = 54%						
Test for overall effect: Z = 4.62 (P < 0.00001)						
1.4.2 Mixed age range (< 12 and ≥ 12 years)						
Arendt 2016	37	56	6	53	5.9%	15.25 [5.53 , 42.05]
Cobham 2017	20	33	6	30	5.5%	6.15 [1.98 , 19.14]
Dadds 1997	21	23	28	33	4.0%	1.88 [0.33 , 10.63]
Flannery Schroeder 2000	9	18	2	7	3.7%	2.50 [0.38 , 16.42]
Flannery Schroeder 2000	6	13	1	7	2.8%	5.14 [0.48 , 55.64]
Ishikawa 2019	10	23	4	24	4.9%	3.85 [0.99 , 14.89]
Kendall 1994	17	40	1	20	3.2%	14.04 [1.71 , 115.41]
Kendall 1997	32	69	17	49	6.6%	1.63 [0.77 , 3.46]
Masia Warner 2011	9	20	1	20	3.1%	15.55 [1.73 , 139.65]
McConachie 2014	0	17	1	15	1.8%	0.28 [0.01 , 7.31]
McNally Keehn 2013	7	12	0	10	2.0%	28.64 [1.37 , 600.41]
Melfsen 2011	7	21	2	23	4.0%	5.25 [0.95 , 29.05]
Ollendick 2009	47	85	1	41	3.4%	49.47 [6.50 , 376.64]
Ost 2001	18	21	0	10	2.0%	111.00 [5.21 , 2363.64]
Ost 2001	12	20	0	9	2.1%	27.94 [1.43 , 546.98]
Perrin 2019	16	20	0	20	2.0%	150.33 [7.54 , 2997.83]
Sanchez Garcia 2009	21	28	0	25	2.1%	146.20 [7.89 , 2709.82]
Silverman 1999b	16	37	5	19	5.3%	2.13 [0.64 , 7.16]
Spence 2000	11	19	1	7	2.9%	8.25 [0.82 , 82.67]
Spence 2000	14	17	1	8	2.7%	32.67 [2.85 , 374.13]
Spence 2006	13	22	3	23	4.6%	9.63 [2.19 , 42.37]
Villabo 2018	29	55	4	27	5.4%	6.41 [1.96 , 21.01]
Villabo 2018	36	55	4	28	5.3%	11.37 [3.44 , 37.58]
Wergeland 2014	27	77	3	19	5.0%	2.88 [0.77 , 10.77]
Wergeland 2014	24	67	3	19	5.0%	2.98 [0.79 , 11.26]
Wood 2015	6	19	6	14	4.7%	0.62 [0.15 , 2.58]
Subtotal (95% CI)		**887**		**560**	**100.0%**	**6.43 [3.90 , 10.58]**
Total events:	465		100			
Heterogeneity: Tau² = 0.84; Chi² = 58.15, df = 25 (P = 0.0002); I² = 57%						
Test for overall effect: Z = 7.31 (P < 0.00001)						
1.4.3 ≥ 12 years						
Kidd 2018	18	26	10	23	20.9%	2.92 [0.91 , 9.44]
Masia Warner 2005	12	21	5	21	17.3%	4.27 [1.13 , 16.05]
Olivares 2005	10	17	0	17	4.2%	49.00 [2.53 , 948.62]
Olivares 2014	11	39	2	19	12.5%	3.34 [0.66 , 16.92]
Olivares 2014	20	39	2	20	12.9%	9.47 [1.93 , 46.46]
Olivares 2019	8	36	0	18	4.4%	11.04 [0.60 , 202.89]

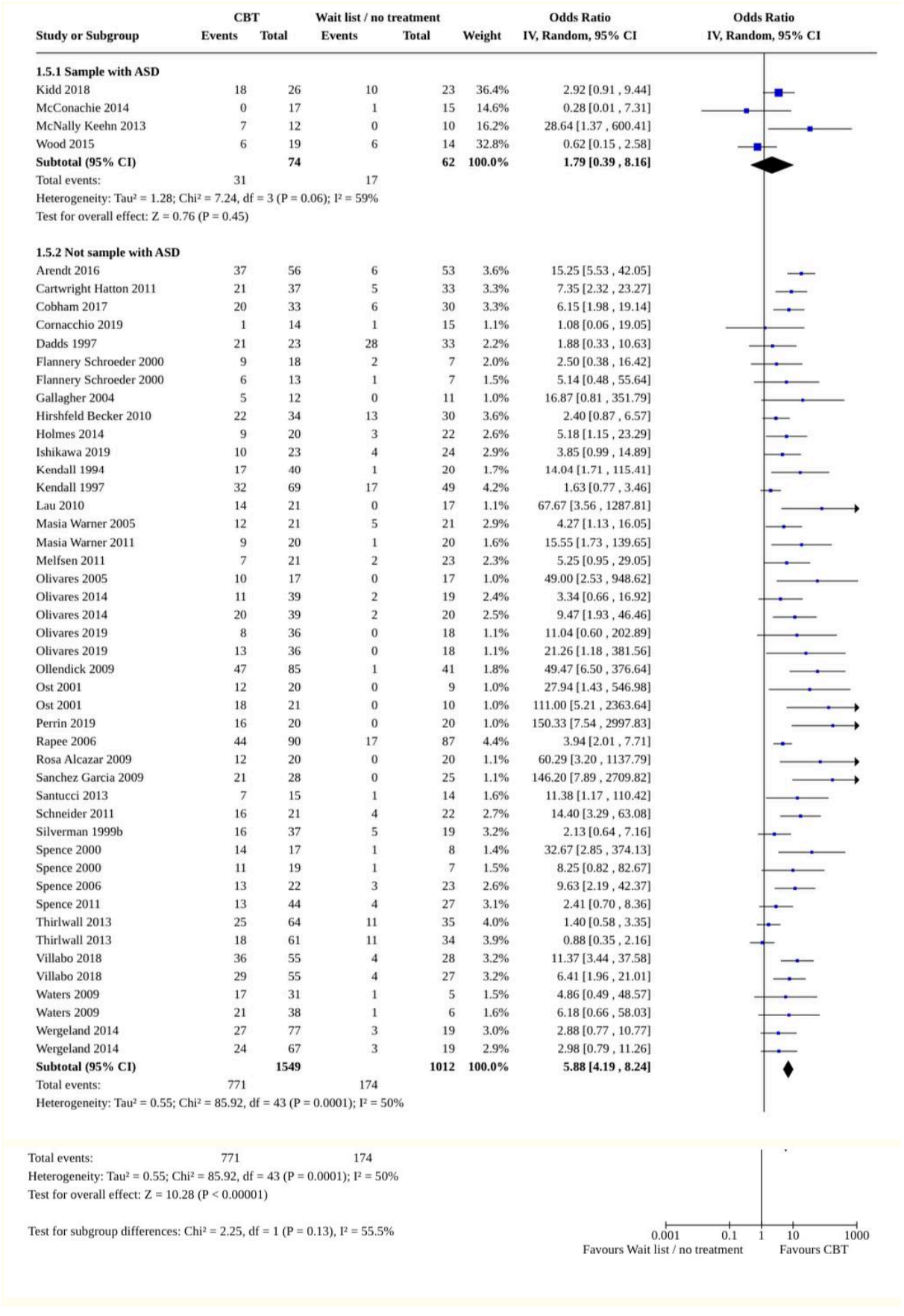


1.4

Аналіз

Порівняння 1: КПТ в порівнянні з очікуваним списком/відсутністю лікування, Результат 2: Аналіз підгруп: ремісія діагностики первинної тривоги після лікування (ІЛТ) (індивідуально в порівнянні з групою).

Аналіз у підгрупах не виявив суттєвої різниці в результатах між дослідженнями, включаючи учасників з аутизмом та без нього (Chi² = 2,25, df = 1, P = 0,13; I² = 55,5%) (Аналіз 1.5); однак лише чотири дослідження включали дітей/підлітків з аутизмом, порівняно з 35 дослідженнями з учасниками без аутизму. Чотири дослідження дітей/підлітків з аутизмом не виявили суттєвої різниці між КПТ та контролем очікування/відсутності лікування у частоті ремісії діагнозу первинного тривожного розладу (СШ 1,79, 95% ДІ від 0,39 до 8,16, Z = 0,76, P = 0,45, n = 136, I² = 59%).

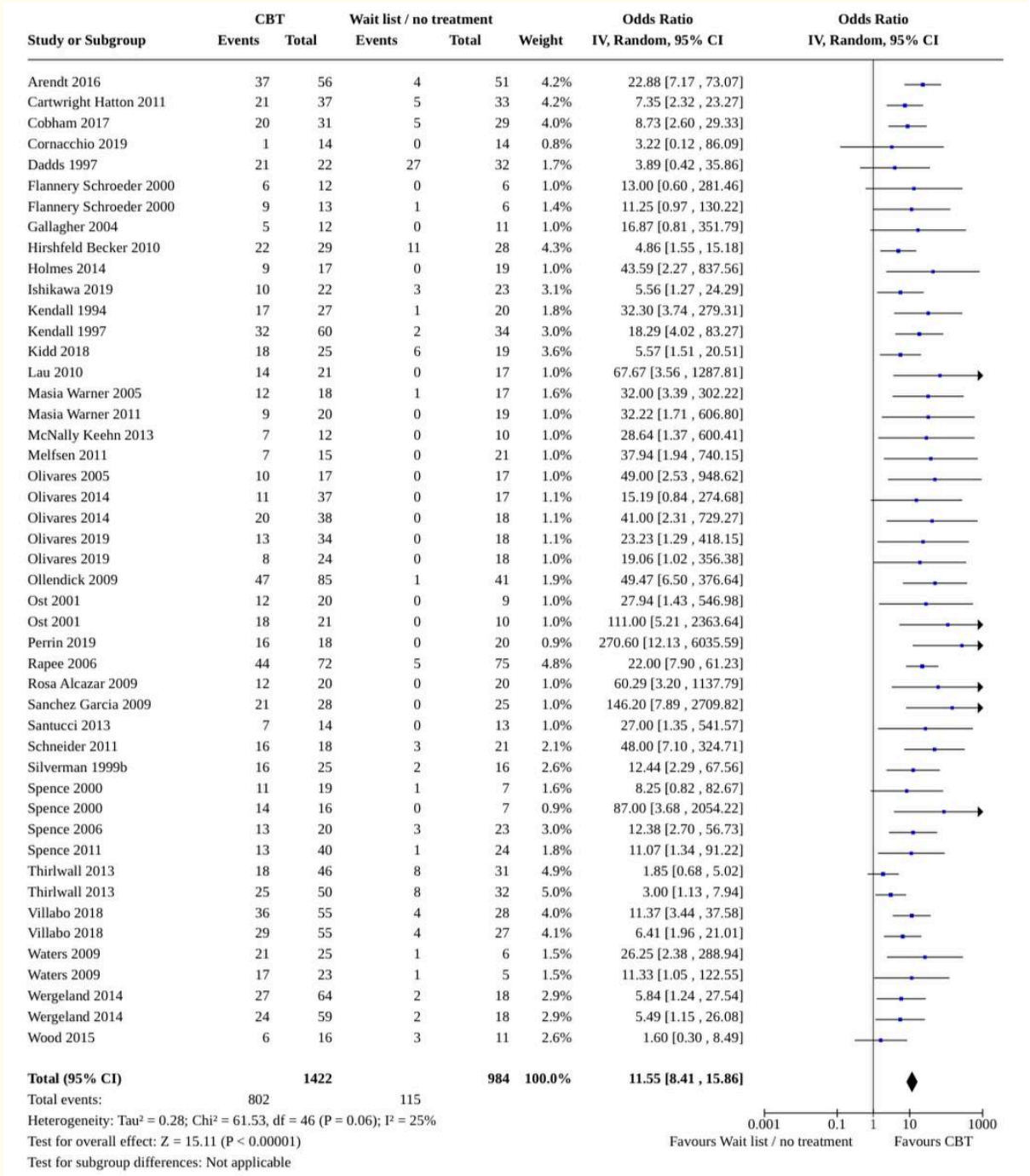

CBT
Wait list / no treatment
Odds Ratio
Odds Ratio
Study or Subgroup
Events
Total
Events
Total
Weight
IV, Random, 95% CI
IV, Random, 95% CI
1.5.1 Sample with ASD
Kidd 2018 18 26 10 23 36.4% 2.92 [0.91 , 9.44]
McConachie 2014 0 17 1 15 14.6% 0.28 [0.01 , 7.31]
McNally Keehn 2013 7 12 0 10 16.2% 28.64 [1.37 , 600.41]
Wood 2015 6 19 6 14 32.8% 0.62 [0.15 , 2.58]
Subtotal (95% CI) 74 62 100.0% 1.79 [0.39 , 8.16]
Total events: 31 17
Heterogeneity: Tau² = 1.28; Chi² = 7.24, df = 3 (P = 0.06); I² = 59%
Test for overall effect: Z = 0.76 (P = 0.45)
1.5.2 Not sample with ASD
Arendt 2016 37 56 6 53 3.6% 15.25 [5.53 , 42.05]
Cartwright Hatton 2011 21 37 5 33 3.3% 7.35 [2.32 , 23.27]
Cobham 2017 20 33 6 30 3.3% 6.15 [1.98 , 19.14]
Cornacchio 2019 1 14 1 15 1.1% 1.08 [0.06 , 19.05]
Dadds 1997 21 23 28 33 2.2% 1.88 [0.33 , 10.63]
Flannery Schroeder 2000 9 18 2 7 2.0% 2.50 [0.38 , 16.42]
Flannery Schroeder 2000 6 13 1 7 1.5% 5.14 [0.48 , 55.64]
Gallagher 2004 5 12 0 11 1.0% 16.87 [0.81 , 351.79]
Hirshfeld Becker 2010 22 34 13 30 3.6% 2.40 [0.87 , 6.57]
Holmes 2014 9 20 3 22 2.6% 5.18 [1.15 , 23.29]
Ishikawa 2019 10 23 4 24 2.9% 3.85 [0.99 , 14.89]
Kendall 1994 17 40 1 20 1.7% 14.04 [1.71 , 115.41]
Kendall 1997 32 69 17 49 4.2% 1.63 [0.77 , 3.46]
Lau 2010 14 21 0 17 1.1% 67.67 [3.56 , 1287.81]
Masia Warner 2005 12 21 5 21 2.9% 4.27 [1.13 , 16.05]
Masia Warner 2011 9 20 1 20 1.6% 15.55 [1.73 , 139.65]
Melfsen 2011 7 21 2 23 2.3% 5.25 [0.95 , 29.05]
Olivares 2005 10 17 0 17 1.0% 49.00 [2.53 , 948.62]
Olivares 2014 11 39 2 19 2.4% 3.34 [0.66 , 16.92]
Olivares 2014 20 39 2 20 2.5% 9.47 [1.93 , 46.46]
Olivares 2019 8 36 0 18 1.1% 11.04 [0.60 , 202.89]
Olivares 2019 13 36 0 18 1.1% 21.26 [1.18 , 381.56]
Ollendick 2009 47 85 1 41 1.8% 49.47 [6.50 , 376.64]
Ost 2001 12 20 0 9 1.0% 27.94 [1.43 , 546.98]
Ost 2001 18 21 0 10 1.0% 111.00 [5.21 , 2363.64]
Perrin 2019 16 20 0 20 1.0% 150.33 [7.54 , 2997.83]
Rapee 2006 44 90 17 87 4.4% 3.94 [2.01 , 7.71]
Rosa Alcazar 2009 12 20 0 20 1.1% 60.29 [3.20 , 1137.79]
Sanchez Garcia 2009 21 28 0 25 1.1% 146.20 [7.89 , 2709.82]
Santucci 2013 7 15 1 14 1.6% 11.38 [1.17 , 110.42]
Schneider 2011 16 21 4 22 2.7% 14.40 [3.29 , 63.08]
Silverman 1999b 16 37 5 19 3.2% 2.13 [0.64 , 7.16]
Spence 2000 14 17 1 8 1.4% 32.67 [2.85 , 374.13]
Spence 2000 11 19 1 7 1.5% 8.25 [0.82 , 82.67]
Spence 2006 13 22 3 23 2.6% 9.63 [2.19 , 42.37]
Spence 2011 13 44 4 27 3.1% 2.41 [0.70 , 8.36]
Thirlwall 2013 25 64 11 35 4.0% 1.40 [0.58 , 3.35]
Thirlwall 2013 18 61 11 34 3.9% 0.88 [0.35 , 2.16]
Villabo 2018 36 55 4 28 3.2% 11.37 [3.44 , 37.58]
Villabo 2018 29 55 4 27 3.2% 6.41 [1.96 , 21.01]
Waters 2009 17 31 1 5 1.5% 4.86 [0.49 , 48.57]
Waters 2009 21 38 1 6 1.6% 6.18 [0.66 , 58.03]
Wergeland 2014 27 77 3 19 3.0% 2.88 [0.77 , 10.77]
Wergeland 2014 24 67 3 19 2.9% 2.98 [0.79 , 11.26]
Subtotal (95% CI) 1549 1012 100.0% 5.88 [4.19 , 8.24]
Total events: 771 174
Heterogeneity: Tau² = 0.55; Chi² = 85.92, df = 43 (P = 0.0001); I² = 50%
Total events: 771 174
Heterogeneity: Tau² = 0.55; Chi² = 85.92, df = 43 (P = 0.0001); I² = 50%
Test for overall effect: Z = 10.28 (P < 0.00001)
Test for subgroup differences: Chi² = 2.25, df = 1 (P = 0.13), I² = 55.5%
0.001
0.1
1
10
1000
Favours Wait list / no treatment
Favours CBT

1.5

Аналіз

Порівняння 1: КПТ в порівнянні з очікуваним списком/відсутністю лікування, Результат 2: Аналіз підгруп: ремісія діагностики первинної тривоги після лікування (ITT) (індивідуально в порівнянні з групою).

Аналіз заповнювачів. Аналіз заповнювачів включав 1422 учасника КПТ та 984 контрольних пацієнтів, з частотою відповіді на діагноз ремісії первинної тривоги 56,4% для КПТ проти 11,7% для контрольних пацієнтів (СШ 11,55, 95% ДІ від 8,41 до 15,86, Z = 15,11, P < 0,001) (аналіз 1,6). Більшість досліджень (89%, 34 з 38) та порівнянь (81%; 38 з 47) показали очевидну користь для КПТ (95% ДІ не перетинає 1). Гетерогенності між дослідженнями не було ($Chi^2 = 61,53$, df = 46, P = 0,06; $I^2 = 25\%$).

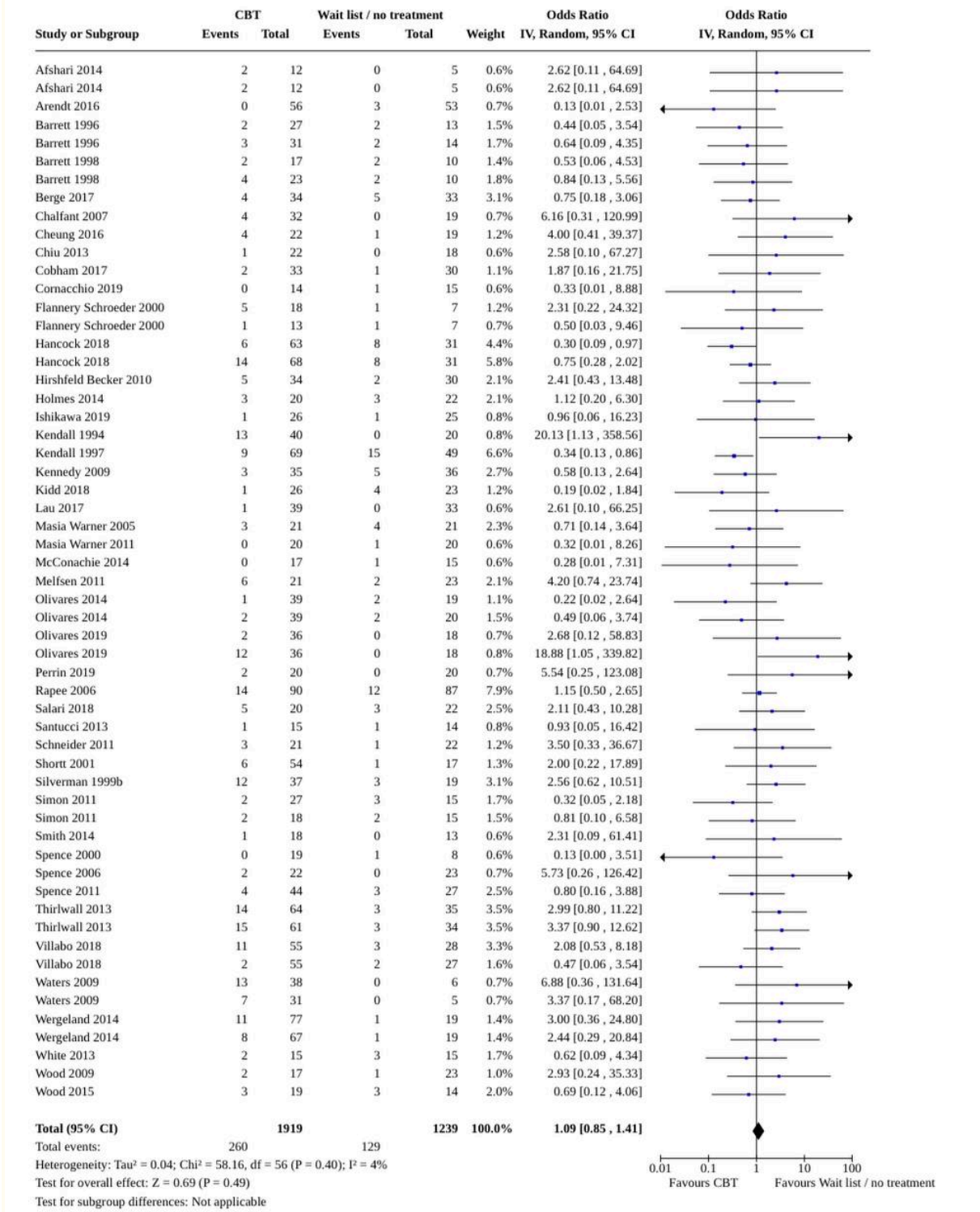


1.6

Аналіз

Порівняння 1: КПТ в порівнянні з черговим списком/відсутністю лікування, Результат 1: Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування (ITT).

1.2 Прийнятність: втрата учасників для оцінки після лікування. Низька якість доказів не показала різниці між КПТ та списком очікування/відсутністю контролю лікування в частоті тих, хто втратив оцінку після лікування (Аналіз 1.7), що вказує на подібний ступінь прийнятності. Частота втрат до оцінки після лікування становила 13,5% (260 з 1919 р.) у групі КПТ проти 10,4% (129 з 1239 р.) у контрольній групі (СШ 1,09, 95% ДІ від 0,85 до 1,41, Z = 0,69, P = 0,49, n = 3158, k = 45, I^2 = 4%).



Test for overall effect: Z = 0.69 (P = 0.49)
Test for subgroup differences: Not applicable
Favours CBT
Favours Wait list / no treatment

1.7

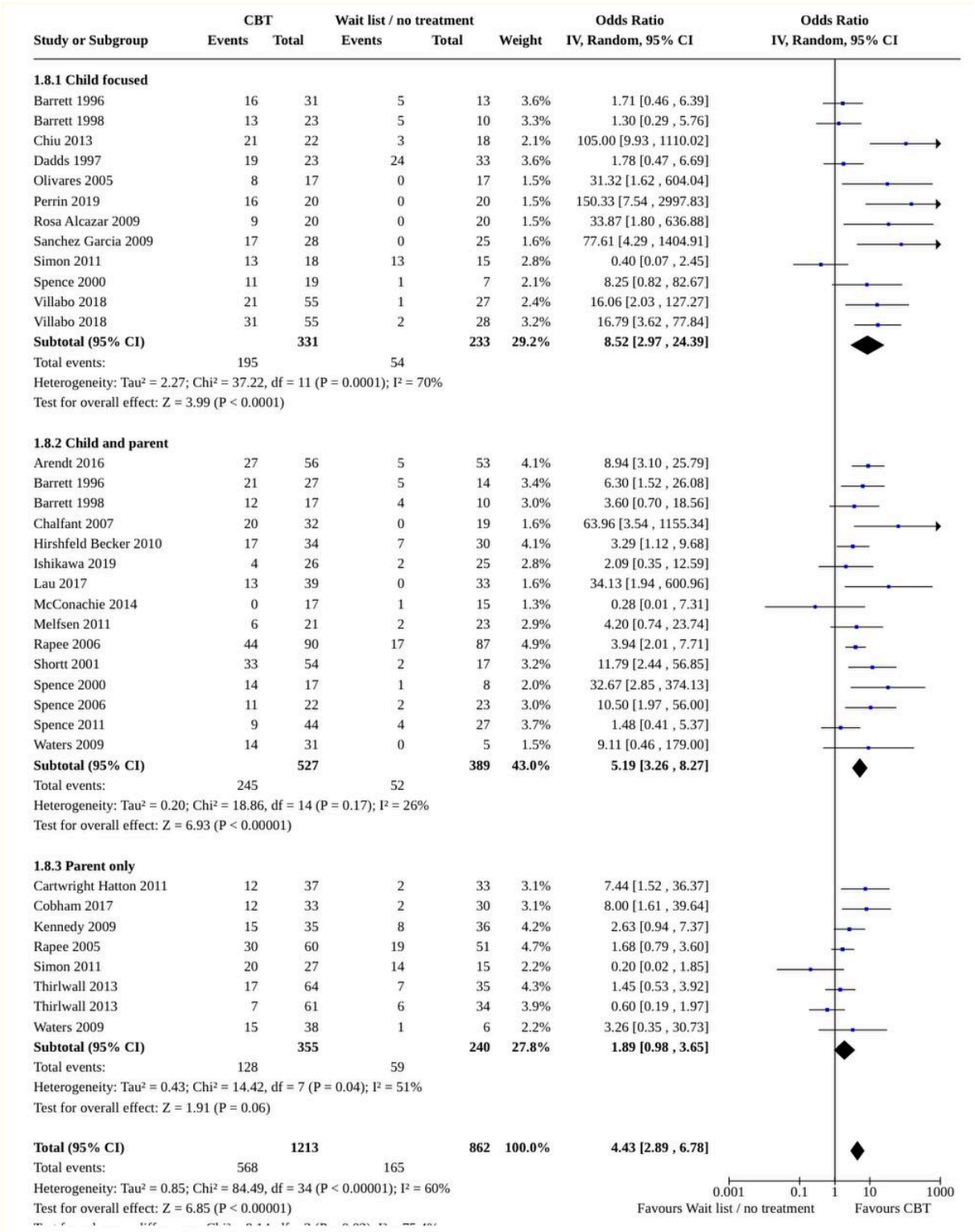
Аналіз

Порівняння 1: КПТ в порівнянні з списком очікування/відсутністю лікування, Результат 7: Прийнятність (кількість учасників, втрачених для оцінки після лікування).

Вторинні результати

1.3 Ремісія всіх тривожних розладів після лікування. Ми включили 28 досліджень в аналізи, що вивчають ремісію всіх діагнозів тривожного розладу після лікування (Arendt 2016; Barrett 1996; Barrett 1998; Cartwright Hatton 2011; Chalfant 2007; Chiu 2013; Cobham 2017; Dadds 1997; Hirshfeld Becker 2010; Ishikawa 2019; Kennedy 2009; Lau 2017; McConachie 2014; Melfsen 2011; Olivares 2005; Perrin 2019; Rapee 2005; Rapee 2006; Rosa Alcazar 2009; Sanchez Garcia 2009; Shortt 2001; Simon 2011; Spence 2000; Spence 2006; Spence 2011; Thirlwall 2013; Villabo 2018; Waters 2009).

Аналіз рандомізованих пацієнтів включав 1213 учасників КПТ та 862 контрольних пацієнтів, з частотою відповіді на ремісію всіх діагнозів тривожного розладу 46,8% для КПТ проти 19,1% для контрольних пацієнтів, які перебувають у списку очікування/не отримують лікування (СШ 4,43, 95% ДІ від 2,89 до 6,78, Z = 6,85, P < 0,001) (аналіз 1,8). Шістдесят відсотків включених досліджень (17 з 28) та 51% порівнянь (18 з 35) повідомили про результати, що демонструють явну користь для КПТ (95% ДІ не перетинає 1). Були докази помірної неоднорідності (Chi^2 = 84,49, df = 34, P < 0,001; I^2 = 60%), і, таким чином, докази помірної якості в цілому на користь КПТ порівняно з контролем очікування/відсутності лікування для ремісії всіх тривожних розладів.


CBT
Wait list / no treatment
Odds Ratio
Odds Ratio
Study or Subgroup Events Total Events Total Weight IV, Random, 95% CI
IV, Random, 95% CI
1.8.1 Child focused
Barrett 1996 16 31 5 13 3.6% 1.71 [0.46 , 6.39]
Barrett 1998 13 23 5 10 3.3% 1.30 [0.29 , 5.76]
Chiu 2013 21 22 3 18 2.1% 105.00 [9.93 , 1110.02]
Dadds 1997 19 23 24 33 3.6% 1.78 [0.47 , 6.69]
Olivares 2005 8 17 0 17 1.5% 31.32 [1.62 , 604.04]
Perrin 2019 16 20 0 20 1.5% 150.33 [7.54 , 2997.83]
Rosa Alcazar 2009 9 20 0 20 1.5% 33.87 [1.80 , 636.88]
Sanchez Garcia 2009 17 28 0 25 1.6% 77.61 [4.29 , 1404.91]
Simon 2011 13 18 13 15 2.8% 0.40 [0.07 , 2.45]
Spence 2000 11 19 1 7 2.1% 8.25 [0.82 , 82.67]
Villabo 2018 21 55 1 27 2.4% 16.06 [2.03 , 127.27]
Villabo 2018 31 55 2 28 3.2% 16.79 [3.62 , 77.84]
Subtotal (95% CI) 331 233 29.2% 8.52 [2.97 , 24.39]
Total events: 195 54
Heterogeneity: Tau² = 2.27; Chi² = 37.22, df = 11 (P = 0.0001); I² = 70%
Test for overall effect: Z = 3.99 (P < 0.0001)
1.8.2 Child and parent
Arendt 2016 27 56 5 53 4.1% 8.94 [3.10 , 25.79]
Barrett 1996 21 27 5 14 3.4% 6.30 [1.52 , 26.08]
Barrett 1998 12 17 4 10 3.0% 3.60 [0.70 , 18.56]
Chalfant 2007 20 32 0 19 1.6% 63.96 [3.54 , 1155.34]
Hirshfeld Becker 2010 17 34 7 30 4.1% 3.29 [1.12 , 9.68]
Ishikawa 2019 4 26 2 25 2.8% 2.09 [0.35 , 12.59]
Lau 2017 13 39 0 33 1.6% 34.13 [1.94 , 600.96]
McConachie 2014 0 17 1 15 1.3% 0.28 [0.01 , 7.31]
Melfsen 2011 6 21 2 23 2.9% 4.20 [0.74 , 23.74]
Rapee 2006 44 90 17 87 4.9% 3.94 [2.01 , 7.71]
Shortt 2001 33 54 2 17 3.2% 11.79 [2.44 , 56.85]
Spence 2000 14 17 1 8 2.0% 32.67 [2.85 , 374.13]
Spence 2006 11 22 2 23 3.0% 10.50 [1.97 , 56.00]
Spence 2011 9 44 4 27 3.7% 1.48 [0.41 , 5.37]
Waters 2009 14 31 0 5 1.5% 9.11 [0.46 , 179.00]
Subtotal (95% CI) 527 389 43.0% 5.19 [3.26 , 8.27]
Total events: 245 52
Heterogeneity: Tau² = 0.20; Chi² = 18.86, df = 14 (P = 0.17); I² = 26%
Test for overall effect: Z = 6.93 (P < 0.00001)
1.8.3 Parent only
Cartwright Hatton 2011 12 37 2 33 3.1% 7.44 [1.52 , 36.37]
Cobham 2017 12 33 2 30 3.1% 8.00 [1.61 , 39.64]
Kennedy 2009 15 35 8 36 4.2% 2.63 [0.94 , 7.37]
Rapee 2005 30 60 19 51 4.7% 1.68 [0.79 , 3.60]
Simon 2011 20 27 14 15 2.2% 0.20 [0.02 , 1.85]
Thirlwall 2013 17 64 7 35 4.3% 1.45 [0.53 , 3.92]
Thirlwall 2013 7 61 6 34 3.9% 0.60 [0.19 , 1.97]
Waters 2009 15 38 1 6 2.2% 3.26 [0.35 , 30.73]
Subtotal (95% CI) 355 240 27.8% 1.89 [0.98 , 3.65]
Total events: 128 59
Heterogeneity: Tau² = 0.43; Chi² = 14.42, df = 7 (P = 0.04); I² = 51%
Test for overall effect: Z = 1.91 (P = 0.06)
Total (95% CI) 1213 862 100.0% 4.43 [2.89 , 6.78]
Total events: 568 165
Heterogeneity: Tau² = 0.85; Chi² = 84.49, df = 34 (P < 0.00001); I² = 60%
Test for overall effect: Z = 6.85 (P < 0.00001)
0.001 0.1 1 10 1000
Favours Wait list / no treatment Favours CBT
Heterogeneity: Tau² = 0.85; Chi² = 84.49, df = 34 (P < 0.00001); I² = 60%
Test for overall effect: Z = 6.85 (P < 0.00001)
Test for subgroup differences: Chi² = 8.14, df = 2 (P = 0.02), I² = 75.4%
0.001 0.1 1 10 1000
Favours Wait list / no treatment Favours CBT

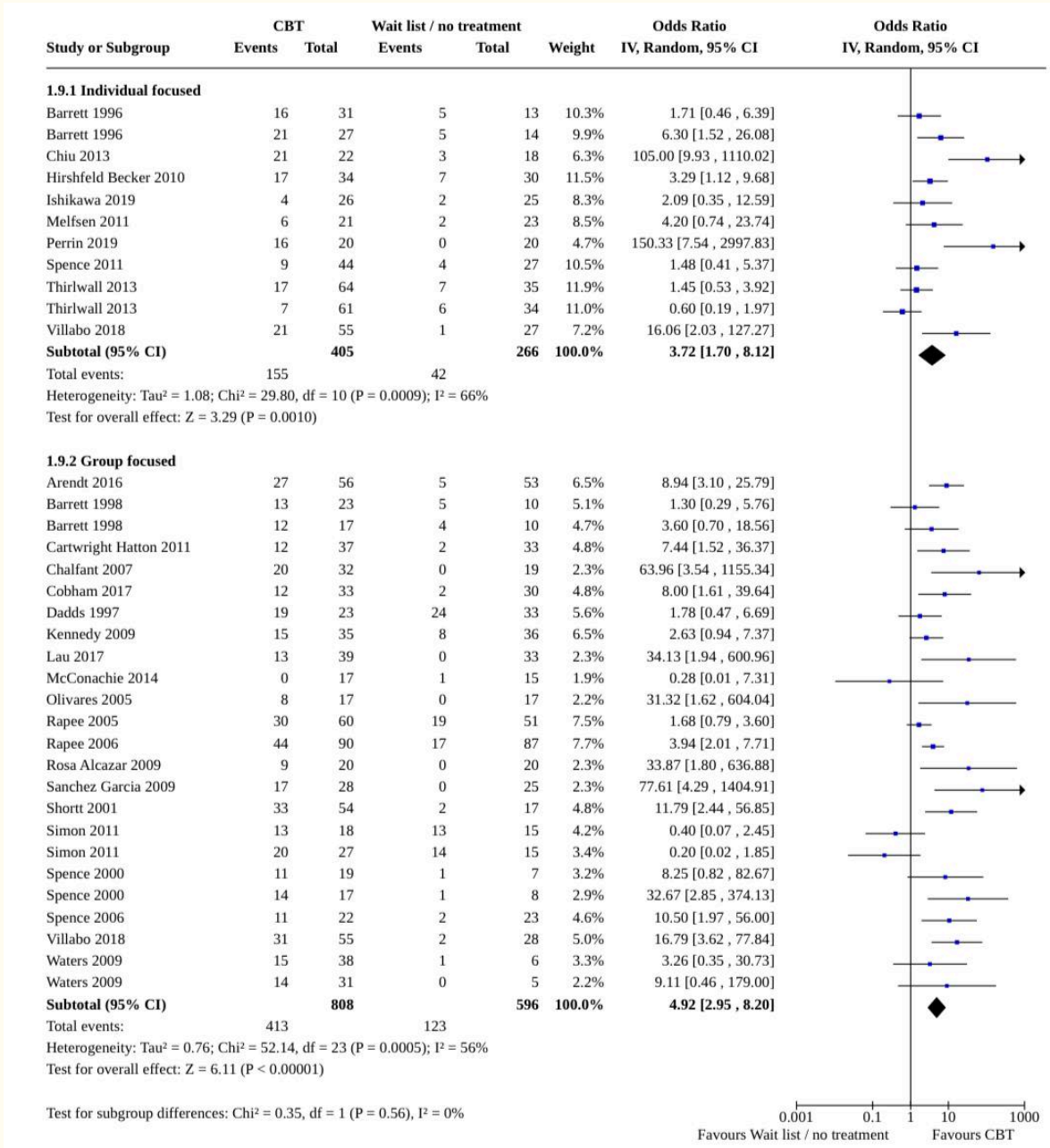
1.8

Аналіз

Порівняння 1: КПТ в порівнянні з очікуванням/відсутністю лікування, Результат 8: Ремісія всіх діагнозів тривоги після лікування (ITT).

Аналізи підгруп. Ми виявили різницю в результатах для різних форматів пологів (зосереджені на дитині, дитина та батьки, тільки батьки) (Chi^2 = 8,57, df = 2, P = 0,01), зі значною неоднорідністю підгруп (I^2 = 76,7%) (Аналіз 1.1). Були докази значної неоднорідності серед досліджень, що оцінювали КПТ, орієнтовану на дітей (I^2 = 70%), але ми виявили, що в цілому ці дослідження призвели до більшої ремісії всіх діагнозів тривожного розладу після КПТ порівняно з контролем очікування/відсутності лікування (СШ 8,52, 95% ДІ від 2,97 до 24,39), ніж дослідження, що оцінювали КПТ, поставлену дитиною та батьками (СШ 5,19, 95% ДІ від 3,26 до 8,27), або дослідження, що оцінювали КПТ, поставлену батьками (СШ 1,89, 95% ДІ перетинається 1).

Ми не виявили відмінностей у ремісії всіх результатів діагностики тривожного розладу для індивідуальної та групової КПТ (Chi^2 = 0,35, df = 1, P = 0,56; I^2 = 0%) (Аналіз 1.9); однак, були відмінності у цих результатах серед втручань з різною кількістю часу контакту з терапевтом (Chi^2 = 10,75, df = 2, P = 0,005; I^2 = 81,4%) (Аналіз 1.10). Тільки в п 'яти дослідженнях оцінювалися втручання, що включали < 10 годин часу контакту з терапевтом (Cobham 2017; Ishikawa 2019; Rapee 2005; Simon 2011; Thirlwall 2013), і не вказували на користь для КПТ порівняно з групами очікування/без лікування для ремісії всіх тривожних розладів (СШ 1,42, 95% ДІ від 0,68 до 2,96, Z = 0,93, P = 0,35), тоді як втручання з часом контакту від 10 до 20 годин або ≥ 20 годин показали очевидну користь для КПТ (СШ 6,59, 95% ДІ від 3,62 до 12,01 та СШ 5,03, 95% ДІ від 2,55 до 9,93 відповідно).

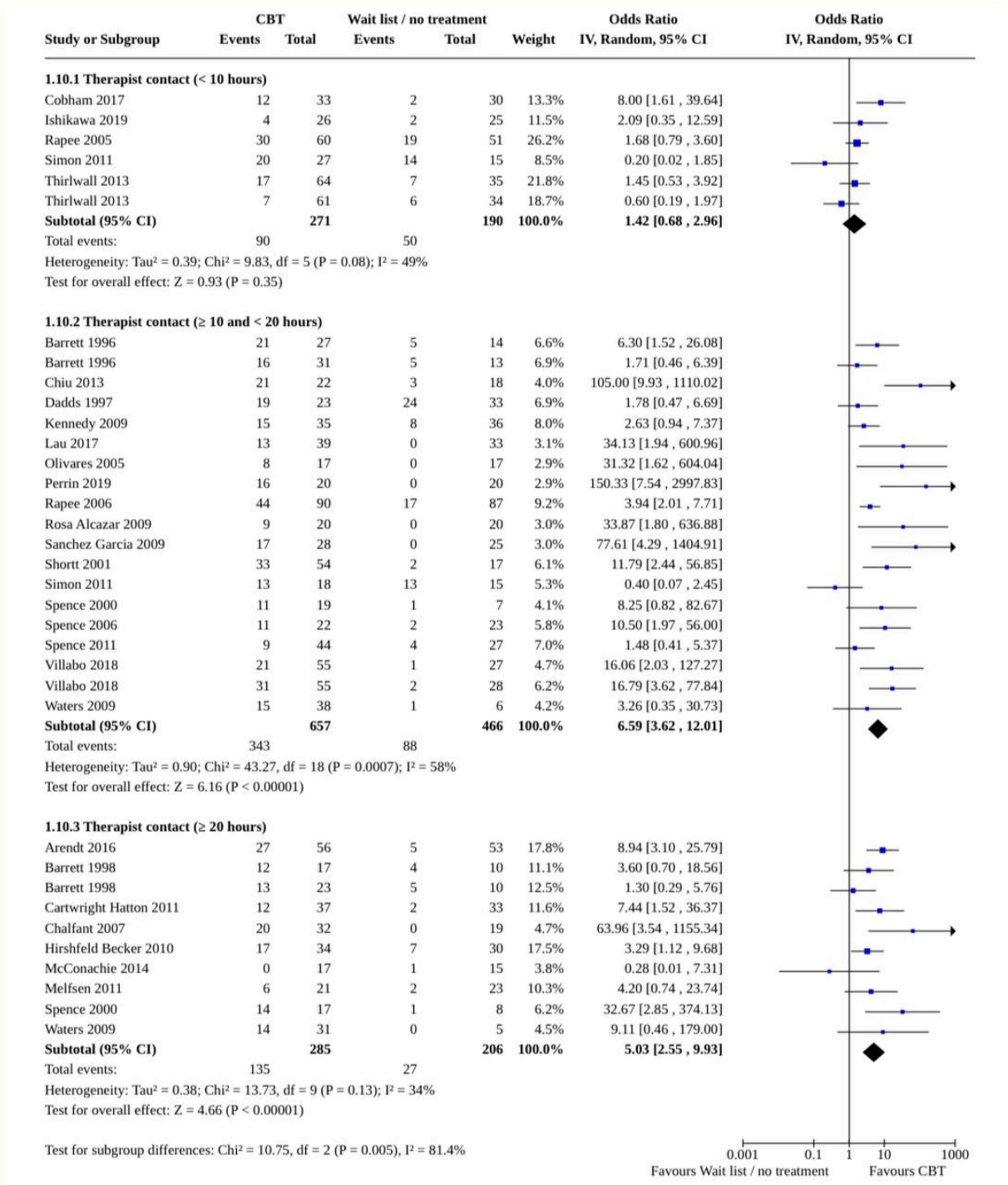


1.9

Аналіз

Порівняння 1: КПТ в порівнянні з очікуваним списком/відсутністю лікування,

Результат 2: Аналіз підгруп: ремісія діагностики первинної тривоги після лікування (ІЛТ) (індивідуально в порівнянні з групою).



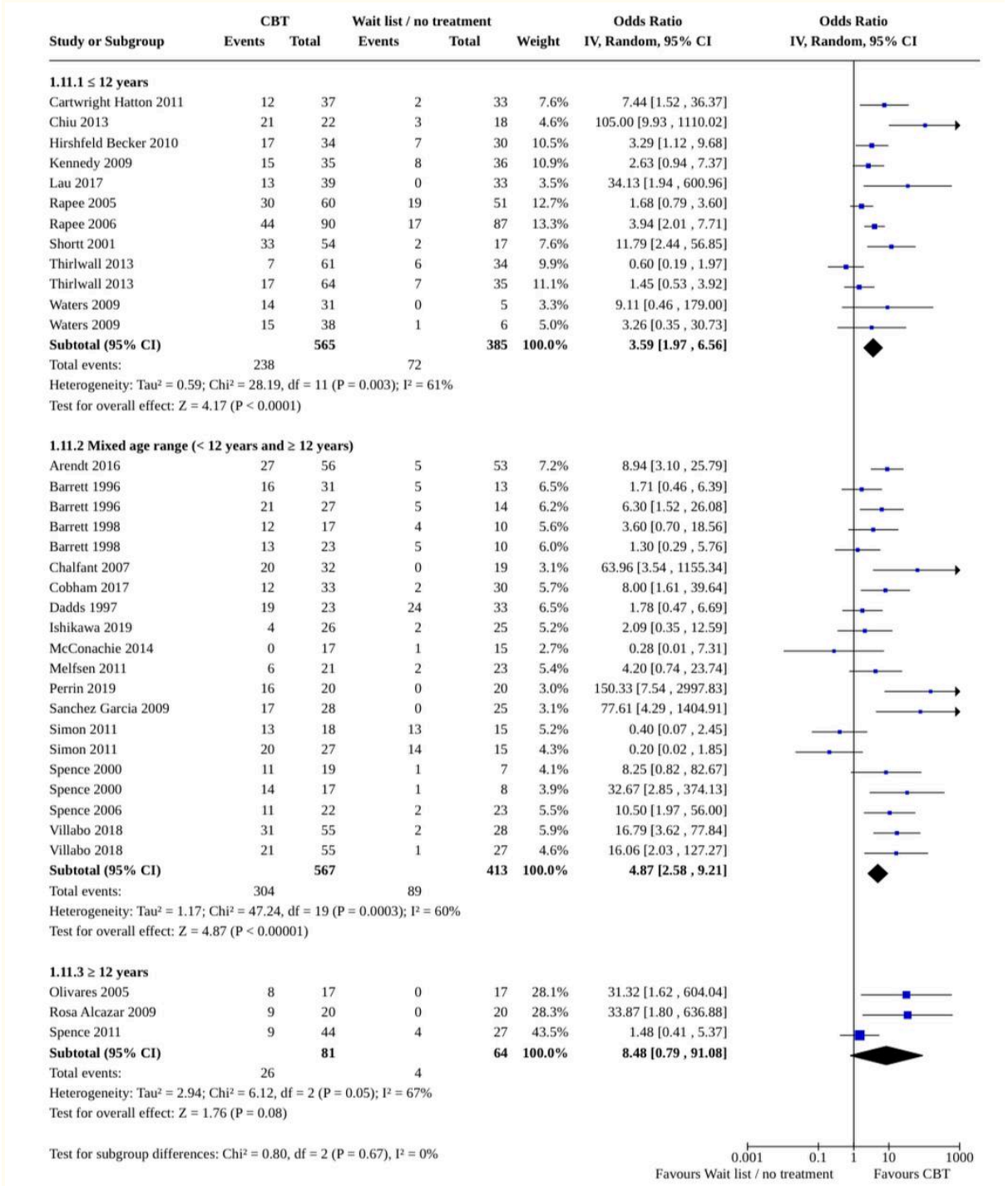
1.10

Аналіз

Порівняння 1: КПТ в порівнянні з списком очікування/відсутністю лікування,

Результат 3: Аналіз підгруп: ремісія первинної діагностики тривожності після лікування (ITT) (кількість часу контакту з терапевтом).

Аналізи підгруп не показали відмінностей у ремісії всіх результатів діагностики тривожного розладу серед досліджень з учасниками в різних вікових групах ($Chi^2 = 0,80$, $df = 2$, $P = 0,67$; $I^2 = 0\%$) (Аналіз 1.11), і оскільки лише два дослідження включали учасників з розладом аутистичного спектру, значущі аналізи підгруп, що порівнювали дослідження з учасниками з розладом аутистичного спектру та без них, були неможливими.



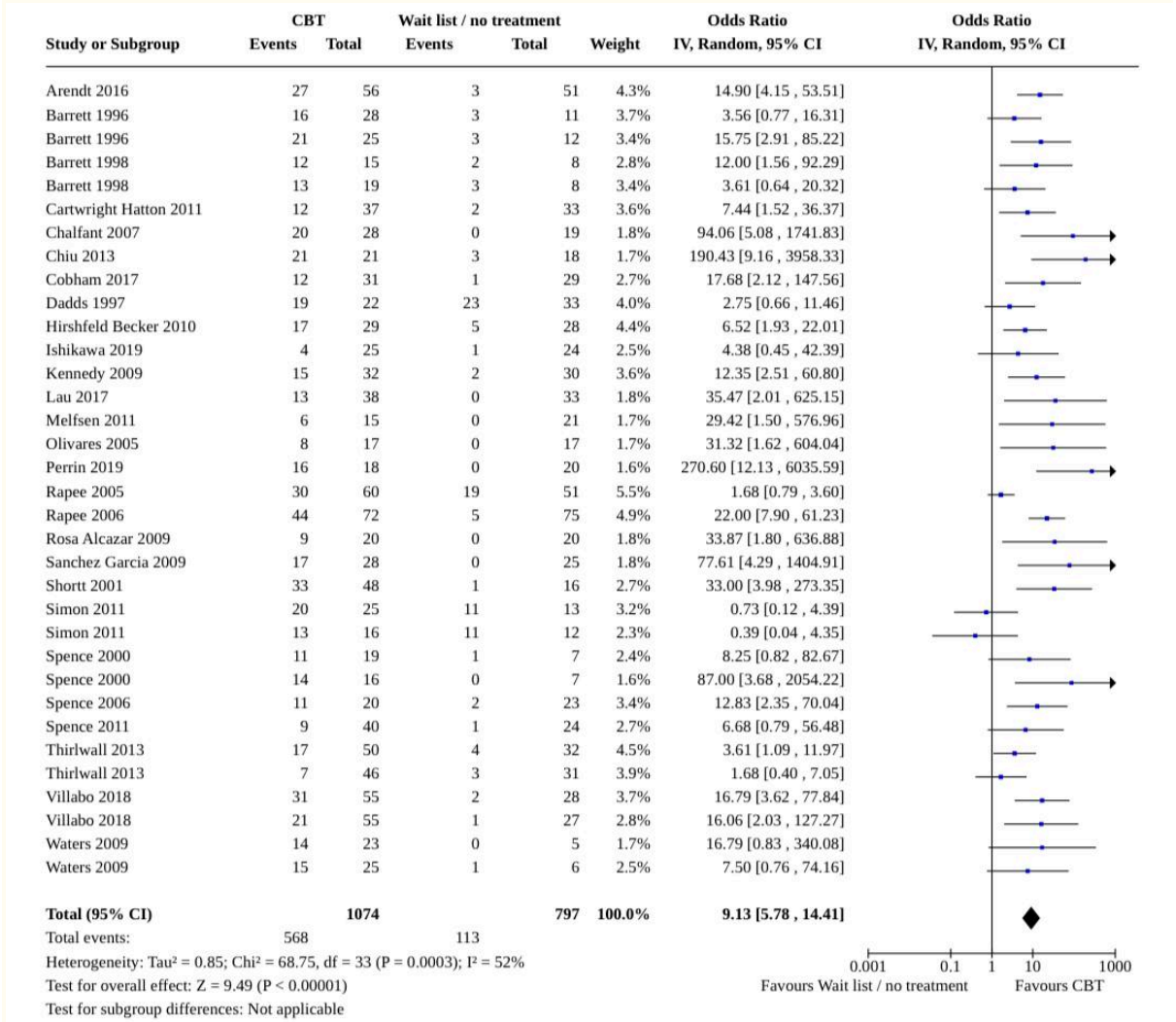
1.11

Аналіз

Порівняння 1: КПТ в порівнянні з очікуваним списком/відсутністю лікування,

Результат 2: Аналіз підгруп: ремісія діагностики первинної тривоги після лікування (ІЛТ) (індивідуально в порівнянні з групою).

Аналіз заповнювачів. Аналіз заповнювачів включав 1074 учасників КПТ та 797 контрольних пацієнтів, з частотою відповіді на ремісію будь-якого діагнозу тривожного розладу 52,9% для КПТ проти 14,2% для контрольних пацієнтів (СШ 9,13, 95% ДІ від 5,78 до 14,41, Z = 9,49, P < 0,001) (аналіз 1,12). Понад три чверті включених досліджень (21 з 27) та 65% порівнянь (22 з 34) повідомили про результати, що демонструють явну користь для КПТ (95% ДІ не перетинає 1). Були дані про помірну неоднорідність (Chi² = 68,75, df = 33, P < 0,001; I² = 52%).



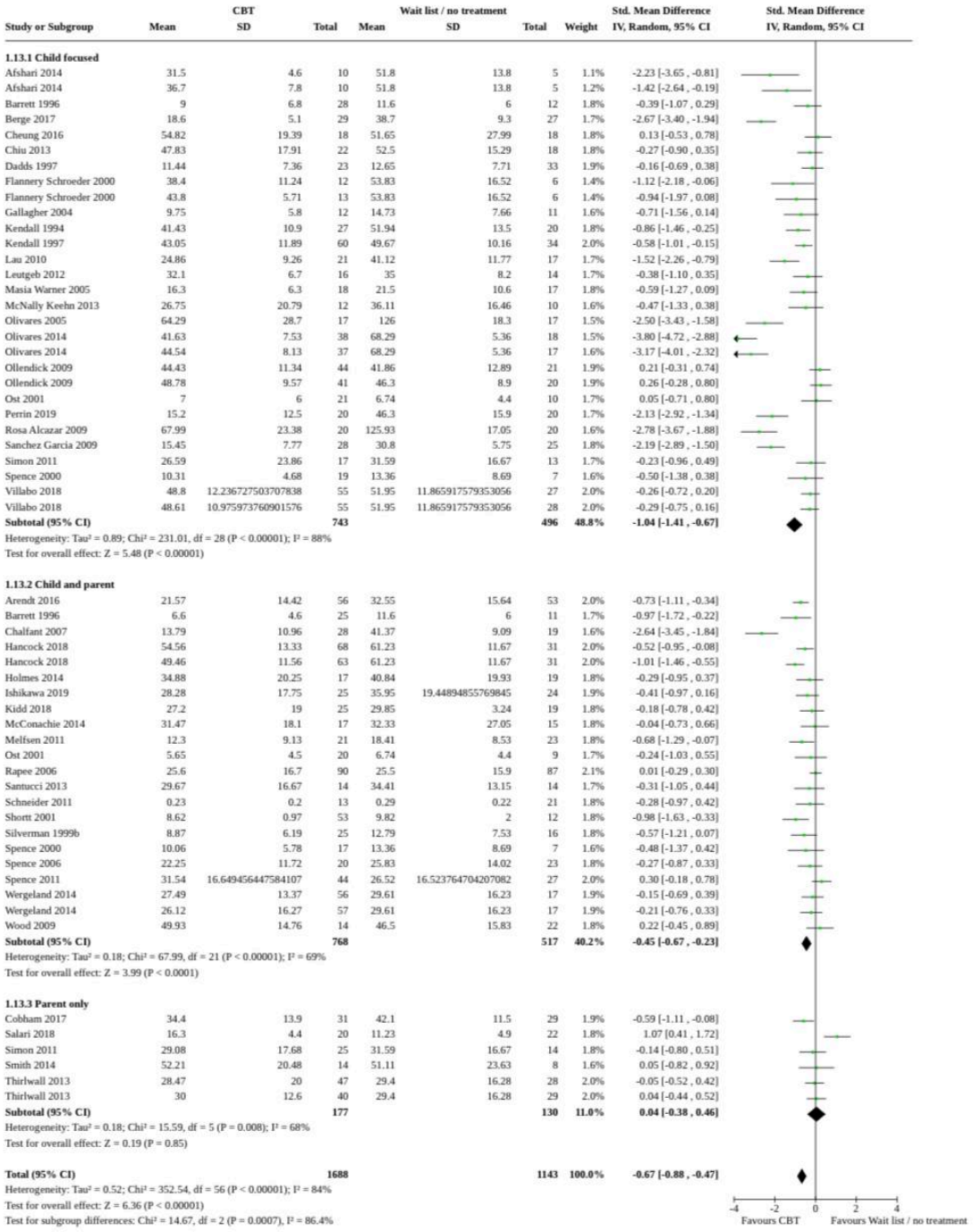
1.12

Аналіз

Порівняння 1: КПТ в порівнянні з списком очікування/відсутністю лікування,

Результат 12: Ремісія всіх діагнозів тривоги після лікування (пацієнти, які завершили лікування).

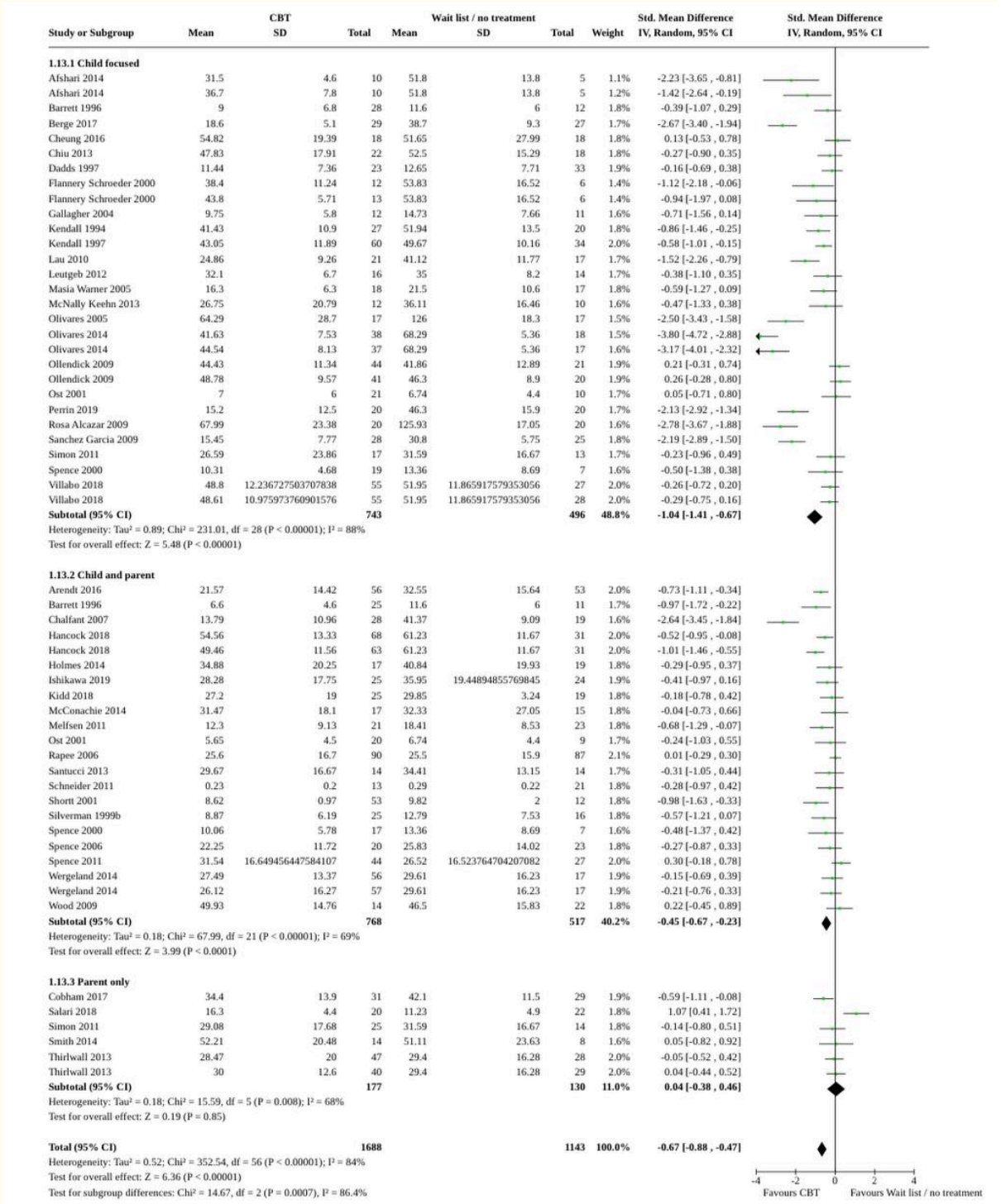
1.4 Зменшення симптомів тривоги (дитячий звіт) після лікування. Ми включили 45 досліджень в аналізи, що вивчають симптоми тривоги, повідомлені дітьми після лікування (Afshari 2014; Arendt 2016; Barrett 1996; Berge 2017; Chalfant 2007; Cheung 2016; Chiu 2013; Cobham 2017; Dadds 1997; Flannery Schroeder 2000; Gallagher 2004; Hancock 2018; Holmes 2014; Ishikawa 2019; Kendall 1994; Kendall 1997; Kidd 2018; Lau 2010; Leutgeb 2012; Masia Warner 2005; McConachie 2014; McNally Keehn 2013; Melfsen 2011; Olivares 2005; Olivares 2014; Ollendick 2009; Ost 2001; Perrin 2019; Rapee 2006; Rosa Alcazar 2009; Salari 2018; Sanchez Garcia 2009; Santucci 2013; Schneider 2011; Shortt 2001; Silverman 1999b; Simon 2011; Smith 2014; Spence 2000; Spence 2006; Spence 2011; Thirlwall 2013; Villabo 2018; Wergeland 2014; Wood 2009). Стандартизована середня різниця (SMD) між групами КПТ та контрольними групами, що перебувають у списку очікування/не отримують лікування, становила −0,67 (95% ДІ від − 0,88 до −0,47, Z = 6,36, P < 0,001, n = 2831) (аналіз 1,13; рисунок 5). Значна неоднорідність (Chi² = 352,54, df = 56, P < 0,001; I² = 84%) знизила нашу впевненість у цьому результаті, і ми оцінили ці докази як низьку якість.



5

Лісова діаграма порівняння: 1 КПТ в порівнянні з очікуванням/відсутністю лікування,

Результат 1,13: Зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування.



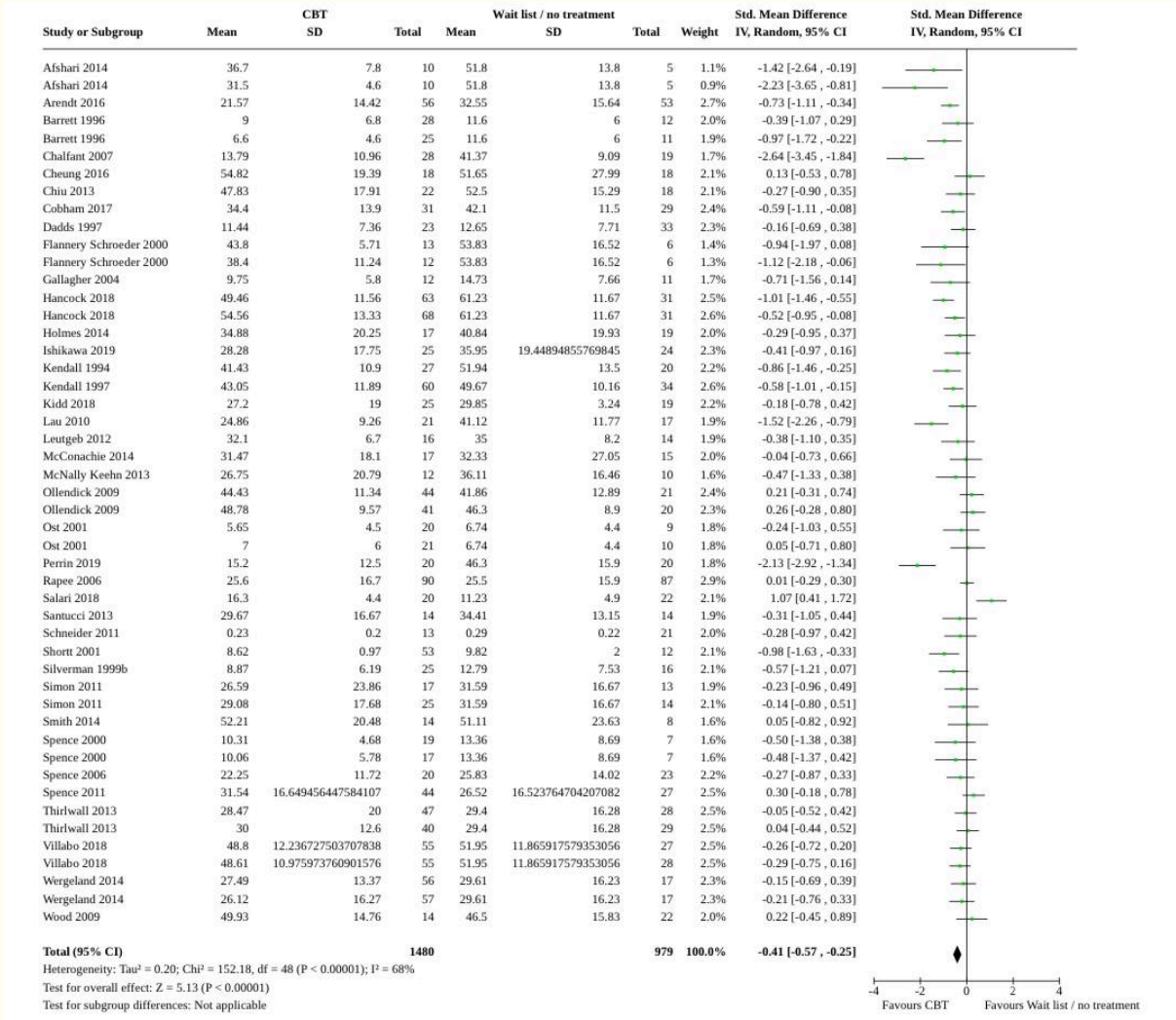
1.13

Аналіз

Порівняння 1: КПТ в порівнянні з очікуванням/відсутністю лікування,

Результат 13: Зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування

Дійсно, включаючи лише дослідження, в яких використовувався широкий вимір симптомів тривоги, повідомлених дітьми (38 досліджень, 2459 учасників), SMD між групами CBT та контрольними групами очікування було зменшено до −0,41 (95% ДІ −0,57 до −0,25, Z = 5,13, P < 0,001, I² = 68%) (аналіз 1,14).



Study or Subgroup	CBT Mean	CBT SD	CBT Total	Wait list / no treatment Mean	Wait list / no treatment SD	Wait list / no treatment Total	Weight	Std. Mean Difference IV, Random, 95% CI
Afshari 2014	36.7	7.8	10	51.8	13.8	5	1.1%	-1.42 [-2.64 , -0.19]
Afshari 2014	31.5	4.6	10	51.8	13.8	5	0.9%	-2.23 [-3.65 , -0.81]
Arendt 2016	21.57	14.42	56	32.55	15.64	53	2.7%	-0.73 [-1.11 , -0.34]
Barrett 1996	9	6.8	28	11.6	6	12	2.0%	-0.39 [-1.07 , 0.29]
Barrett 1996	6.6	4.6	25	11.6	6	11	1.9%	-0.97 [-1.72 , -0.22]
Chalfant 2007	13.79	10.96	28	41.37	9.09	19	1.7%	-2.64 [-3.45 , -1.84]
Cheung 2016	54.82	19.39	18	51.65	27.99	18	2.1%	0.13 [-0.53 , 0.78]
Chiu 2013	47.83	17.91	22	52.5	15.29	18	2.1%	-0.27 [-0.90 , 0.35]
Cobham 2017	34.4	13.9	31	42.1	11.5	29	2.4%	-0.59 [-1.11 , -0.08]
Dadds 1997	11.44	7.36	23	12.65	7.71	33	2.3%	-0.16 [-0.69 , 0.38]
Flannery Schroeder 2000	43.8	5.71	13	53.83	16.52	6	1.4%	-0.94 [-1.97 , 0.08]
Flannery Schroeder 2000	38.4	11.24	12	53.83	16.52	6	1.3%	-1.12 [-2.18 , -0.06]
Gallagher 2004	9.75	5.8	12	14.73	7.66	11	1.7%	-0.71 [-1.56 , 0.14]
Hancock 2018	49.46	11.56	63	61.23	11.67	31	2.5%	-1.01 [-1.46 , -0.55]
Hancock 2018	54.56	13.33	68	61.23	11.67	31	2.6%	-0.52 [-0.95 , -0.08]
Holmes 2014	34.88	20.25	17	40.84	19.93	19	2.0%	-0.29 [-0.95 , 0.37]
Ishikawa 2019	28.28	17.75	25	35.95	19.44894855769845	24	2.3%	-0.41 [-0.97 , 0.16]
Kendall 1994	41.43	10.9	27	51.94	13.5	20	2.2%	-0.86 [-1.46 , -0.25]
Kendall 1997	43.05	11.89	60	49.67	10.16	34	2.6%	-0.58 [-1.01 , -0.15]
Kidd 2018	27.2	19	25	29.85	3.24	19	2.2%	-0.18 [-0.78 , 0.42]
Lau 2010	24.86	9.26	21	41.12	11.77	17	1.9%	-1.52 [-2.26 , -0.79]
Leutgeb 2012	32.1	6.7	16	35	8.2	14	1.9%	-0.38 [-1.10 , 0.35]
McConachie 2014	31.47	18.1	17	32.33	27.05	15	2.0%	-0.04 [-0.73 , 0.66]
McNally Keehn 2013	26.75	20.79	12	36.11	16.46	10	1.6%	-0.47 [-1.33 , 0.38]
Ollendick 2009	44.43	11.34	44	41.86	12.89	21	2.4%	0.21 [-0.31 , 0.74]
Ollendick 2009	48.78	9.57	41	46.3	8.9	20	2.3%	0.26 [-0.28 , 0.80]
Ost 2001	5.65	4.5	20	6.74	4.4	9	1.8%	-0.24 [-1.03 , 0.55]
Ost 2001	7	6	21	6.74	4.4	10	1.8%	0.05 [-0.71 , 0.80]
Perrin 2019	15.2	12.5	20	46.3	15.9	20	1.8%	-2.13 [-2.92 , -1.34]
Rapee 2006	25.6	16.7	90	25.5	15.9	87	2.9%	0.01 [-0.29 , 0.30]
Salari 2018	16.3	4.4	20	11.23	4.9	22	2.1%	1.07 [0.41 , 1.72]
Santucci 2013	29.67	16.67	14	34.41	13.15	14	1.9%	-0.31 [-1.05 , 0.44]
Schneider 2011	0.23	0.2	13	0.29	0.22	21	2.0%	-0.28 [-0.97 , 0.42]
Shortt 2001	8.62	0.97	53	9.82	2	12	2.1%	-0.98 [-1.63 , -0.33]
Silverman 1999b	8.87	6.19	25	12.79	7.53	16	2.1%	-0.57 [-1.21 , 0.07]
Simon 2011	26.59	23.86	17	31.59	16.67	13	1.9%	-0.23 [-0.96 , 0.49]
Simon 2011	29.08	17.68	25	31.59	16.67	14	2.1%	-0.14 [-0.80 , 0.51]
Smith 2014	52.21	20.48	14	51.11	23.63	8	1.6%	0.05 [-0.82 , 0.92]
Spence 2000	10.31	4.68	19	13.36	8.69	7	1.6%	-0.50 [-1.38 , 0.38]
Spence 2000	10.06	5.78	17	13.36	8.69	7	1.6%	-0.48 [-1.37 , 0.42]
Spence 2006	22.25	11.72	20	25.83	14.02	23	2.2%	-0.27 [-0.87 , 0.33]
Spence 2011	31.54	16.649456447584107	44	26.52	16.523764704207082	27	2.5%	0.30 [-0.18 , 0.78]
Thirlwall 2013	28.47	20	47	29.4	16.28	28	2.5%	-0.05 [-0.52 , 0.42]
Thirlwall 2013	30	12.6	40	29.4	16.28	29	2.5%	0.04 [-0.44 , 0.52]
Villabo 2018	48.8	12.236727503707838	55	51.95	11.865917579353056	27	2.5%	-0.26 [-0.72 , 0.20]
Villabo 2018	48.61	10.975973760901576	55	51.95	11.865917579353056	28	2.5%	-0.29 [-0.75 , 0.16]
Wergeland 2014	27.49	13.37	56	29.61	16.23	17	2.3%	-0.15 [-0.69 , 0.39]
Wergeland 2014	26.12	16.27	57	29.61	16.23	17	2.3%	-0.21 [-0.76 , 0.33]
Wood 2009	49.93	14.76	14	46.5	15.83	22	2.0%	0.22 [-0.45 , 0.89]
Total (95% CI)			**1480**			**979**	**100.0%**	**-0.41 [-0.57 , -0.25]**

Heterogeneity: Tau² = 0.20; Chi² = 152.18, df = 48 (P < 0.00001); I² = 68%
Test for overall effect: Z = 5.13 (P < 0.00001)
Test for subgroup differences: Not applicable

1.14

Аналіз

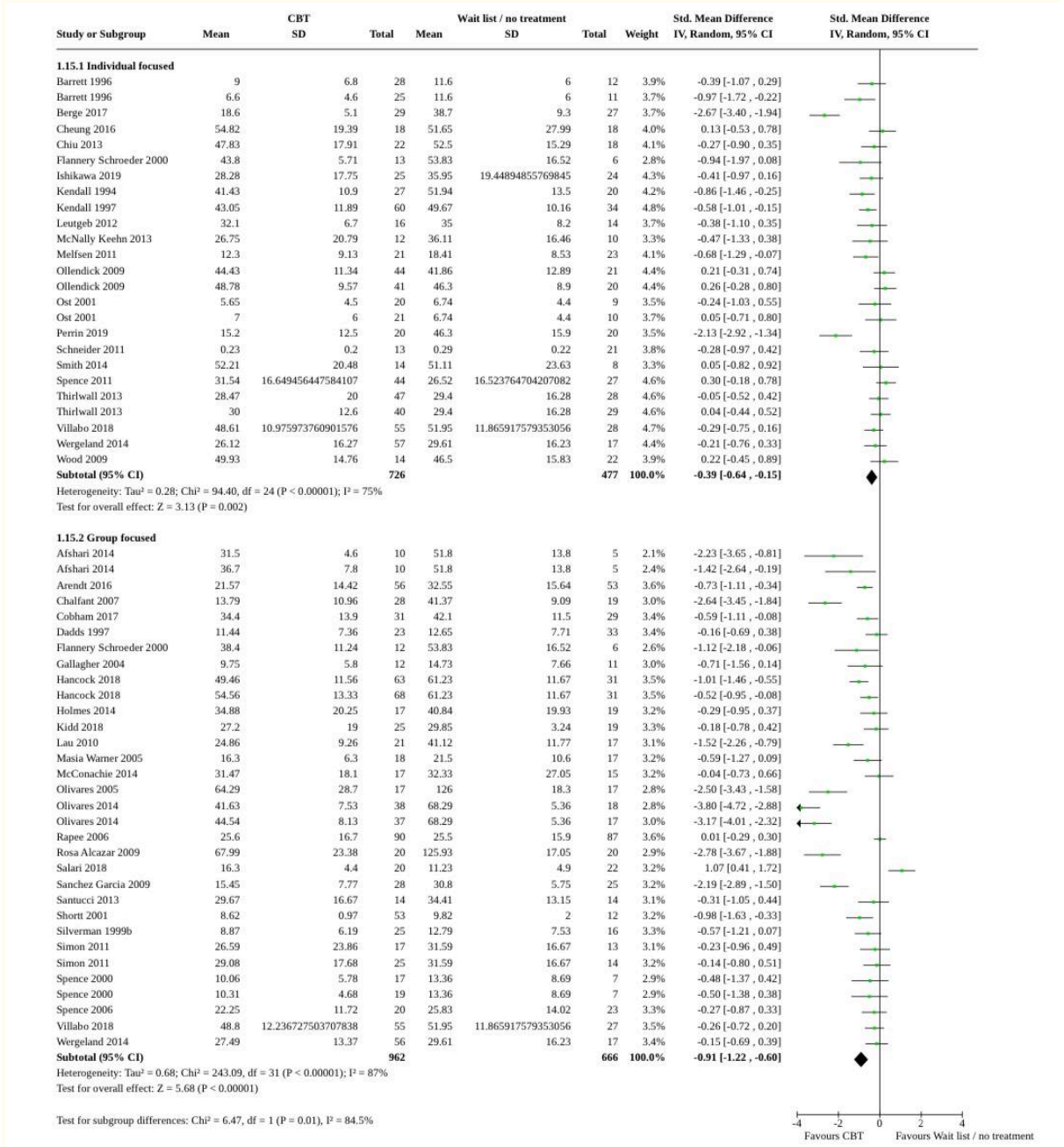
Порівняння 1: КПТ в порівнянні з очікуванням/відсутністю лікування,

Результат 14: Аналіз чутливості: зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування (широкі показники тривоги).

Аналіз підгруп. Ми виявили значну різницю між КПТ, орієнтованою на дитину, дитиною та батьками, та КПТ, орієнтованою лише на батьків (Chi² = 14,67, df = 2, P < 0,001), щодо результатів симптомів тривоги,

повідомлених дитиною, зі значною неоднорідністю підгруп (I^2 = 86,4%). Не було значної різниці між групами КПТ та контрольною групою очікування/відсутності лікування в після лікувальних дитячих симптомах тривоги для батьківської КПТ (SMD 0,04, 95% ДІ - від 0,38 до 0,46, Z = 0,19, P = 0,85, 5 досліджень). Лісовий графік та зведена статистика показали, що КПТ, орієнтована на дитину, призвела до більшого зниження симптомів тривоги, повідомлених дитиною, серед груп КПТ порівняно з контролем очікування/відсутності лікування (SMD −1,04, 95% ДІ −1,41 до −0,67, Z = 5,48, P < 0,001, 24 дослідження), ніж КПТ, орієнтована на дитину та батьків (SMD −0,45, 95% ДІ −0,67 до −0,23, Z = 3,99, P < 0,001, 20 досліджень), але зі значною неоднорідністю в кожній з цих підгруп (орієнтована на дитину: I^2 = 88%; дитина та батьки: I^2 = 69%).

Аналізи підгруп також виявили значущу різницю між індивідуальною та груповою КПТ (Chi^2 = 6,47, df = 1, P = 0,01; I^2 = 84,5%) (аналіз 1,15). SMD у групах контролю, які повідомляли про симптоми тривоги між КПТ та групами очікування/відсутності лікування, становив −0,91 (95% ДІ - від −1,22 до −0,60) у дослідженнях, що оцінювали групову КПТ, порівняно з −0,39 (95% ДІ -від −0,64 до −0,15) у дослідженнях, що оцінювали індивідуальну КПТ.



1.15

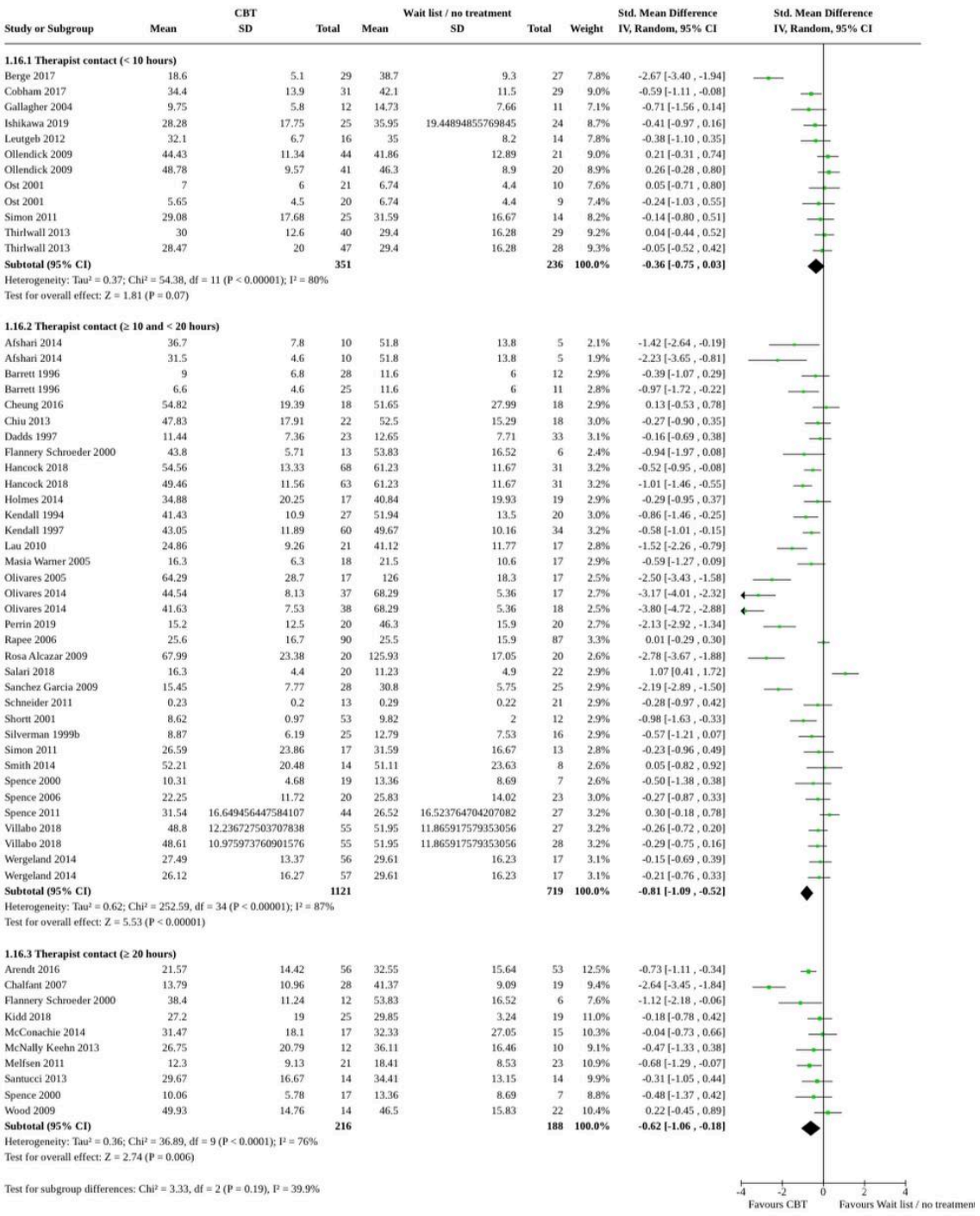
Аналіз

Порівняння 1: КПТ в порівнянні з списком очікування/відсутністю лікування,

Результат 15: Аналіз підгруп: зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування (індивідуальне порівняння з групою)

Ми не виявили відмінностей між втручаннями з різною кількістю часу контакту з терапевтом (< 10 годин, ≥ 10 та < 20 годин, ≥ 20 годин)

(Chi² = 3,33, df = 2, P = 0,19; I² = 39,9%) (аналіз 1,16), але результати симптомів тривоги, про які повідомляла дитина, відрізнялися між різними віковими групами (Chi² = 8,27, df = 2, P = 0,02), зі значною неоднорідністю підгрупи (I² = 75,8%) (аналіз 1,17). Серед досліджень дітей віком ≥ 12 років SMD між КПТ та контролем очікування/відсутності лікування становив −1,78 (95% CI −3,01 до −0,56) порівняно з −0,62 (95% CI −0,83 до −0,41), де дослідження включали учасників віком старше та молодше 12 років, та −0,23 (95% CI перетинається 0) серед досліджень дітей віком ≤ 12 років, але з різницею в межах кожної з цих вікових груп (I² = 71% до 95%).

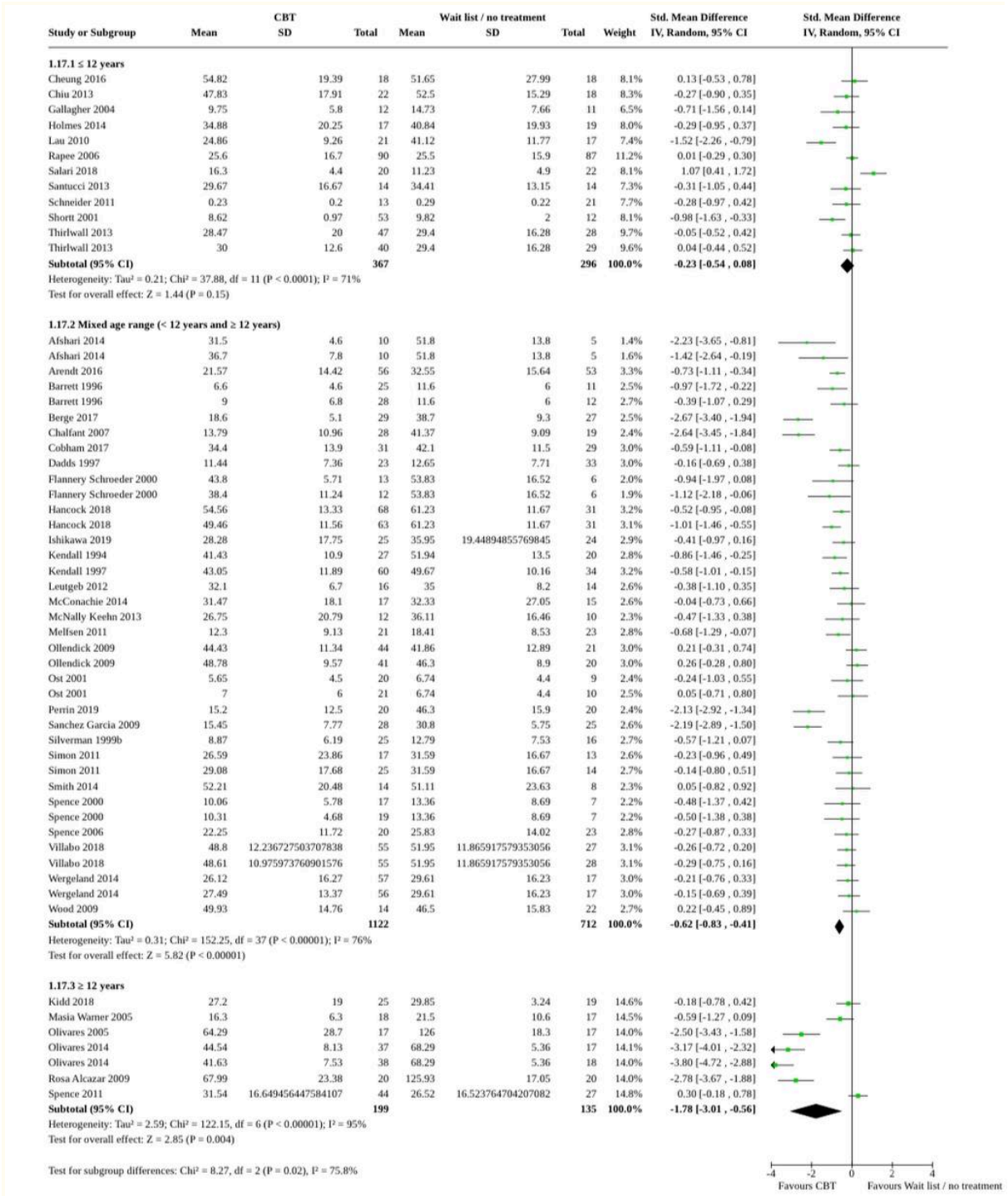


1.16

Аналіз

Порівняння 1: КПТ в порівнянні з очікуванням/відсутністю лікування,

Результат 16: Аналіз підгруп: зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування (кількість часу контакту з терапевтом).



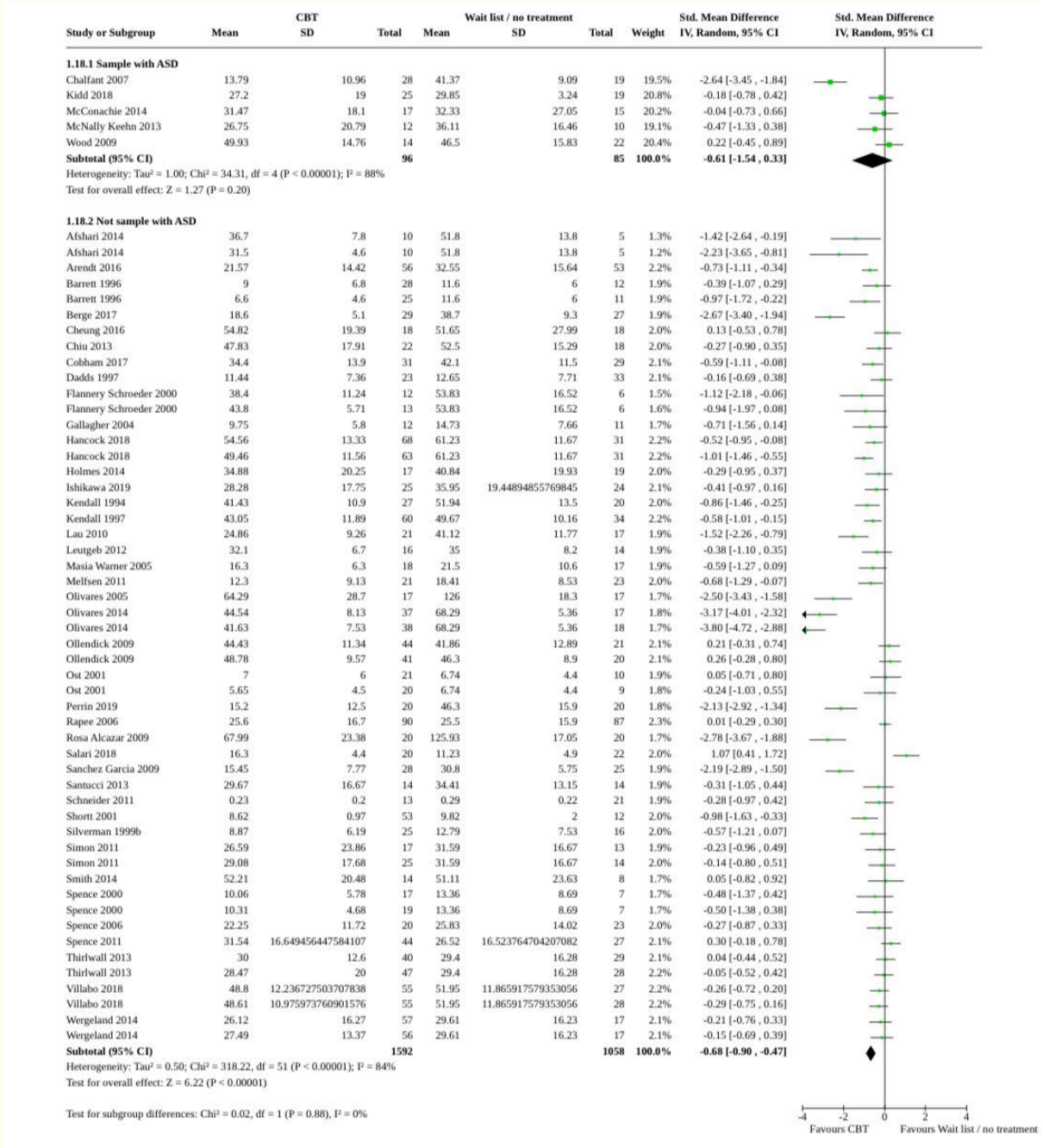
1.17

Аналіз

Порівняння 1: КПТ в порівнянні з списком очікування/відсутністю лікування,

Результат 15: Аналіз підгруп: зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування (індивідуальне порівняння з групою).

Ми не виявили відмінностей між дослідженнями, включаючи учасників з розладом аутистичного спектра та без нього, щодо результатів симптомів тривоги, повідомлених дитиною після лікування (Chi² = 0,02, df = 1, P = 0,88; I² = 0%) (аналіз 1.18).



Study or Subgroup	CBT Mean	CBT SD	CBT Total	Wait list / no treatment Mean	Wait list / no treatment SD	Wait list / no treatment Total	Weight	Std. Mean Difference IV, Random, 95% CI
1.18.1 Sample with ASD								
Chalfant 2007	13.79	10.96	28	41.37	9.09	19	19.5%	-2.64 [-3.45 , -1.84]
Kidd 2018	27.2	19	25	29.85	3.24	19	20.8%	-0.18 [-0.78 , 0.42]
McConachie 2014	31.47	18.1	17	32.33	27.05	15	20.2%	-0.04 [-0.73 , 0.66]
McNally Keehn 2013	26.75	20.79	12	36.11	16.46	10	19.1%	-0.47 [-1.33 , 0.38]
Wood 2009	49.93	14.76	14	46.5	15.83	22	20.4%	0.22 [-0.45 , 0.89]
Subtotal (95% CI)			**96**			**85**	**100.0%**	**-0.61 [-1.54 , 0.33]**
Heterogeneity: Tau² = 1.00; Chi² = 34.31, df = 4 (P < 0.00001); I² = 88%								
Test for overall effect: Z = 1.27 (P = 0.20)								
1.18.2 Not sample with ASD								
Afshari 2014	36.7	7.8	10	51.8	13.8	5	1.3%	-1.42 [-2.64 , -0.19]
Afshari 2014	31.5	4.6	10	51.8	13.8	5	1.2%	-2.23 [-3.65 , -0.81]
Arendt 2016	21.57	14.42	56	32.55	15.64	53	2.2%	-0.73 [-1.11 , -0.34]
Barrett 1996	9	6.8	28	11.6	6	12	1.9%	-0.39 [-1.07 , 0.29]
Barrett 1996	6.6	4.6	25	11.6	6	11	1.9%	-0.97 [-1.72 , -0.22]
Berge 2017	18.6	5.1	29	38.7	9.3	27	1.9%	-2.67 [-3.40 , -1.94]
Cheung 2016	54.82	19.39	18	51.65	27.99	18	2.0%	0.13 [-0.53 , 0.78]
Chiu 2013	47.83	17.91	22	52.5	15.29	18	2.0%	-0.27 [-0.90 , 0.35]
Cobham 2017	34.4	13.9	31	42.1	11.5	29	2.1%	-0.59 [-1.11 , -0.08]
Dadds 1997	11.44	7.36	23	12.65	7.71	33	2.1%	-0.16 [-0.69 , 0.38]
Flannery Schroeder 2000	38.4	11.24	12	53.83	16.52	6	1.5%	-1.12 [-2.18 , -0.06]
Flannery Schroeder 2000	43.8	5.71	13	53.83	16.52	6	1.6%	-0.94 [-1.97 , 0.08]
Gallagher 2004	9.75	5.8	12	14.73	7.66	11	1.7%	-0.71 [-1.56 , 0.14]
Hancock 2018	54.56	13.33	68	61.23	11.67	31	2.2%	-0.52 [-0.95 , -0.08]
Hancock 2018	49.46	11.56	63	61.23	11.67	31	2.2%	-1.01 [-1.46 , -0.55]
Holmes 2014	34.88	20.25	17	40.84	19.93	19	2.0%	-0.29 [-0.95 , 0.37]
Ishikawa 2019	28.28	17.75	25	35.95	19.44894855769845	24	2.1%	-0.41 [-0.97 , 0.16]
Kendall 1994	41.43	10.9	27	51.94	13.5	20	2.0%	-0.86 [-1.46 , -0.25]
Kendall 1997	43.05	11.89	60	49.67	10.16	34	2.2%	-0.58 [-1.01 , -0.15]
Lau 2010	24.86	9.26	21	41.12	11.77	17	1.9%	-1.52 [-2.26 , -0.79]
Leutgeb 2012	32.1	6.7	16	35	8.2	14	1.9%	-0.38 [-1.10 , 0.35]
Masia Warner 2005	16.3	6.3	18	21.5	10.6	17	1.9%	-0.59 [-1.27 , 0.09]
Melfsen 2011	12.3	9.13	21	18.41	8.53	23	2.0%	-0.68 [-1.29 , -0.07]
Olivares 2005	64.29	28.7	17	126	18.3	17	1.7%	-2.50 [-3.43 , -1.58]
Olivares 2014	44.54	8.13	37	68.29	5.36	17	1.8%	-3.17 [-4.01 , -2.32]
Olivares 2014	41.63	7.53	38	68.29	5.36	18	1.7%	-3.80 [-4.72 , -2.88]
Ollendick 2009	44.43	11.34	44	41.86	12.89	21	2.1%	0.21 [-0.31 , 0.74]
Ollendick 2009	48.78	9.57	41	46.3	8.9	20	2.1%	0.26 [-0.28 , 0.80]
Ost 2001	7	6	21	6.74	4.4	10	1.9%	0.05 [-0.71 , 0.80]
Ost 2001	5.65	4.5	20	6.74	4.4	9	1.8%	-0.24 [-1.03 , 0.55]
Perrin 2019	15.2	12.5	20	46.3	15.9	20	1.8%	-2.13 [-2.92 , -1.34]
Rapee 2006	25.6	16.7	90	25.5	15.9	87	2.3%	0.01 [-0.29 , 0.30]
Rosa Alcazar 2009	67.99	23.38	20	125.93	17.05	20	1.7%	-2.78 [-3.67 , -1.88]
Salari 2018	16.3	4.4	20	11.23	4.9	22	2.0%	1.07 [0.41 , 1.72]
Sanchez Garcia 2009	15.45	7.77	28	30.8	5.75	25	1.9%	-2.19 [-2.89 , -1.50]
Santucci 2013	29.67	16.67	14	34.41	13.15	14	1.9%	-0.31 [-1.05 , 0.44]
Schneider 2011	0.23	0.2	13	0.29	0.22	21	1.9%	-0.28 [-0.97 , 0.42]
Shortt 2001	8.62	0.97	53	9.82	2	12	2.0%	-0.98 [-1.63 , -0.33]
Silverman 1999b	8.87	6.19	25	12.79	7.53	16	2.0%	-0.57 [-1.21 , 0.07]
Simon 2011	26.59	23.86	17	31.59	16.67	13	1.9%	-0.23 [-0.96 , 0.49]
Simon 2011	29.08	17.68	25	31.59	16.67	14	2.0%	-0.14 [-0.80 , 0.51]
Smith 2014	52.21	20.48	14	51.11	23.63	8	1.7%	0.05 [-0.82 , 0.92]
Spence 2000	10.06	5.78	17	13.36	8.69	7	1.7%	-0.48 [-1.37 , 0.42]
Spence 2000	10.31	4.68	19	13.36	8.69	7	1.7%	-0.50 [-1.38 , 0.38]
Spence 2006	22.25	11.72	20	25.83	14.02	23	2.0%	-0.27 [-0.87 , 0.33]
Spence 2011	31.54	16.649456447584107	44	26.52	16.523764704207082	27	2.1%	0.30 [-0.18 , 0.78]
Thirlwall 2013	30	12.6	40	29.4	16.28	29	2.1%	0.04 [-0.44 , 0.52]
Thirlwall 2013	28.47	20	47	29.4	16.28	28	2.2%	-0.05 [-0.52 , 0.42]
Villabo 2018	48.8	12.236727503707838	55	51.95	11.865917579353056	27	2.2%	-0.26 [-0.72 , 0.20]
Villabo 2018	48.61	10.975973760901576	55	51.95	11.865917579353056	28	2.2%	-0.29 [-0.75 , 0.16]
Wergeland 2014	26.12	16.27	57	29.61	16.23	17	2.1%	-0.21 [-0.76 , 0.33]
Wergeland 2014	27.49	13.37	56	29.61	16.23	17	2.1%	-0.15 [-0.69 , 0.39]
Subtotal (95% CI)			**1592**			**1058**	**100.0%**	**-0.68 [-0.90 , -0.47]**
Heterogeneity: Tau² = 0.50; Chi² = 318.22, df = 51 (P < 0.00001); I² = 84%								
Test for overall effect: Z = 6.22 (P < 0.00001)								
Test for subgroup differences: Chi² = 0.02, df = 1 (P = 0.88), I² = 0%								

Std. Mean Difference IV, Random, 95% CI

-4 -2 0 2 4

Favours CBT Favours Wait list / no treatment

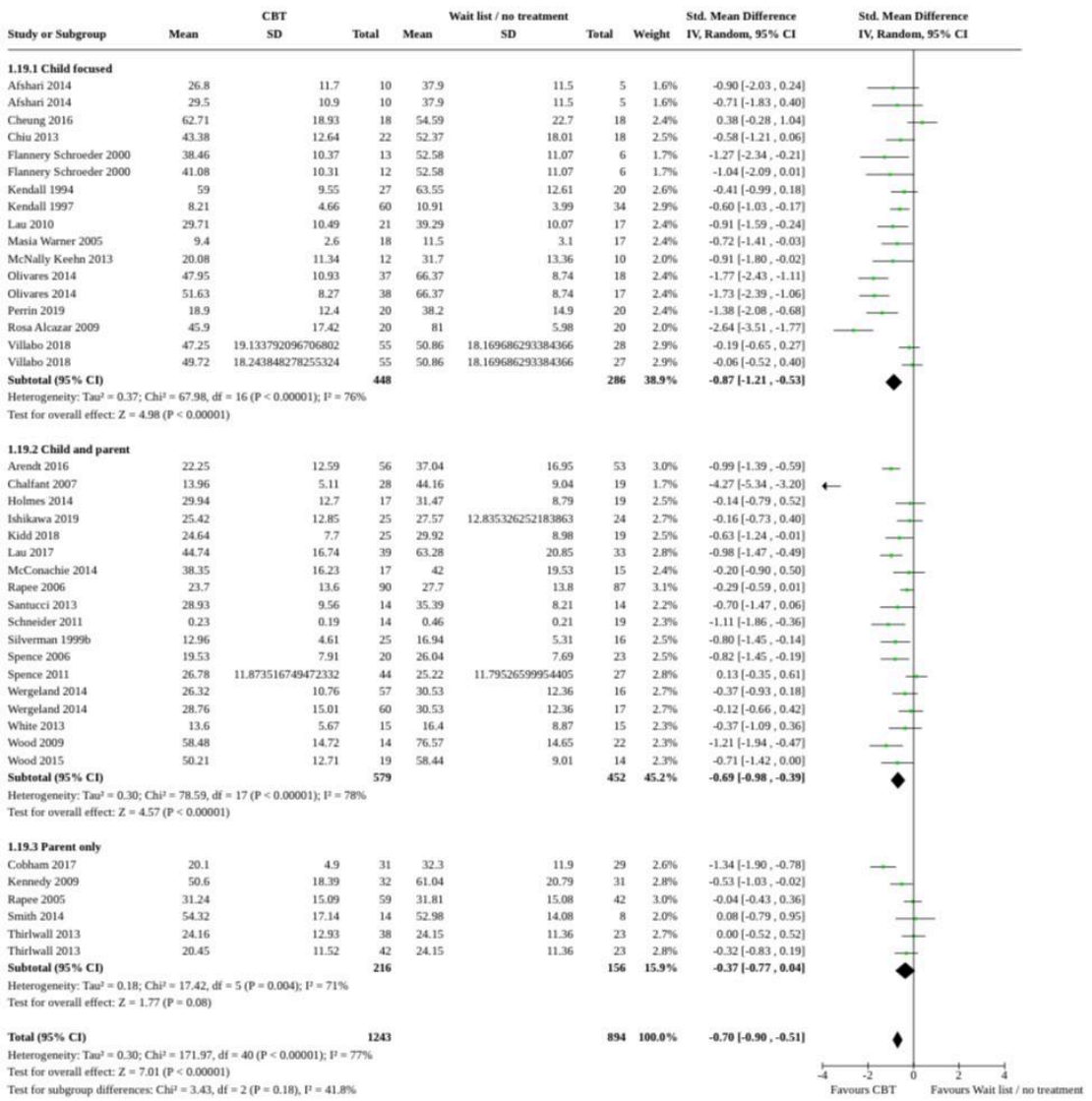
1.18

Аналіз

Порівняння 1: КПТ в порівнянні з списком очікування/відсутністю лікування,

Результат 15: Аналіз підгруп: зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування (індивідуальне порівняння з групою).

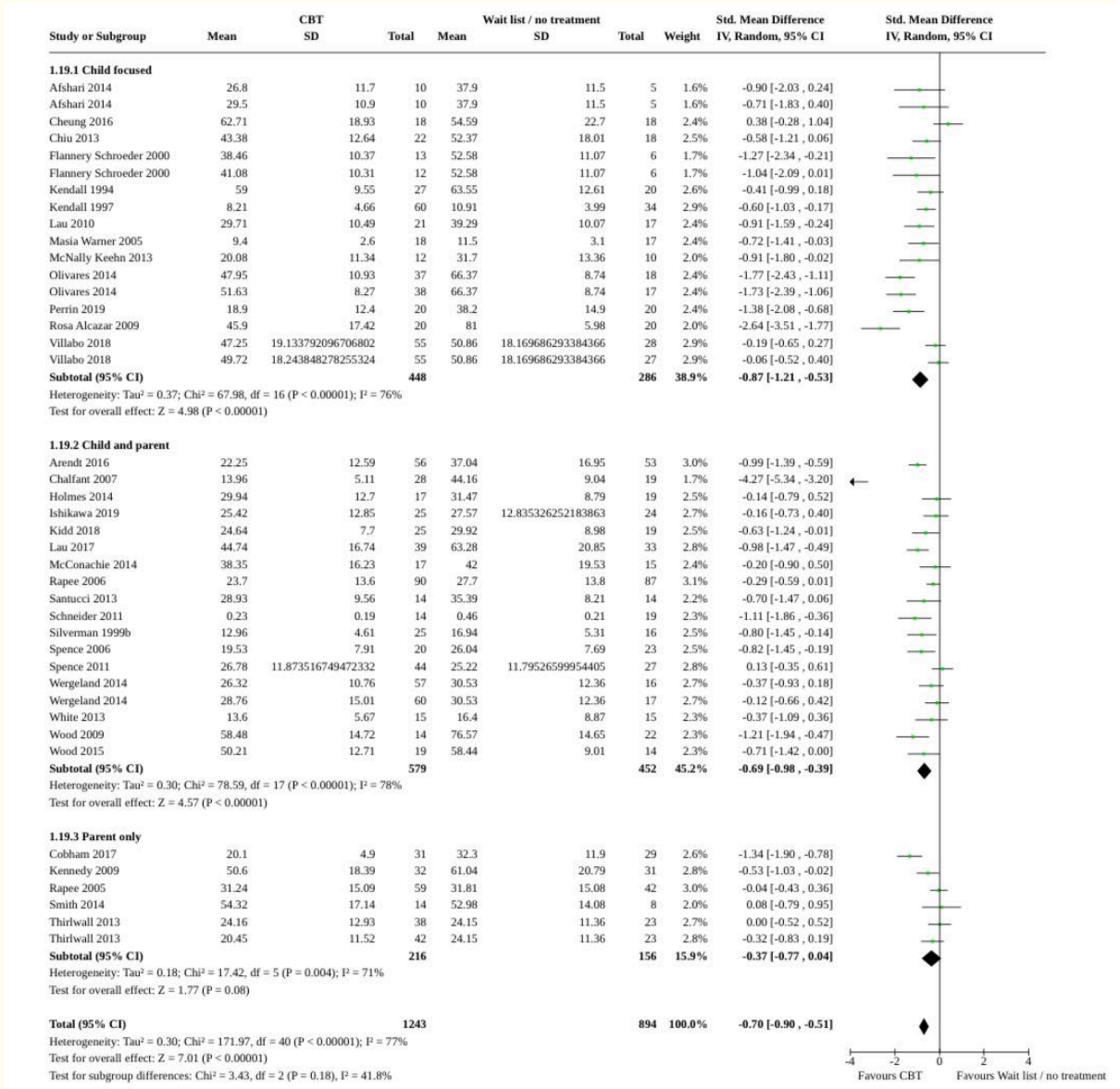
1.5 Зниження симптомів тривоги (батьківський звіт) після лікування. Ми включили 35 досліджень в аналізи, що вивчають симптоми тривоги, повідомлені батьками після лікування (Afshari 2014; Arendt 2016; Chalfant 2007; Cheung 2016; Chiu 2013; Cobham 2017; Flannery Schroeder 2000; Holmes 2014; Ishikawa 2019; Kendall 1994; Kendall 1997; Kennedy 2009; Kidd 2018; Lau 2010; Lau 2017; Masia Warner 2005; McConachie 2014; McNally Keehn 2013; Olivares 2014; Perrin 2019; Rapee 2005; Rapee 2006; Rosa Alcazar 2009; Santucci 2013; Schneider 2011; Silverman 1999b; Smith 2014; Spence 2006; Spence 2011; Thirlwall 2013; Villabo 2018; Wergeland 2014; White 2013; Wood 2009; Wood 2015). SMD між контрольною групою КПТ та групою очікування/без лікування становив −0,70 (95% ДІ від −0,90 до −0,51, Z = 7,01, P < 0,001, n = 2137, докази низької якості) зі значною неоднорідністю (Chi² = 171,97, df = 40, P < 0,001; I² = 77%) (аналіз 1.19; рисунок 6.



6

Лісова діаграма порівняння: 1 КПТ в порівнянні з очікуванням/відсутністю лікування,

результат 1,13: Зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування.



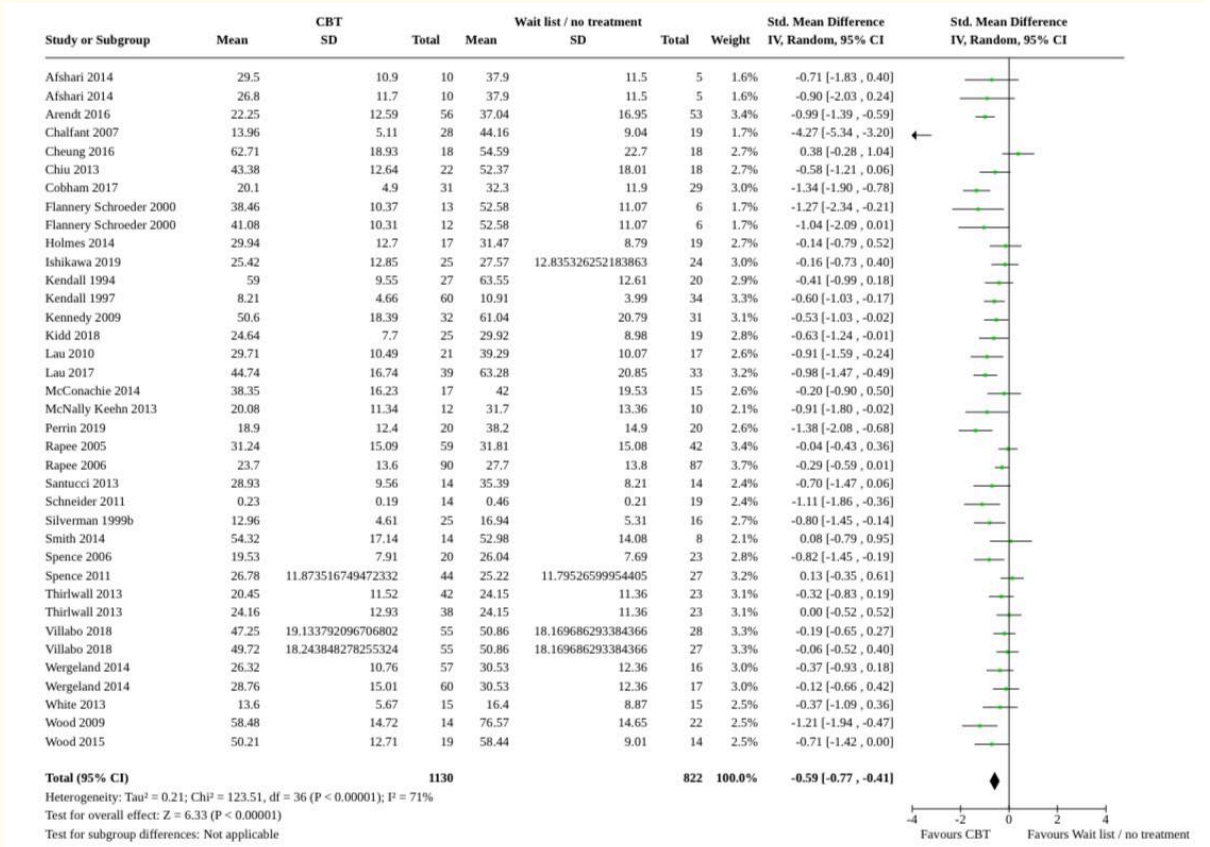
1.19

Аналіз

Порівняння 1: КПТ в порівнянні з очікуванням/відсутністю лікування,

Результат 13: Зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування.

Включаючи лише дослідження, в яких використовувався широкий вимір симптомів тривоги, повідомлених батьками (32 дослідження, 1952 учасники), SMD між групами КПТ та групами очікування було зменшено до −0,59 (95% CI −0,77 до −0,41, Z = 6,33, P < 0,001, I² = 71%) (аналіз 1,20).



Study or Subgroup	CBT Mean	CBT SD	CBT Total	Wait list / no treatment Mean	Wait list / no treatment SD	Wait list / no treatment Total	Weight	Std. Mean Difference IV, Random, 95% CI
Afshari 2014	29.5	10.9	10	37.9	11.5	5	1.6%	-0.71 [-1.83 , 0.40]
Afshari 2014	26.8	11.7	10	37.9	11.5	5	1.6%	-0.90 [-2.03 , 0.24]
Arendt 2016	22.25	12.59	56	37.04	16.95	53	3.4%	-0.99 [-1.39 , -0.59]
Chalfant 2007	13.96	5.11	28	44.16	9.04	19	1.7%	-4.27 [-5.34 , -3.20]
Cheung 2016	62.71	18.93	18	54.59	22.7	18	2.7%	0.38 [-0.28 , 1.04]
Chiu 2013	43.38	12.64	22	52.37	18.01	18	2.7%	-0.58 [-1.21 , 0.06]
Cobham 2017	20.1	4.9	31	32.3	11.9	29	3.0%	-1.34 [-1.90 , -0.78]
Flannery Schroeder 2000	38.46	10.37	13	52.58	11.07	6	1.7%	-1.27 [-2.34 , -0.21]
Flannery Schroeder 2000	41.08	10.31	12	52.58	11.07	6	1.7%	-1.04 [-2.09 , 0.01]
Holmes 2014	29.94	12.7	17	31.47	8.79	19	2.7%	-0.14 [-0.79 , 0.52]
Ishikawa 2019	25.42	12.85	25	27.57	12.835326252183863	24	3.0%	-0.16 [-0.73 , 0.40]
Kendall 1994	59	9.55	27	63.55	12.61	20	2.9%	-0.41 [-0.99 , 0.18]
Kendall 1997	8.21	4.66	60	10.91	3.99	34	3.3%	-0.60 [-1.03 , -0.17]
Kennedy 2009	50.6	18.39	32	61.04	20.79	31	3.1%	-0.53 [-1.03 , -0.02]
Kidd 2018	24.64	7.7	25	29.92	8.98	19	2.8%	-0.63 [-1.24 , -0.01]
Lau 2010	29.71	10.49	21	39.29	10.07	17	2.6%	-0.91 [-1.59 , -0.24]
Lau 2017	44.74	16.74	39	63.28	20.85	33	3.2%	-0.98 [-1.47 , -0.49]
McConachie 2014	38.35	16.23	17	42	19.53	15	2.6%	-0.20 [-0.90 , 0.50]
McNally Keehn 2013	20.08	11.34	12	31.7	13.36	10	2.1%	-0.91 [-1.80 , -0.02]
Perrin 2019	18.9	12.4	20	38.2	14.9	20	2.6%	-1.38 [-2.08 , -0.68]
Rapee 2005	31.24	15.09	59	31.81	15.08	42	3.4%	-0.04 [-0.43 , 0.36]
Rapee 2006	23.7	13.6	90	27.7	13.8	87	3.7%	-0.29 [-0.59 , 0.01]
Santucci 2013	28.93	9.56	14	35.39	8.21	14	2.4%	-0.70 [-1.47 , 0.06]
Schneider 2011	0.23	0.19	14	0.46	0.21	19	2.4%	-1.11 [-1.86 , -0.36]
Silverman 1999b	12.96	4.61	25	16.94	5.31	16	2.7%	-0.80 [-1.45 , -0.14]
Smith 2014	54.32	17.14	14	52.98	14.08	8	2.1%	0.08 [-0.79 , 0.95]
Spence 2006	19.53	7.91	20	26.04	7.69	23	2.8%	-0.82 [-1.45 , -0.19]
Spence 2011	26.78	11.873516749472332	44	25.22	11.79526599954405	27	3.2%	0.13 [-0.35 , 0.61]
Thirlwall 2013	20.45	11.52	42	24.15	11.36	23	3.1%	-0.32 [-0.83 , 0.19]
Thirlwall 2013	24.16	12.93	38	24.15	11.36	23	3.1%	0.00 [-0.52 , 0.52]
Villabo 2018	47.25	19.133792096706802	55	50.86	18.169686293384366	28	3.3%	-0.19 [-0.65 , 0.27]
Villabo 2018	49.72	18.243848278255324	55	50.86	18.169686293384366	27	3.3%	-0.06 [-0.52 , 0.40]
Wergeland 2014	26.32	10.76	57	30.53	12.36	16	3.0%	-0.37 [-0.93 , 0.18]
Wergeland 2014	28.76	15.01	60	30.53	12.36	17	3.0%	-0.12 [-0.66 , 0.42]
White 2013	13.6	5.67	15	16.4	8.87	15	2.5%	-0.37 [-1.09 , 0.36]
Wood 2009	58.48	14.72	14	76.57	14.65	22	2.5%	-1.21 [-1.94 , -0.47]
Wood 2015	50.21	12.71	19	58.44	9.01	14	2.5%	-0.71 [-1.42 , 0.00]
Total (95% CI)			**1130**			**822**	**100.0%**	**-0.59 [-0.77 , -0.41]**

Heterogeneity: Tau² = 0.21; Chi² = 123.51, df = 36 (P < 0.00001); P = 71%
Test for overall effect: Z = 6.33 (P < 0.00001)
Test for subgroup differences: Not applicable

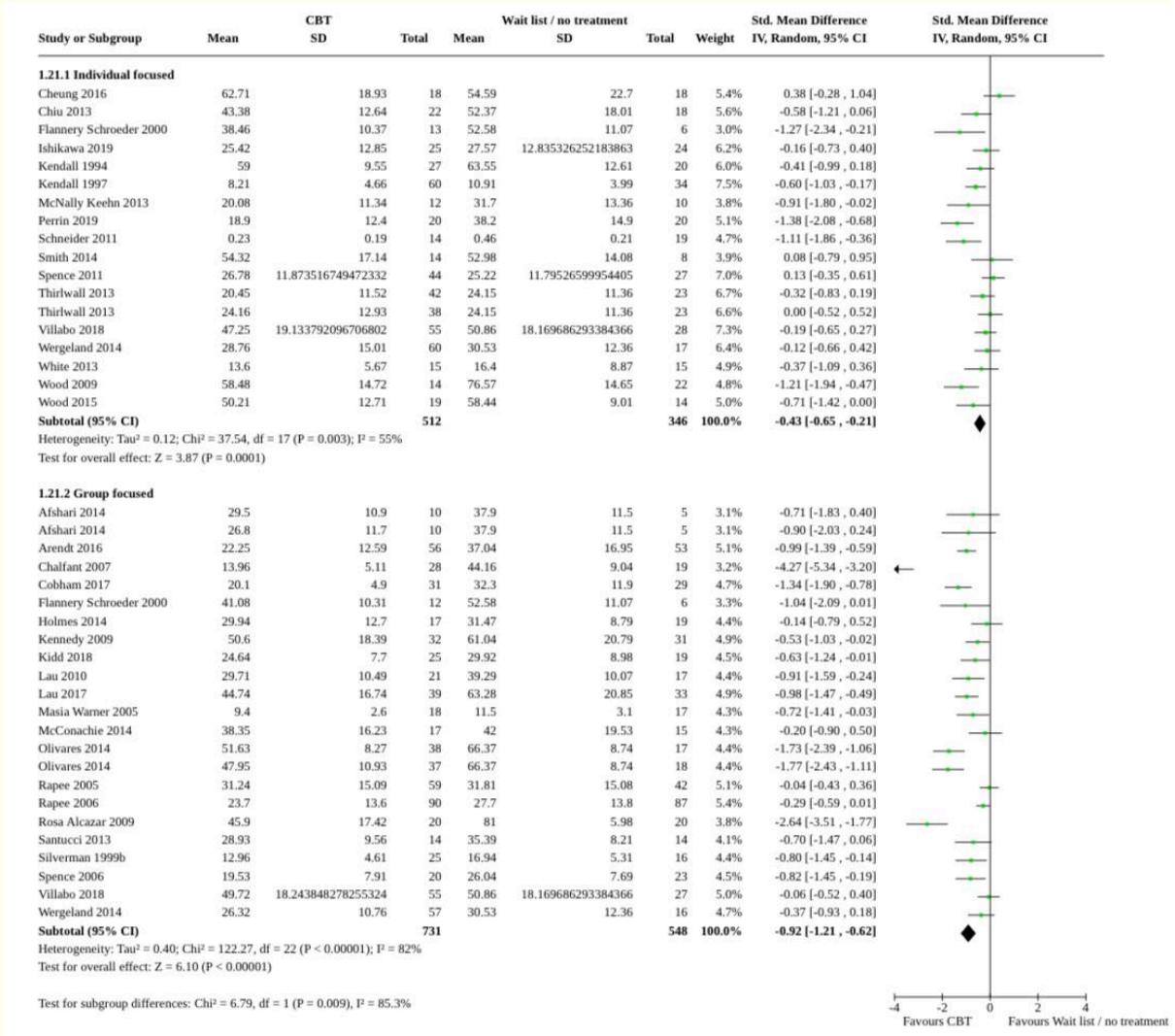
1.20

Аналіз

Порівняння 1: КПТ в порівнянні з очікуванням/відсутністю лікування,

Результат 14: Аналіз чутливості: зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування (широкі показники тривоги).

Аналізи підгруп. Аналізи підгруп не виявили суттєвих відмінностей між орієнтованими на дитину, дитиною та батьками та батьками лише щодо результатів симптомів тривоги, повідомлених батьками ($Chi^2 = 3,43$, $df = 2$, $P = 0,18$) (аналіз 1.19). Однак були дані про різницю між індивідуальними та груповими втручаннями ($Chi^2 = 6,79$, $df = 1$, $P = 0,009$) зі значною неоднорідністю у підгрупах ($I^2 = 85,3\%$) (аналіз 1.21). SMD між КПТ та очікуванням/відсутністю після лікування батьківських симптомів тривоги становив − 0,92 (95% ДІ − 1,21 до −0,62) серед групових втручань, порівняно з −0,43 (95% ДІ −0,65 до −0,21) для окремих втручань.



1.21

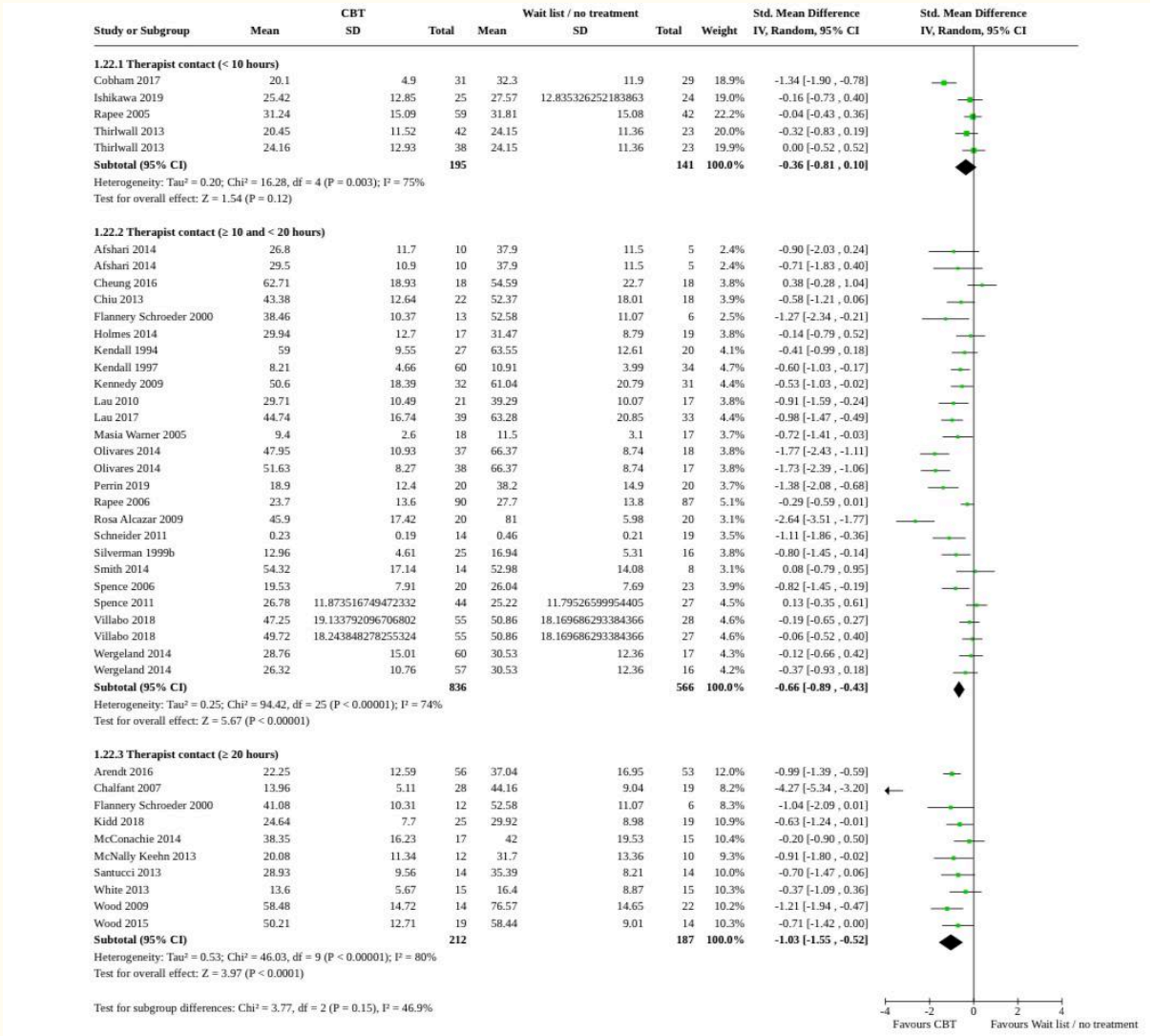
Аналіз

Порівняння 1: КПТ в порівнянні з списком очікування/відсутністю лікування,

Результат 15: Аналіз підгруп: зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування (індивідуальне порівняння з групою).

Ми не виявили відмінностей у результатах батьківських симптомів тривоги між втручаннями, що включають різну кількість часу контакту з терапевтом (Chi² = 3,77, df = 2, P = 0,15; аналіз 1,22). З іншого боку, були дані про різницю в цих результатах між різними віковими групами (Chi² = 5,87, df = 2, P = 0,05), зі значною неоднорідністю підгруп (I² = 65,9%) (аналіз 1.23). Серед досліджень, які включали учасників віком ≥ 12 років, SMD між групами КПТ та очікування/без лікування становив −1,07 (95% ДІ −1,78 до −0,37), порівняно з −0,76 (95% ДІ −1,04 до −0,49) у

дослідженнях, які включали учасників віком до 12 років та старше, та −0,40 (95% ДІ −0,63 до −0,17), де учасникам було ≤ 12 років.



Study or Subgroup	CBT Mean	CBT SD	CBT Total	Wait list / no treatment Mean	Wait list / no treatment SD	Wait list / no treatment Total	Weight	Std. Mean Difference IV, Random, 95% CI
1.22.1 Therapist contact (< 10 hours)								
Cobham 2017	20.1	4.9	31	32.3	11.9	29	18.9%	-1.34 [-1.90 , -0.78]
Ishikawa 2019	25.42	12.85	25	27.57	12.835326252183863	24	19.0%	-0.16 [-0.73 , 0.40]
Rapee 2005	31.24	15.09	59	31.81	15.08	42	22.2%	-0.04 [-0.43 , 0.36]
Thirlwall 2013	20.45	11.52	42	24.15	11.36	23	20.0%	-0.32 [-0.83 , 0.19]
Thirlwall 2013	24.16	12.93	38	24.15	11.36	23	19.9%	0.00 [-0.52 , 0.52]
Subtotal (95% CI)			**195**			**141**	**100.0%**	**-0.36 [-0.81 , 0.10]**
Heterogeneity: Tau² = 0.20; Chi² = 16.28, df = 4 (P = 0.003); I² = 75%								
Test for overall effect: Z = 1.54 (P = 0.12)								
1.22.2 Therapist contact (≥ 10 and < 20 hours)								
Afshari 2014	26.8	11.7	10	37.9	11.5	5	2.4%	-0.90 [-2.03 , 0.24]
Afshari 2014	29.5	10.9	10	37.9	11.5	5	2.4%	-0.71 [-1.83 , 0.40]
Cheung 2016	62.71	18.93	18	54.59	22.7	18	3.8%	0.38 [-0.28 , 1.04]
Chiu 2013	43.38	12.64	22	52.37	18.01	18	3.9%	-0.58 [-1.21 , 0.06]
Flannery Schroeder 2000	38.46	10.37	13	52.58	11.07	6	2.5%	-1.27 [-2.34 , -0.21]
Holmes 2014	29.94	12.7	17	31.47	8.79	19	3.8%	-0.14 [-0.79 , 0.52]
Kendall 1994	59	9.55	27	63.55	12.61	20	4.1%	-0.41 [-0.99 , 0.18]
Kendall 1997	8.21	4.66	60	10.91	3.99	34	4.7%	-0.60 [-1.03 , -0.17]
Kennedy 2009	50.6	18.39	32	61.04	20.79	31	4.4%	-0.53 [-1.03 , -0.02]
Lau 2010	29.71	10.49	21	39.29	10.07	17	3.8%	-0.91 [-1.59 , -0.24]
Lau 2017	44.74	16.74	39	63.28	20.85	33	4.4%	-0.98 [-1.47 , -0.49]
Masia Warner 2005	9.4	2.6	18	11.5	3.1	17	3.7%	-0.72 [-1.41 , -0.03]
Olivares 2014	47.95	10.93	37	66.37	8.74	18	3.8%	-1.77 [-2.43 , -1.11]
Olivares 2014	51.63	8.27	38	66.37	8.74	17	3.8%	-1.73 [-2.39 , -1.06]
Perrin 2019	18.9	12.4	20	38.2	14.9	20	3.7%	-1.38 [-2.08 , -0.68]
Rapee 2006	23.7	13.6	90	27.7	13.8	87	5.1%	-0.29 [-0.59 , 0.01]
Rosa Alcazar 2009	45.9	17.42	20	81	5.98	20	3.1%	-2.64 [-3.51 , -1.77]
Schneider 2011	0.23	0.19	14	0.46	0.21	19	3.5%	-1.11 [-1.86 , -0.36]
Silverman 1999b	12.96	4.61	25	16.94	5.31	16	3.8%	-0.80 [-1.45 , -0.14]
Smith 2014	54.32	17.14	14	52.98	14.08	8	3.1%	0.08 [-0.79 , 0.95]
Spence 2006	19.53	7.91	20	26.04	7.69	23	3.9%	-0.82 [-1.45 , -0.19]
Spence 2011	26.78	11.873516749472332	44	25.22	11.795265999544405	27	4.5%	0.13 [-0.35 , 0.61]
Villabo 2018	47.25	19.133792096706802	55	50.86	18.169686293384366	28	4.6%	-0.19 [-0.65 , 0.27]
Villabo 2018	49.72	18.243848278255324	55	50.86	18.169686293384366	27	4.6%	-0.06 [-0.52 , 0.40]
Wergeland 2014	28.76	15.01	60	30.53	12.36	17	4.3%	-0.12 [-0.66 , 0.42]
Wergeland 2014	26.32	10.76	57	30.53	12.36	16	4.2%	-0.37 [-0.93 , 0.18]
Subtotal (95% CI)			**836**			**566**	**100.0%**	**-0.66 [-0.89 , -0.43]**
Heterogeneity: Tau² = 0.25; Chi² = 94.42, df = 25 (P < 0.00001); I² = 74%								
Test for overall effect: Z = 5.67 (P < 0.00001)								
1.22.3 Therapist contact (≥ 20 hours)								
Arendt 2016	22.25	12.59	56	37.04	16.95	53	12.0%	-0.99 [-1.39 , -0.59]
Chalfant 2007	13.96	5.11	28	44.16	9.04	19	8.2%	-4.27 [-5.34 , -3.20]
Flannery Schroeder 2000	41.08	10.31	12	52.58	11.07	6	8.3%	-1.04 [-2.09 , 0.01]
Kidd 2018	24.64	7.7	25	29.92	8.98	19	10.9%	-0.63 [-1.24 , -0.01]
McConachie 2014	38.35	16.23	17	42	19.53	15	10.4%	-0.20 [-0.90 , 0.50]
McNally Keehn 2013	20.08	11.34	12	31.7	13.36	10	9.3%	-0.91 [-1.80 , -0.02]
Santucci 2013	28.93	9.56	14	35.39	8.21	14	10.0%	-0.70 [-1.47 , 0.06]
White 2013	13.6	5.67	15	16.4	8.87	15	10.3%	-0.37 [-1.09 , 0.36]
Wood 2009	58.48	14.72	14	76.57	14.65	22	10.2%	-1.21 [-1.94 , -0.47]
Wood 2015	50.21	12.71	19	58.44	9.01	14	10.3%	-0.71 [-1.42 , 0.00]
Subtotal (95% CI)			**212**			**187**	**100.0%**	**-1.03 [-1.55 , -0.52]**
Heterogeneity: Tau² = 0.53; Chi² = 46.03, df = 9 (P < 0.00001); I² = 80%								
Test for overall effect: Z = 3.97 (P < 0.0001)								
Test for subgroup differences: Chi² = 3.77, df = 2 (P = 0.15), I² = 46.9%								

Std. Mean Difference IV, Random, 95% CI

-4 -2 0 2 4

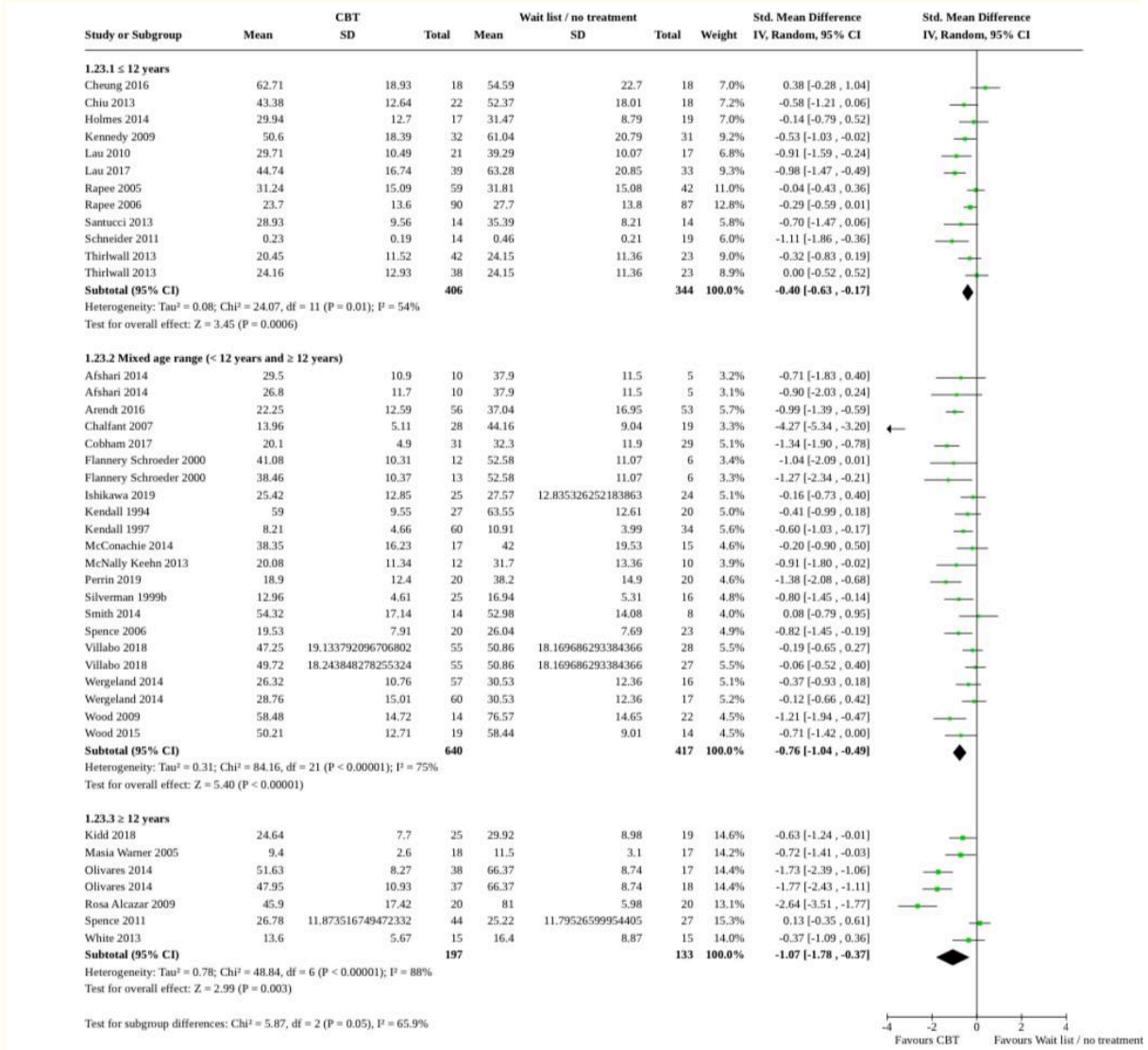
Favours CBT Favours Wait list / no treatment

1.22

Аналіз

Порівняння 1: КПТ в порівнянні з очікуванням/відсутністю лікування,

Результат 22: Аналіз підгруп: зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування (кількість часу контакту з терапевтом).



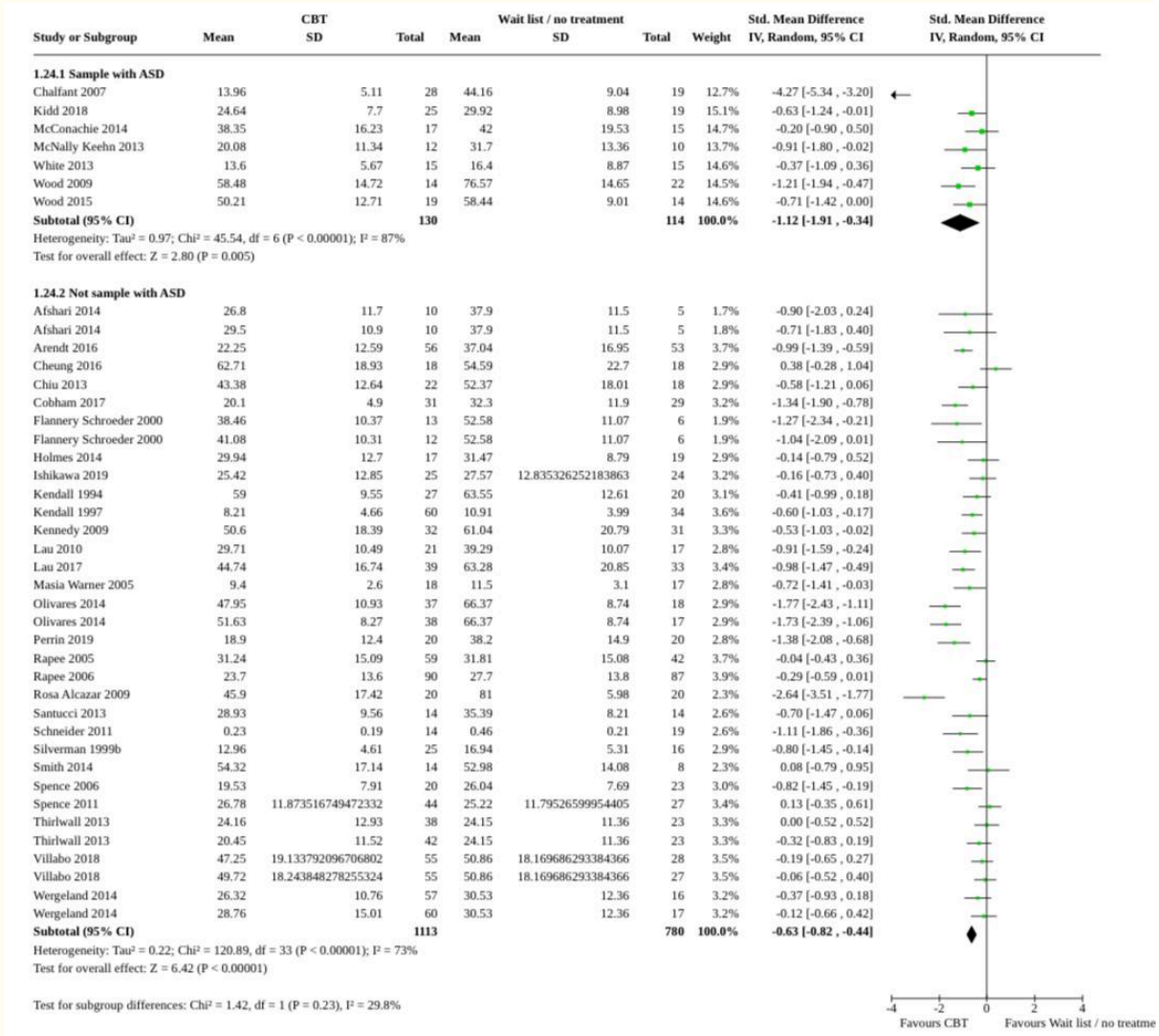
1.23

Аналіз

Порівняння 1: КПТ в порівнянні з списком очікування/відсутністю лікування,

Результат 23: Аналіз підгруп: зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування (індивідуальне порівняння з групою).

Ми не виявили суттєвих відмінностей у результатах батьківських симптомів тривоги серед зразків з аутизмом та без нього (Chi² = 1,42, df = 1, P = 0,23; аналіз 1.24).



1.24

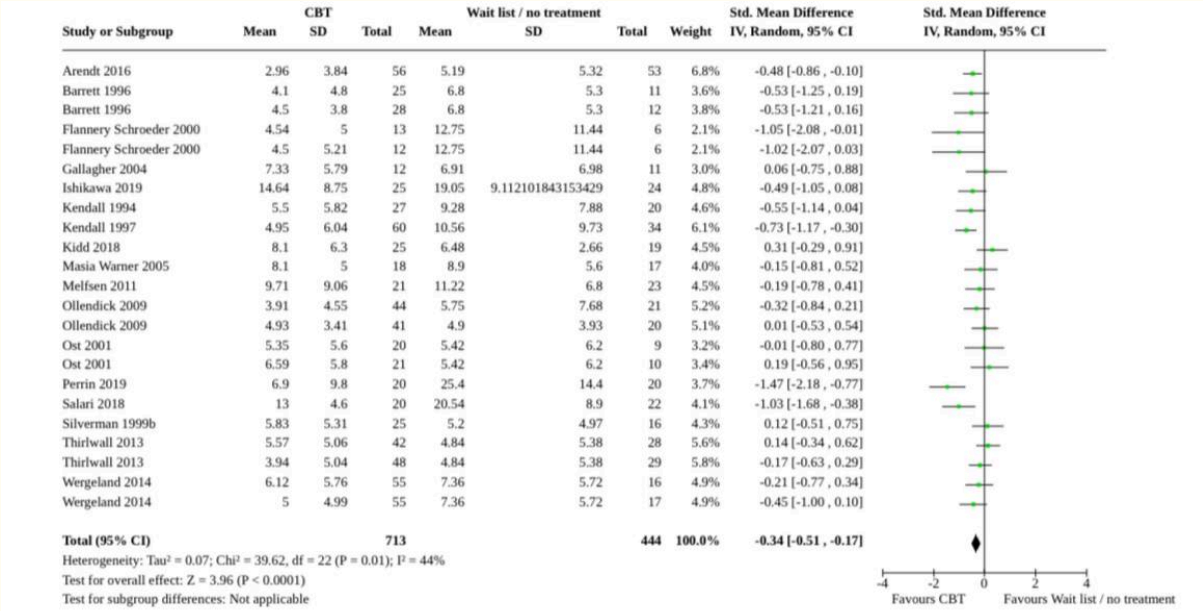
Аналіз

Порівняння 1: КПТ в порівнянні з списком очікування/відсутністю лікування,

Результат 24: Аналіз підгруп: зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування (індивідуальне порівняння з групою).

1.6 Зменшення депресивних симптомів після лікування. У сімнадцяти дослідженнях повідомлялося про депресивні симптоми після лікування (Arendt 2016; Darrett 1996; Flannery Schroeder 2000; Gallagher 2004; Ishikawa 2019; Kendall 1994; Kendall 1997; Kidd 2018; Masia Warner 2005; Melfsen 2011; Ollendick 2009; Ost 2001; Perrin 2019; Salari 2018; Silverman 1999b; Thirlwall 2013; Wergeland 2014). SMD між групами КПТ та контрольною групою очікування/без лікування становила −0,34 (95% ДІ −0,51 до −0,17, Z = 3,96, P < 0,001, n = 1157, докази помірної якості), з

помірною неоднорідністю (Chi² = 39,62, df = 22, P = 0,01; I² = 44%) (аналіз 1.25).



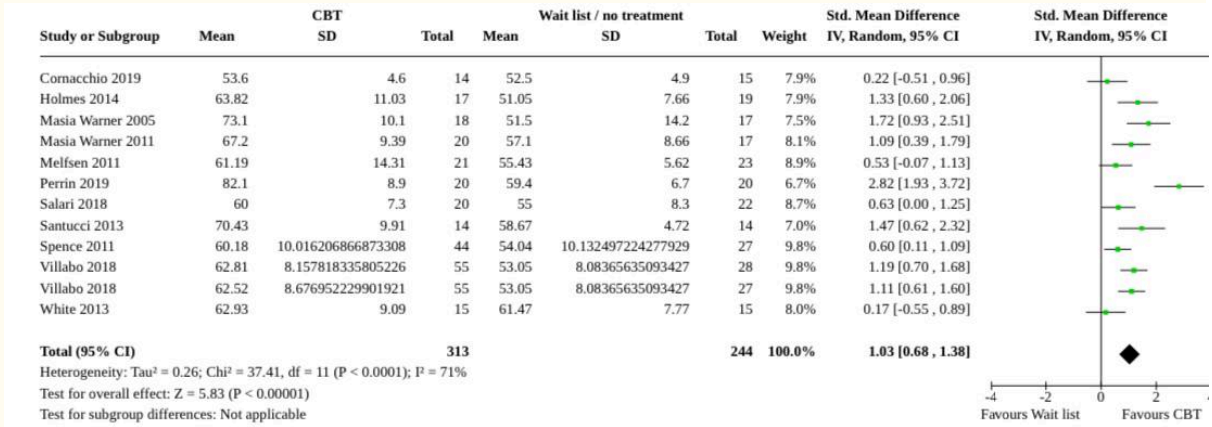
1.25

Аналіз

Порівняння 1: КПТ в порівнянні з очікуванням/відсутністю лікування,

Результат 25: Зменшення депресивних симптомів після лікування.

1.7 Поліпшення глобального функціонування після лікування. Дані, об'єднані з 11 досліджень, в яких повідомлялося про глобальне функціонування після лікування, призвели до SMD між групами КПТ та контрольною групою очікування/відсутності лікування 1,03 (95% ДІ від 0,68 до 1,38, Z = 5,83, P < 0,001, n = 557, докази низької якості), зі значною неоднорідністю (Chi² = 37,41, df = 11, P < 0,001; I² = 71%) (аналіз 1,26) (Cornacchio 2019; Holmes 2014; Masia Warner 2005; Masia Warner 2011; Melfsen 2011; Perrin 2019; Salari 2018; Santucci 2013; Spence 2011; Villabo 2018; White 2013).



1.26

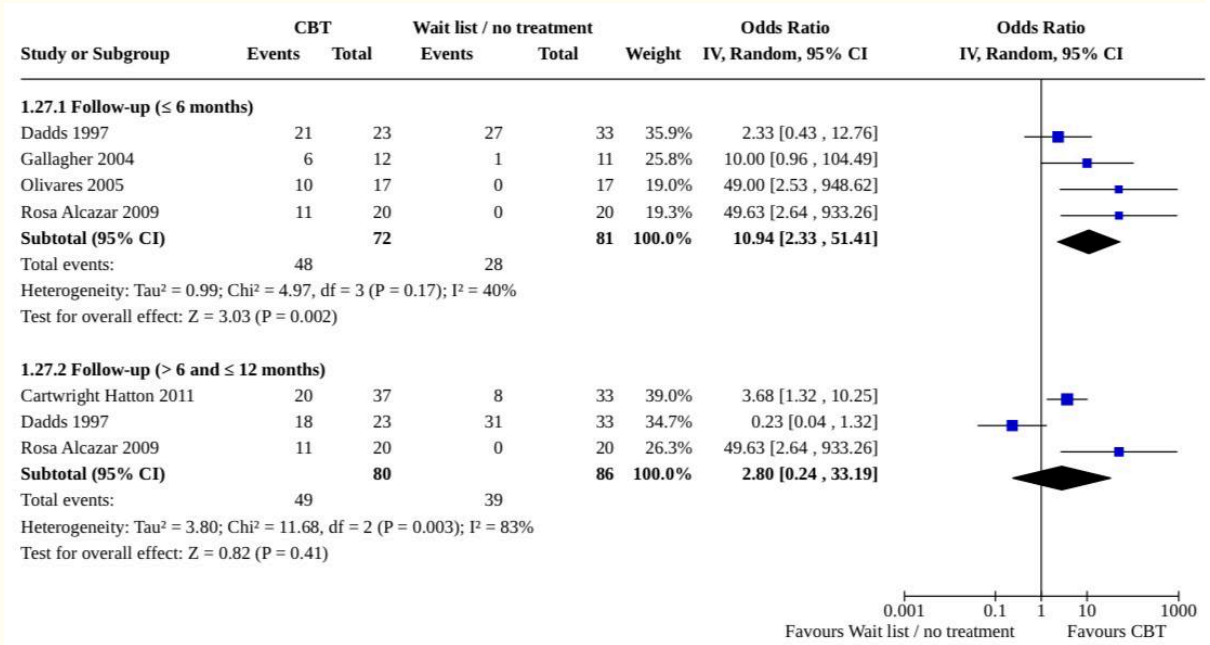
Аналіз

Порівняння 1: КПТ в порівнянні з очікуванням/відсутністю лікування,

Результат 26: Поліпшення глобального функціонування після лікування.

1.8 Небажані явища. У жодному дослідженні не повідомлялося про небажані явища як у групах КПТ, так і в групах очікування/без лікування, тому мета-аналіз був неможливим.

Ремісія діагнозу первинного тривожного розладу при подальшому спостереженні. У чотирьох дослідженнях повідомлялося про ремісію первинного тривожного розладу при подальшому спостереженні ≤ 6 місяців після лікування (Dadds 1997; Gallagher 2004; Olivares 2005; Rosa Alcazar 2009), при цьому аналіз ITT показав частоту ремісії діагнозу первинного тривожного розладу 66,7% (48 з 72) для груп КПТ проти 34,6% (28 з 81) для контролів очікування/відсутності лікування (СШ 10,94, 95% ДІ від 2,33 до 51,41, Z = 3,03, P = 0,002, I² = 40%) (Аналіз 1,27). Лише в 3 дослідженнях (166 учасників) повідомлялося про ремісію первинного тривожного розладу через 12 місяців після лікування (Cartwright Hatton 2011; Dadds 1997; Rosa Alcazar 2009); об'єднані дані не свідчили про користь КПТ порівняно з групами очікування/без лікування (OR 2,80, 95% від 0,24 до 33,19, Z = 0,82, P = 0,41, I² = 83%).



1.27

Аналіз

Порівняння 1: КПТ в порівнянні з очікуванням/відсутністю лікування,

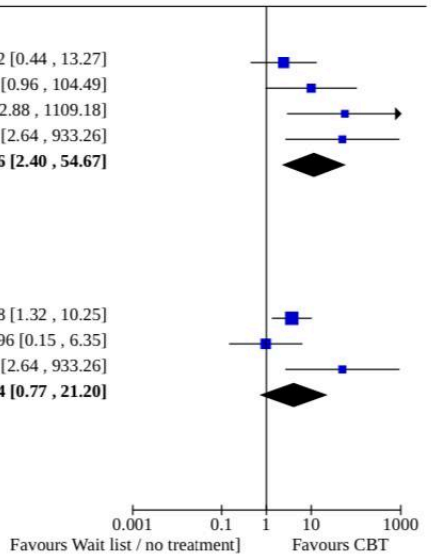
Результат 27: Ремісія діагнозу первинної тривоги під час подальшого спостереження (ITT).

Лише в одному дослідженні повідомлялося про ремісію первинного тривожного розладу > 12 місяців після лікування, тому мета-аналіз був неможливим.

Завершені аналізи дали аналогічні результати, з доказами ефекту втручання при подальших оцінках ≤ 6 місяців після лікування, але не через 12 місяців подальшого спостереження (Аналіз 1.28).

Analysis 1.28. Comparison 1: CBT versus waitlist/no treatment, Outcome 28: Remission of primary anxiety diagnosis at follow-up (completers)

Study or Subgroup	CBT Events	CBT Total	Wait list / no treatment Events	Wait list / no treatment Total	Weight	Odds Ratio IV, Random, 95% CI
1.28.1 Follow-up (≤ 6 months)						
Dadds 1997	21	23	26	32	35.7%	2.42 [0.44 , 13.27]
Gallagher 2004	6	12	1	11	25.8%	10.00 [0.96 , 104.49]
Olivares 2005	10	16	0	17	19.1%	56.54 [2.88 , 1109.18]
Rosa Alcazar 2009	11	20	0	20	19.4%	49.63 [2.64 , 933.26]
Subtotal (95% CI)		**71**		**80**	**100.0%**	**11.46 [2.40 , 54.67]**
Total events:	48		27			
Heterogeneity: Tau² = 1.03; Chi² = 5.06, df = 3 (P = 0.17); I² = 41%						
Test for overall effect: Z = 3.06 (P = 0.002)						
1.28.2 Follow-up (> 6 and ≤ 12 months)						
Cartwright Hatton 2011	20	37	8	33	46.7%	3.68 [1.32 , 10.25]
Dadds 1997	18	20	28	31	32.8%	0.96 [0.15 , 6.35]
Rosa Alcazar 2009	11	20	0	20	20.5%	49.63 [2.64 , 933.26]
Subtotal (95% CI)		**77**		**84**	**100.0%**	**4.04 [0.77 , 21.20]**
Total events:	49		36			
Heterogeneity: Tau² = 1.26; Chi² = 4.94, df = 2 (P = 0.08); I² = 60%						
Test for overall effect: Z = 1.65 (P = 0.10)						



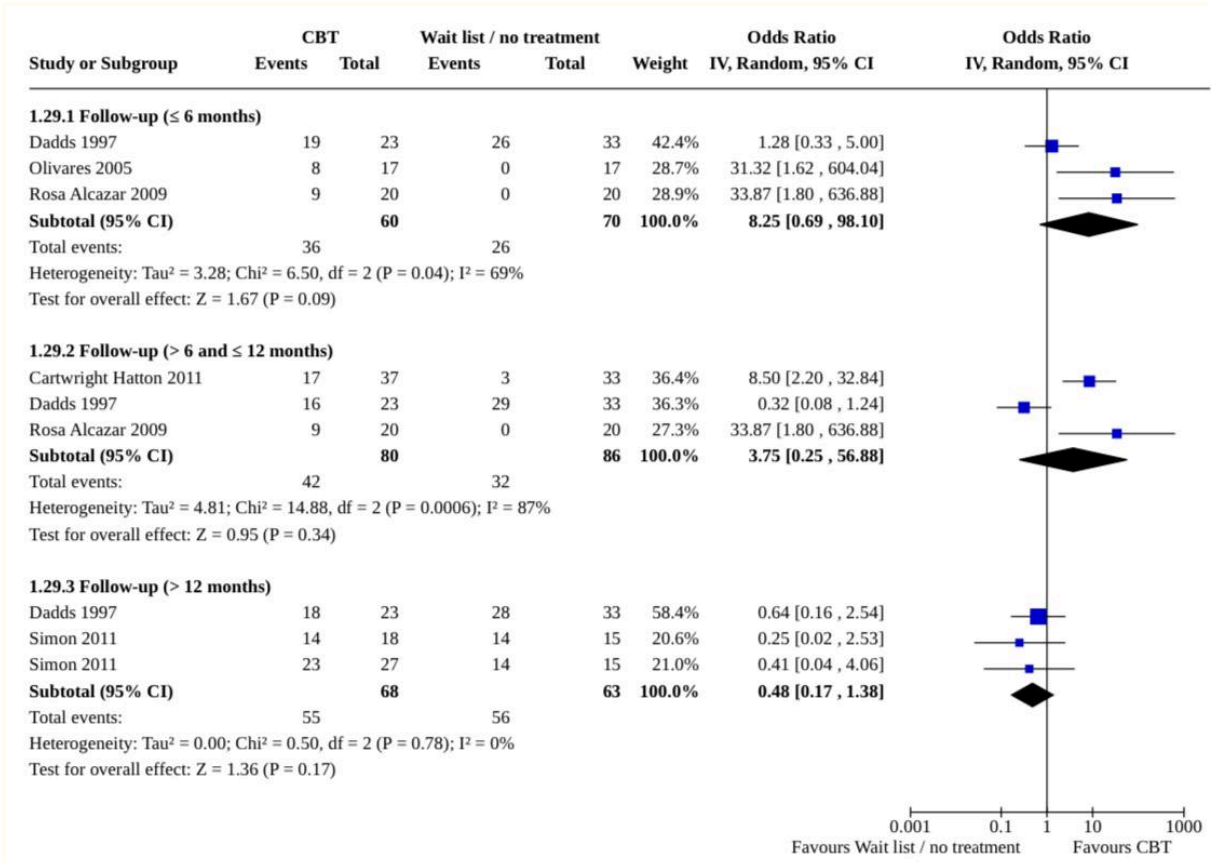
1.28

Аналіз

Порівняння 1: КПТ в порівнянні з очікуванням/відсутністю лікування,

Результат 28: Ремісія діагнозу первинної тривоги під час подальшого спостереження (пацієнти, які завершили лікування).

Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу при подальшому спостереженні. П'ять досліджень повідомили про ремісію всіх тривожних розладів при подальших оцінках (Cartwright Hatton 2011; Dadds 1997; Olivares 2005; Rosa Alcazar 2009; Simon 2011), включаючи ≤ 6 місяців після лікування (Dadds 1997; Olivares 2005; Rosa Alcazar 2009), 12 місяців після лікування (Cartwright Hatton 2011; Dadds 1997; Rosa Alcazar 2009) та 24 місяці після лікування (Dadds 1997; Simon 2011). Ні аналізи рандомізованих пацієнтів (аналіз 1.29), ні аналізи заповнювачів (аналіз 1.30) не показали значної різниці між КПТ та списком очікування/відсутністю лікування в будь-якій з цих часових точок подальшого спостереження.

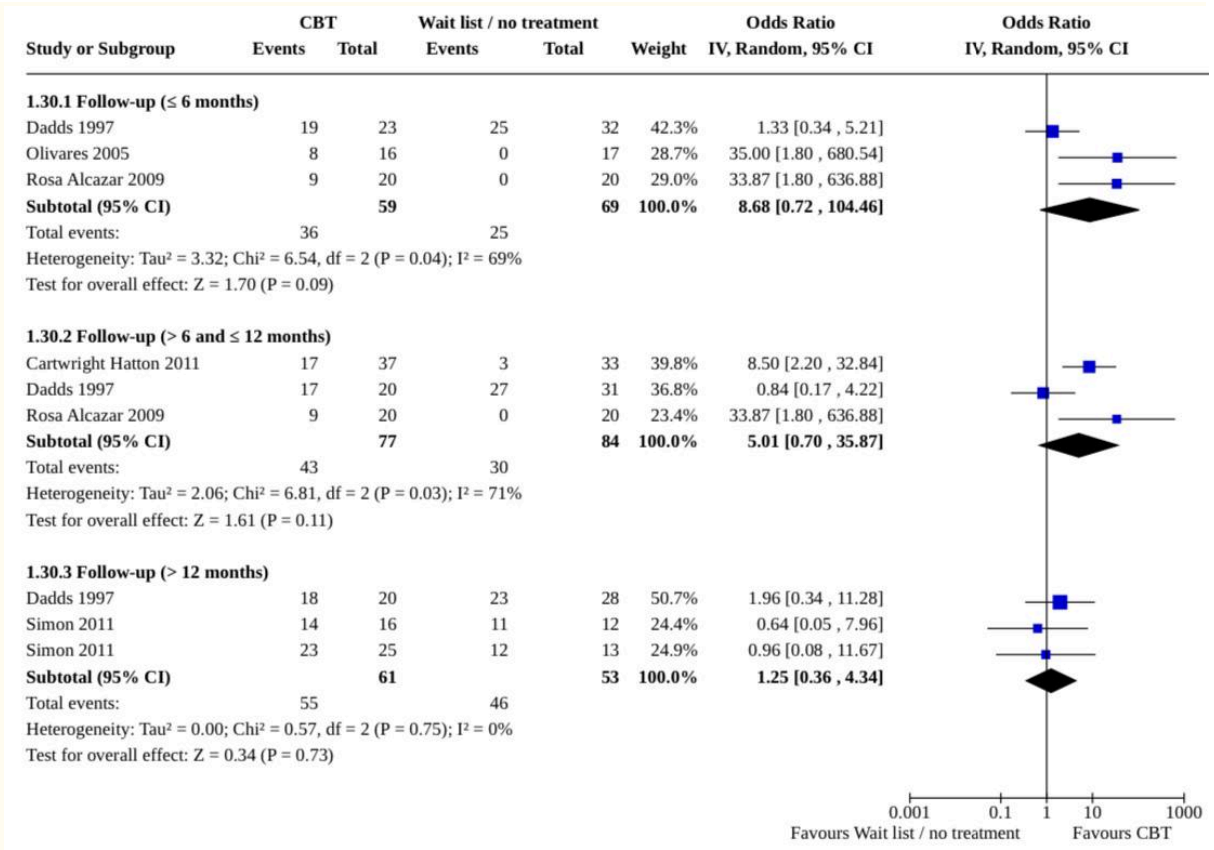


1.29

Аналіз

Порівняння 1: КПТ в порівнянні з очікуванням/відсутністю лікування,

Результат 29: Ремісія всіх діагнозів тривоги під час подальшого спостереження (ITT).



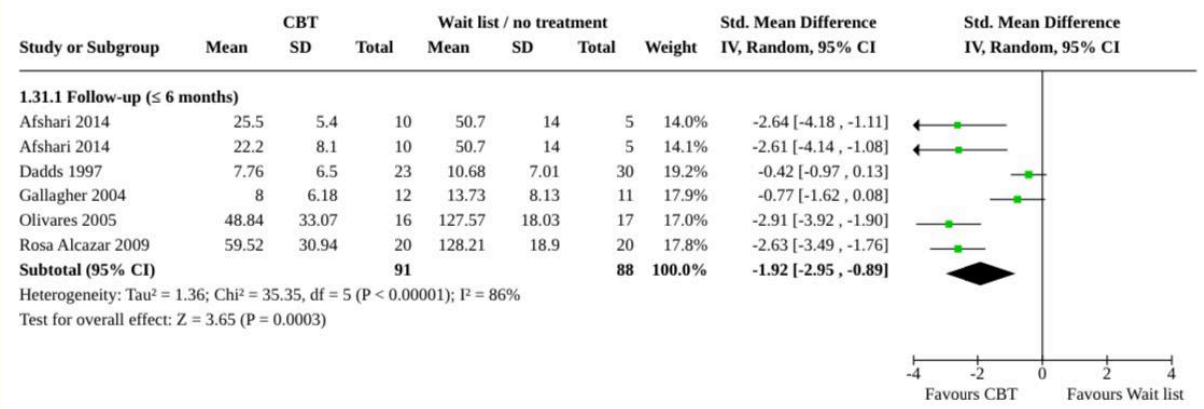
1.30

Аналіз

Порівняння 1: КПТ в порівнянні з очікуванням/відсутністю лікування,

Результат 30: Ремісія всіх діагнозів тривоги при подальшому спостереженні (учасники).

Зниження симптомів тривоги при подальшому спостереженні. У шести дослідженнях повідомлялося про дані щодо симптомів тривоги, повідомлених дітьми при подальших оцінках (Аналіз 1.31) (Afshari 2014; Dadds 1997; Gallagher 2004; Olivares 2005; Rosa Alcazar 2009; Simon 2011). Повідомлення про симптоми тривоги у дітей через ≤ 6 місяців після лікування призвели до SMD −1,92 (95% CI −2,95 до −0,89, Z = 3,65, P < 0,001, n = 179) між групами КПТ та групами очікування/відсутності лікування (Afshari 2014; Dadds 1997; Gallagher 2004; Olivares 2005; Rosa Alcazar 2009), зі значною неоднорідністю у всіх дослідженнях (Chi² = 35,35, df = 5, P < 0,001; I² = 86%). Лише в двох дослідженнях повідомлялося про відповідні результати через 12 місяців подальшого спостереження (Dadds 1997; Rosa Alcazar 2009), і лише в одному дослідженні через 24 місяці подальшого спостереження (Simon 2011), тому мета-аналізи були неможливі для цих часових точок.



1.31

Аналіз

Порівняння 1: КПТ в порівнянні з очікуванням/відсутністю лікування,

Результат 31: Зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) при подальшому спостереженні.

Оскільки лише в двох дослідженнях повідомлялося про дані щодо батьківських симптомів тривоги через 6 місяців після лікування (Afshari 2014; Rosa Alcazar 2009), а в одному – про відповідні дані через 12 місяців після лікування (Rosa Alcazar 2009), мета-аналізи з використанням цих даних не проводилися.

Порівняння 2: КПТ в порівнянні зі звичайним лікуванням Див. Таблицю 2.

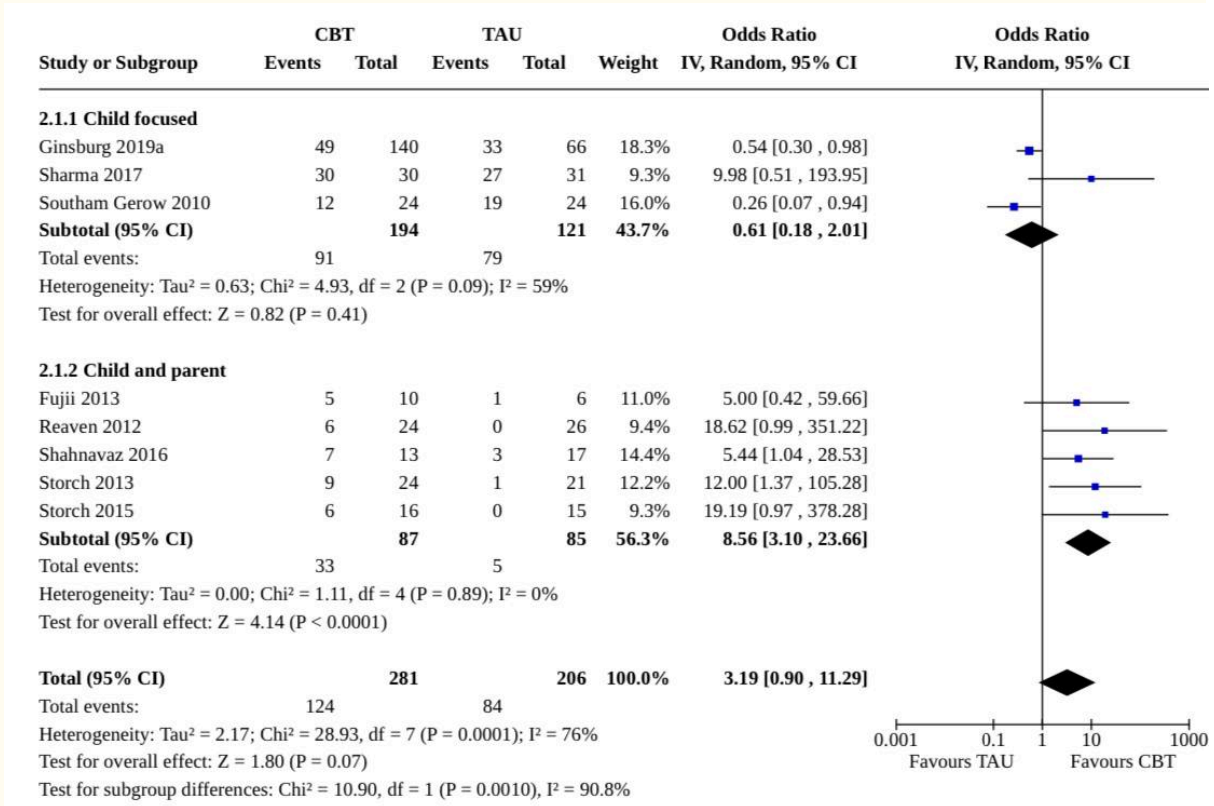
Outcome or subgroup title	No. of studies	No. of partici-pants	Statistical method	Effect size
2.1 Remission of primary anxiety diagnosis post-treatment (ITT)	8	487	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	3.19 [0.90, 11.29]
2.1.1 Child focused	3	315	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	0.61 [0.18, 2.01]

Outcome or subgroup title	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
2.1.2 Child and parent	5	172	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	8.56 [3.10, 23.66]
2.2 Subgroup analysis: remission of primary anxiety diagnosis post-treatment (ITT) (ASD vs non-ASD)	8		Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	Subtotals only
2.2.1 Sample with ASD	4	142	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	11.25 [3.11, 40.79]
2.2.2 Not sample with ASD	4	345	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	1.14 [0.29, 4.47]
2.3 Remission of primary anxiety diagnosis post-treatment (completers)	8	440	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	4.87 [1.51, 15.72]
2.4 Acceptability (number of participants lost to post-treatment assessment)	8	441	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	1.37 [0.73, 2.56]
2.5 Remission of all anxiety diagnoses post-treatment (ITT)	5	203	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	2.74 [1.16, 6.46]
2.6 Remission of all anxiety diagnoses post-treatment (completers)	5	201	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	2.78 [1.18, 6.55]
2.7 Reduction in anxiety symptoms (child report) post-treatment	6	214	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.15 [-0.78, 0.48]
2.8 Sensitivity analysis: reduction in anxiety symptoms (child report) post-treatment (broad anxiety measures only)	5	187	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	0.07 [-0.54, 0.68]
2.9 Reduction in anxiety symptoms (parent report) post-treatment	7	228	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.32 [-0.70, 0.06]
2.10 Sensitivity analysis: reduction in anxiety symptoms (parent report) post-treatment (broad anxiety measures only)	6	202	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.16 [-0.44, 0.11]

Первинні результати

2.1 Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування. Вісім досліджень надали невизначені докази ремісії діагнозу первинного тривожного розладу після лікування для КПТ порівняно з TAU (Fujii 2013; Ginsburg 2019a; Reaven 2012; Shahnavaz 2016; Sharma 2017; Southam Gerow 2010; Storch 2013; Storch 2015).

Аналіз ITT включав 281 учасника КПТ та 206 учасників TAU, без доказів суттєвої різниці у частоті ремісії діагнозу первинної тривоги після лікування (44,1% та 40,8% відповідно; СШ 3,19, 95% ДІ від 0,90 до 11,29, Z = 1,80, P = 0,07, докази низької якості) (Аналіз 2.1). Були дані про значну неоднорідність ($Chi^2 = 28,93$, df = 7, P < 0,001; $I^2 = 76\%$).



2.1

Аналіз

Порівняння 2: КПТ в порівнянні зі звичайним лікуванням,

Результат 1: Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування (ITT).

Аналізи підгруп. Існувала значна різниця в ремісії результатів первинного тривожного розладу серед досліджень, що оцінювали КПТ, орієнтовану на дитину, порівняно з КПТ, яку проводили діти та батьки (Chi² = 10,90, df = 1, P < 0,001; I² = 90,8%). Дані, об'єднані з п'яти досліджень (172 учасники), які оцінювали втручання, проведене дитиною та батьками, показали явну користь для КПТ порівняно з TAU (OR 8,56, 95% CI від 3,10 до 23,66, Z = 4,14, P < 0,001), тоді як дані трьох досліджень (315 учасників), які оцінювали втручання, орієнтовані на дітей, не показали (OR 0,61, 95% CI перехрестя 1). Жодне з досліджень, в яких порівнювали КПТ та TAU, не оцінювало втручання лише батьків.

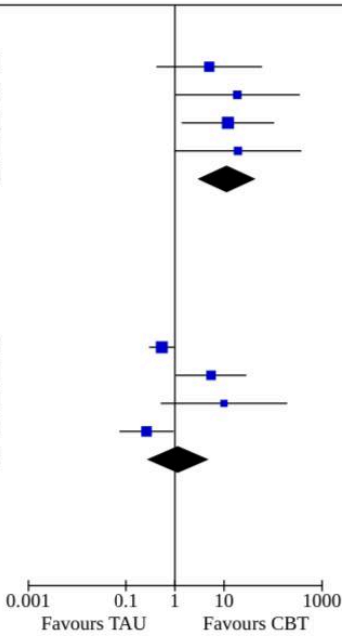
Заплановані аналізи підгруп, що порівнювали індивідуальні та групові втручання, втручання з різною кількістю часу контакту з терапевтом та різними віковими групами, були неможливими через недостатню кількість досліджень. Тільки в двох дослідженнях оцінювали групову КПТ; лише в одному дослідженні використовувалося втручання з

< 10 годинним часом контакту з терапевтом; і п'ять (з восьми) досліджень включали учасників допідліткового та підліткового віку.

Аналізи в підгрупах також вказували на різницю в результатах ремісії в дослідженнях з учасниками з аутизмом порівняно з дослідженнями з учасниками без аутизму (Chi² = 5,71, df = 1, P = 0,02; I² = 82,5%) (Аналіз 2.2). Об'єднані дані з чотирьох зразків ASD показали вищу частоту ремісії первинного тривожного розладу серед груп КПТ порівняно з групами TAU (СШ 11,25, 95% ДІ від 3,11 до 40,79, Z = 3,68, P < 0,001, n = 142, I² = 0%), але відповідні дані з чотирьох зразків без ASD не показали суттєвої різниці між групами CBT та TAU (СШ 1,14, 95% ДІ від 0,29 до 4,47, Z = 0,18, P = 0,85, n = 345, I² = 75%).

Analysis 2.2. Comparison 2: CBT versus treatment as usual, Outcome 2: Subgroup analysis: remission of primary anxiety diagnosis post-treatment (ITT) (ASD vs non-ASD)

Study or Subgroup	CBT Events	CBT Total	TAU Events	TAU Total	Weight	Odds Ratio IV, Random, 95% CI
2.2.1 Sample with ASD						
Fujii 2013	5	10	1	6	27.0%	5.00 [0.42 , 59.66]
Reaven 2012	6	24	0	26	19.2%	18.62 [0.99 , 351.22]
Storch 2013	9	24	1	21	35.2%	12.00 [1.37 , 105.28]
Storch 2015	6	16	0	15	18.7%	19.19 [0.97 , 378.28]
Subtotal (95% CI)		**74**		**68**	**100.0%**	**11.25 [3.11 , 40.79]**
Total events:	26		2			
Heterogeneity: Tau² = 0.00; Chi² = 0.65, df = 3 (P = 0.88); I² = 0%						
Test for overall effect: Z = 3.68 (P = 0.0002)						
2.2.2 Not sample with ASD						
Ginsburg 2019a	49	140	33	66	34.5%	0.54 [0.30 , 0.98]
Shahnavaz 2016	7	13	3	17	24.0%	5.44 [1.04 , 28.53]
Sharma 2017	30	30	27	31	13.5%	9.98 [0.51 , 193.95]
Southam Gerow 2010	12	24	19	24	28.0%	0.26 [0.07 , 0.94]
Subtotal (95% CI)		**207**		**138**	**100.0%**	**1.14 [0.29 , 4.47]**
Total events:	98		82			
Heterogeneity: Tau² = 1.32; Chi² = 11.92, df = 3 (P = 0.008); I² = 75%						
Test for overall effect: Z = 0.18 (P = 0.85)						
Test for subgroup differences: Chi² = 5.71, df = 1 (P = 0.02), I² = 82.5%						



2.2.

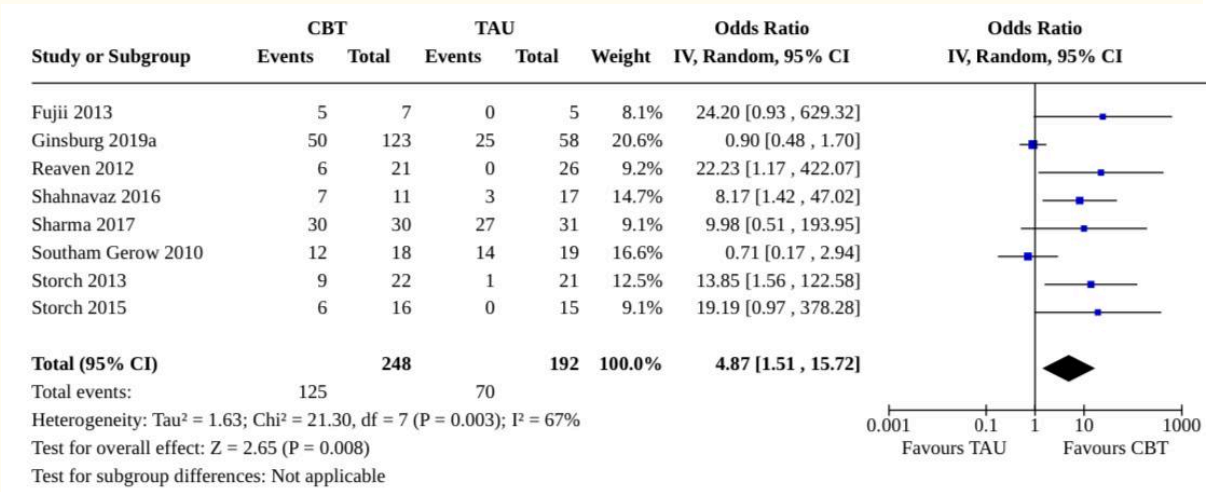
Аналіз

Порівняння 2: КПТ в порівнянні зі звичайним лікуванням,

Результат 2: Аналіз підгруп: ремісія діагностики первинної тривоги після лікування (ITT) (ASD в порівнянні з не-ASD).

Аналіз заповнювачів. Аналіз заповнювачів включав 248 учасників КПТ та 192 учасників TAU, з частотою відповіді на ремісію діагнозу первинної тривоги 50,4% для КПТ проти 36,5% для контрольної групи

(СШ 4,87, 95% ДІ від 1,51 до 15,72, Z = 2,65, P = 0,008) (Аналіз 2.3). Подібно до аналізу рандомізованих пацієнтів, у восьми дослідженнях спостерігалася значна неоднорідність (Chi² = 21,30, df = 7, P = 0,003; I² = 67%).



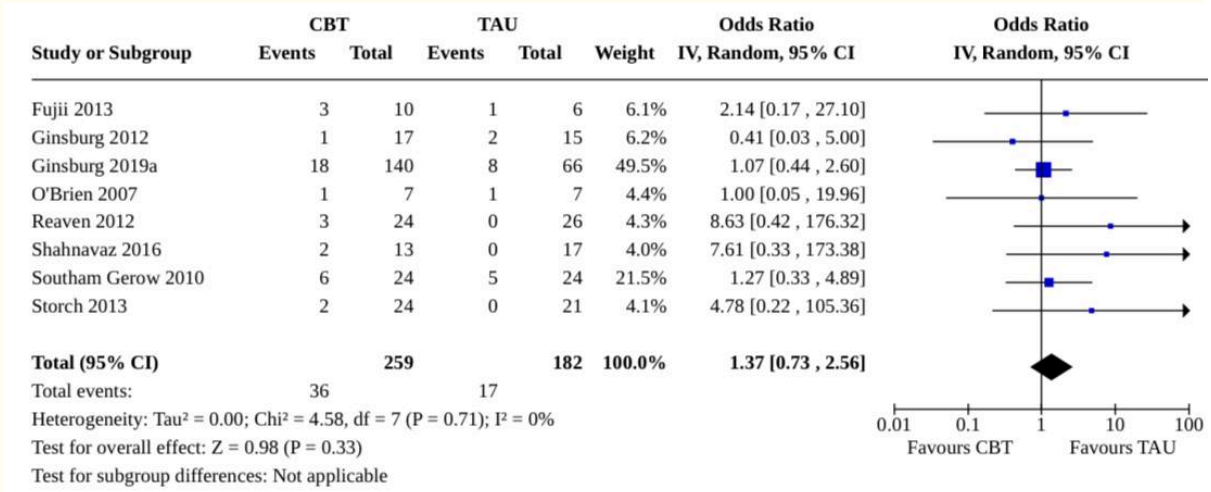
2.3

Аналіз

Порівняння 2: КПТ в порівнянні зі звичайним лікуванням,

Результат 1: Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування (ITT).

2.2 Прийнятність: втрата учасників для оцінки після лікування. Ми не виявили жодних доказів різниці між КПТ та TAU у частоті тих, хто втратив для оцінки після лікування, що ілюструє порівнянний ступінь прийнятності (СШ 1,37, 95% ДІ від 0,73 до 2,56, Z = 0,98, P = 0,33, I² = 0%, k = 8, n = 441, докази низької якості) (Аналіз 2.4).



2.4

Аналіз

Порівняння 2: КПТ в порівнянні зі звичайним лікуванням,

Результат 4: Прийнятність (кількість учасників, втрачених для оцінки після лікування).

Вторинні результати

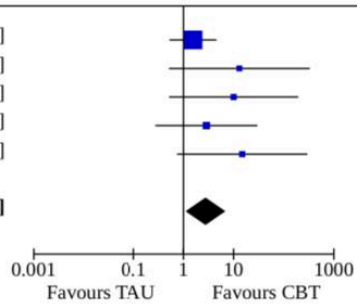
2.3 Ремісія всіх тривожних розладів після лікування. П'ять досліджень надали невизначені докази ремісії всіх діагнозів тривожного розладу після лікування КПТ порівняно з TAU (Barrington 2005; Sciberras 2018; Sharma 2017; Storch 2013; Storch 2015).

Аналізи рандомізованих пацієнтів показали частоту ремісії всіх діагнозів тривоги 55,8% для КПТ проти 41,4% для TAU (СШ 2,74, 95% ДІ від 1,16 до 6,46, Z = 2,30, P = 0,02, k = 5, n = 203, докази низької якості) (Аналіз 2.5). Доказів значної неоднорідності не було (Chi² = 3,92, df = 4, P = 0,42; I² = 0%).

Analysis 2.5. Comparison 2: CBT versus treatment as usual, Outcome 5: Remission of all anxiety diagnoses post-treatment (ITT)

Study or Subgroup	CBT Events	CBT Total	TAU Events	TAU Total	Weight	Odds Ratio IV, Random, 95% CI
Barrington 2005	17	28	13	26	63.0%	1.55 [0.52 , 4.55]
Sciberras 2018	3	6	0	6	7.0%	13.00 [0.51 , 330.48]
Sharma 2017	30	30	27	31	8.4%	9.98 [0.51 , 193.95]
Storch 2013	3	24	1	21	13.4%	2.86 [0.27 , 29.80]
Storch 2015	5	16	0	15	8.2%	14.83 [0.74 , 295.97]
Total (95% CI)		**104**		**99**	**100.0%**	**2.74 [1.16 , 6.46]**
Total events:	58		41			

Heterogeneity: Tau² = 0.00; Chi² = 3.92, df = 4 (P = 0.42); I² = 0%
Test for overall effect: Z = 2.30 (P = 0.02)
Test for subgroup differences: Not applicable



2.5

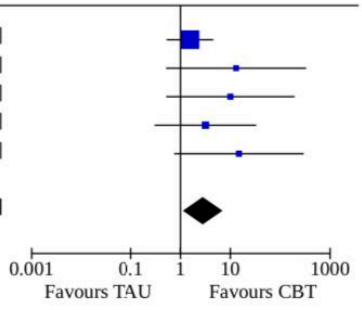
Аналіз

Порівняння 2: КПТ в порівнянні зі звичайним лікуванням,
Результат 5: Ремісія всіх діагнозів тривоги після лікування (ITT).

Завершальні аналізи показали аналогічну користь для КПТ порівняно з TAU (СШ 2,78, 95% ДІ від 1,18 до 6,55, Z = 2,33, P = 0,02, k = 5, n = 201, I² = 0%) (Аналіз 2.6).

Study or Subgroup	CBT Events	CBT Total	TAU Events	TAU Total	Weight	Odds Ratio IV, Random, 95% CI
Barrington 2005	17	28	13	26	63.1%	1.55 [0.52 , 4.55]
Sciberras 2018	3	6	0	6	7.0%	13.00 [0.51 , 330.48]
Sharma 2017	30	30	27	31	8.4%	9.98 [0.51 , 193.95]
Storch 2013	3	22	1	21	13.3%	3.16 [0.30 , 33.07]
Storch 2015	5	16	0	15	8.2%	14.83 [0.74 , 295.97]
Total (95% CI)		**102**		**99**	**100.0%**	**2.78 [1.18 , 6.55]**
Total events:	58		41			

Heterogeneity: Tau² = 0.00; Chi² = 3.93, df = 4 (P = 0.42); I² = 0%
Test for overall effect: Z = 2.33 (P = 0.02)
Test for subgroup differences: Not applicable



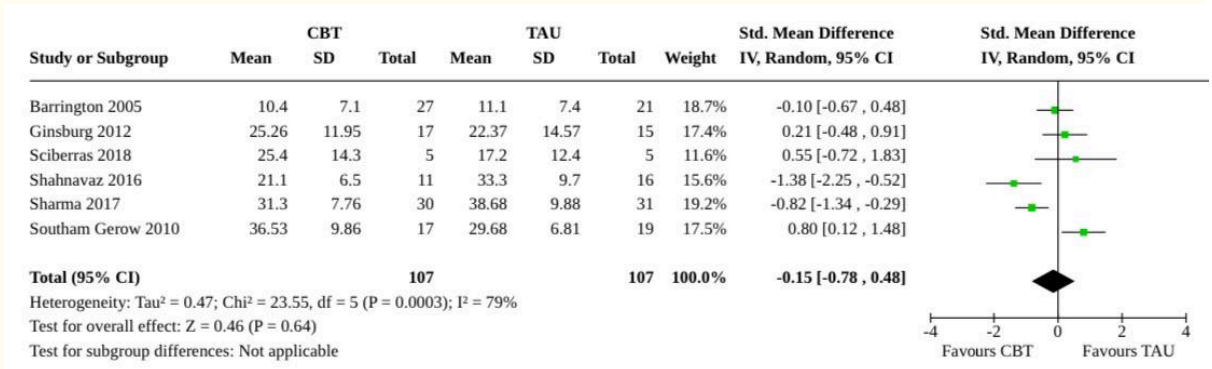
2.6

Аналіз

Порівняння 2: КПТ в порівнянні зі звичайним лікуванням,
Результат 5: Ремісія всіх діагнозів тривоги після лікування (пацієнти, які завершили лікування).

2.4 Зниження симптомів тривоги (звіт про дитину) після лікування. Ми включили шість досліджень в аналізи, що вивчають

симптоми тривоги, повідомлені дитиною після лікування (Barrington 2005; Ginsburg 2012; Sciberras 2018; Shahnavaz 2016; Sharma 2017; Southam Gerow 2010). Ми не виявили різниці між КПТ та TAU у симптомах тривоги, повідомлених дітьми після лікування (SMD −0,15, 95% ДІ −0,78-0,48, Z = 0,46, P = 0,64, n = 214, докази низької якості), хоча спостерігалася значна неоднорідність (Chi² = 23,55, df = 5, P < 0,001; I² = 79%) (Аналіз 2.7). Цей висновок був повторений після видалення одного дослідження, в якому використовувався показник симптомів розладу (SMD 0,07, 95% ДІ - від 0,54 до 0,68, Z = 0,22, P = 0,83, n = 187, I² = 74%) (аналіз 2.8).

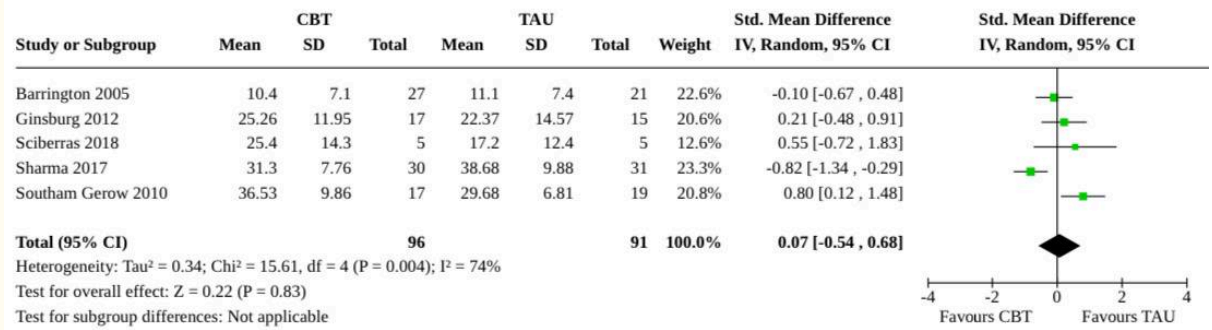


2.7

Аналіз

Порівняння 2: КПТ в порівнянні з звичайним лікуванням,

Результат 7: Зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування.



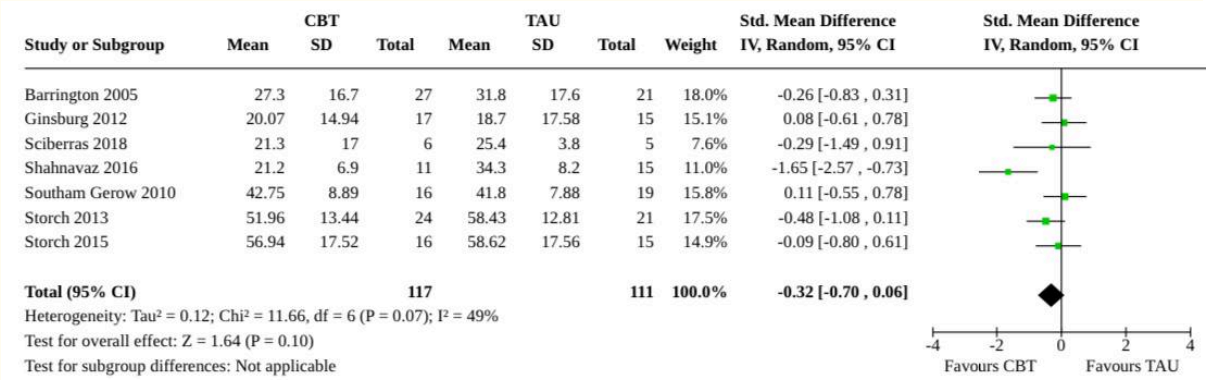
2.8

Аналіз

Порівняння 2: КПТ проти звичайного лікування,

Результат 8: Аналіз чутливості: зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування (лише широкі показники тривожності).

2.5 Зниження симптомів тривоги (батьківський звіт) після лікування. Об'єднані дані семи досліджень не показали різниці між КПТ та TAU у симптомах тривоги, повідомлених батьками після лікування (SMD −0,32, 95% CI −0,70 до 0,06, Z = 1,64, P = 0,10, n = 228, докази низької якості) (Barrington 2005; Ginsburg 2002; Sciberras 2018; Shahnavaz 2016; Southam Gerow 2010; Storch 2013; Storch 2015), з помірною неоднорідністю в дослідженнях (Chi² = 11,66, df = 6, P = 0,07; I² = 49%) (Аналіз 2.9). Вилучення одного дослідження, в якому використовувався показник розладу, не змінило цей висновок (SMD −0,16, 95% CI −0,44-0,11, Z = 1,16, P = 0,25, n = 202, I² = 0%) (Аналіз 2.10).

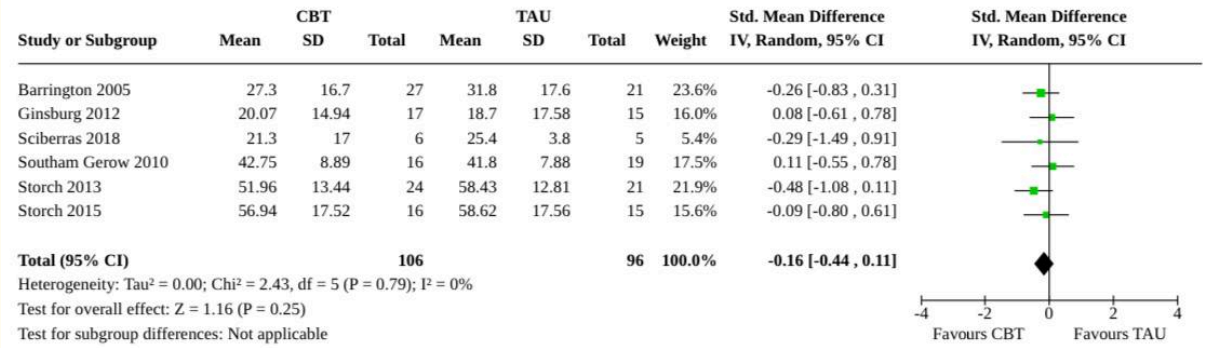


2.9

Аналіз

Порівняння 2: КПТ в порівнянні з звичайним лікуванням,

Результат 7: Зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування.



2.10

Аналіз

Порівняння 2: КПТ проти звичайного лікування,

Результат 8: Аналіз чутливості: зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування (лише широкі показники тривожності).

2.6 Зменшення депресивних симптомів після лікування. Тільки в одному дослідженні повідомлялося про депресивні симптоми після лікування КПТ порівняно з TAU (O'Brien 2007), тому мета-аналіз був неможливим.

2.7 Поліпшення глобального функціонування після лікування. Тільки в одному дослідженні повідомлялося про глобальне функціонування після лікування для КПТ порівняно з TAU (Sharma 2017), тому мета-аналіз був неможливим.

2.8 Небажані явища. У жодному дослідженні не повідомлялося про небажані явища як у групах КПТ, так і в групах очікування/без лікування, тому мета-аналіз був неможливим.

2.9 Результати подальшого спостереження. Недостатня кількість досліджень для проведення мета-аналізів з вивчення довгострокових результатів діагностики або симптомів. Лише в двох дослідженнях повідомлялося про ремісію первинних тривожних розладів через 12 місяців після лікування (Ginsburg 2019; Shahnavaz 2016), а в одному дослідженні повідомлялося про ремісію всіх тривожних розладів через 6 та 12 місяців (Barrington 2005). Аналогічним чином, лише в трьох дослідженнях повідомлялося про симптоми тривоги, про які повідомляли діти та батьки, через 6 місяців та/або 12 місяців спостереження (Barrington 2005; Ginsburg 2012; Shahnavaz 2016).

Порівняння 3: КПТ проти контролю уваги

Див. Таблицю 3.

Outcome or subgroup title	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
3.1 Remission of primary anxiety diagnosis post-treatment (ITT)	10	822	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	2.28 [1.33, 3.89]
3.1.1 Child focused	7	509	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	3.58 [1.92, 6.65]
3.1.2 Child and parent	4	313	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	1.12 [0.65, 1.92]
3.2 Subgroup analysis: remission of primary anxiety diagnosis post-treatment (ITT) (individual vs group)	10		Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	Subtotals only
3.2.1 Individual focused	5	469	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	2.04 [1.06, 3.91]

Outcome or subgroup title	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
3.2.2 Group focused	5	353	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	3.10 [1.14, 8.45]
3.3 Remission of primary anxiety diagnosis post-treatment (completers)	10	752	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	3.88 [2.52, 5.97]
3.4 Acceptability (number of participants lost to post-treatment assessment)	12	797	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	1.00 [0.68, 1.49]
3.5 Remission of all anxiety diagnoses post-treatment (ITT)	5	378	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	2.75 [1.22, 6.17]
3.6 Remission of all anxiety diagnoses post-treatment (completers)	5	359	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	3.88 [1.58, 9.51]
3.7 Reduction in anxiety symptoms (child report) post-treatment	15	978	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.31 [-0.51, -0.11]
3.8 Sensitivity analysis: reduction in anxiety symptoms (child report) post-treatment (broad anxiety measures only)	11	685	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.18 [-0.34, -0.02]
3.9 Reduction in anxiety symptoms (parent report) post-treatment	8	638	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.25 [-0.61, 0.11]
3.10 Sensitivity analysis: reduction in anxiety symptoms (parent report) post-treatment (broad anxiety measures only)	4	345	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.04 [-0.26, 0.18]
3.11 Reduction in depressive symptoms post-treatment	10	613	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.18 [-0.45, 0.09]
3.12 Remission of primary anxiety diagnosis at follow-up (ITT)	4		Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	Subtotals only
3.12.1 Follow-up (≤ 6 months)	4	341	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	3.06 [1.22, 7.65]
3.13 Remission of primary anxiety diagnosis at follow-up (completers)	4		Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	Subtotals only
3.13.1 Follow-up (≤ 6 months)	4	302	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	6.52 [2.58, 16.43]
3.14 Remission of all anxiety diagnoses at follow-up (ITT)	3		Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	Subtotals only
3.14.1 Follow-up (≤ 6 months)	3	205	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	5.44 [1.00, 29.60]
3.15 Remission of all anxiety diagnoses at follow-up (completers)	3		Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	Subtotals only

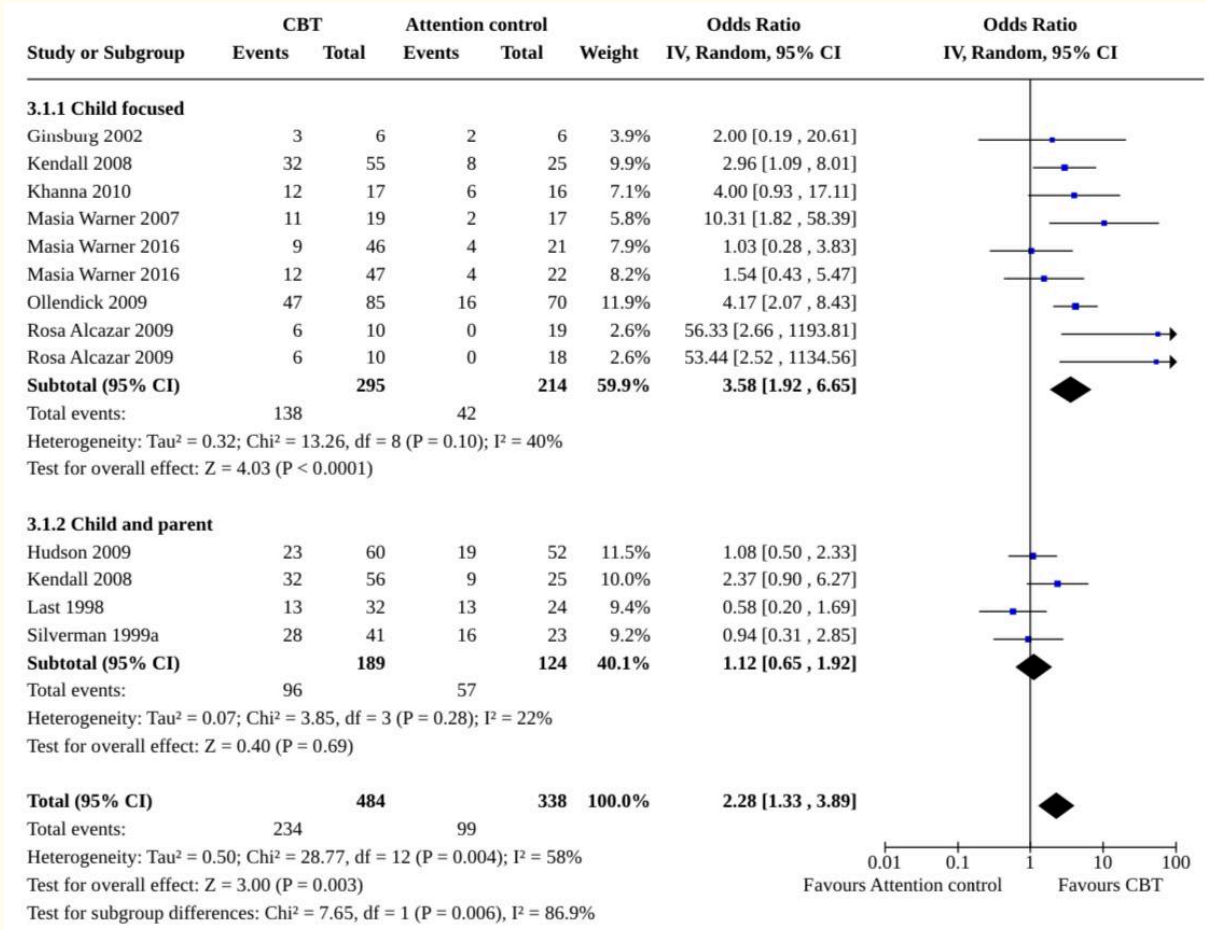
Outcome or subgroup title	No. of studies	No. of partici-pants	Statistical method	Effect size
3.15.1 Follow-up (≤ 6 months)	3	182	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	11.19 [1.94, 64.51]
3.16 Reduction in anxiety symptoms (child report) at follow-up	6		Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	Subtotals only
3.16.1 Follow-up (≤ 6 months)	6	434	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.44 [-0.79, -0.08]
3.17 Reduction in anxiety symptoms (parent report) at follow-up	6		Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	Subtotals only
3.17.1 Follow-up (≤ 6 months)	6	434	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.63 [-1.33, 0.08]

Первинні результати

3.1 Ремісія первинного діагнозу тривоги після лікування.

Десять досліджень, що оцінювали КПТ порівняно з контролем уваги, надали дані про ремісію первинного діагнозу тривожного розладу після лікування (Ginsburg 2002; Hudson 2009; Kendall 2008; Khanna 2010; Last 1998; Masia Warner 2007; Masia Warner 2016; Ollendick 2009; Rosa Alcazar 2009; Silverman 1999).

Аналіз ITT (484 учасники КПТ; 338 контрольних учасників) надав невизначені докази більшої частоти ремісії діагнозу первинної тривоги після лікування КПТ порівняно з контролем уваги (48,3% проти 29,3%; СШ 2,28, 95% ДІ від 1,33 до 3,89, Z = 3,00, P = 0,003, докази низької якості), з помірною неоднорідністю у всіх дослідженнях (Chi^2 = 28,77, df = 12, P = 0,004; I^2 = 58%) (Аналіз 3.1).



3.1

Аналіз

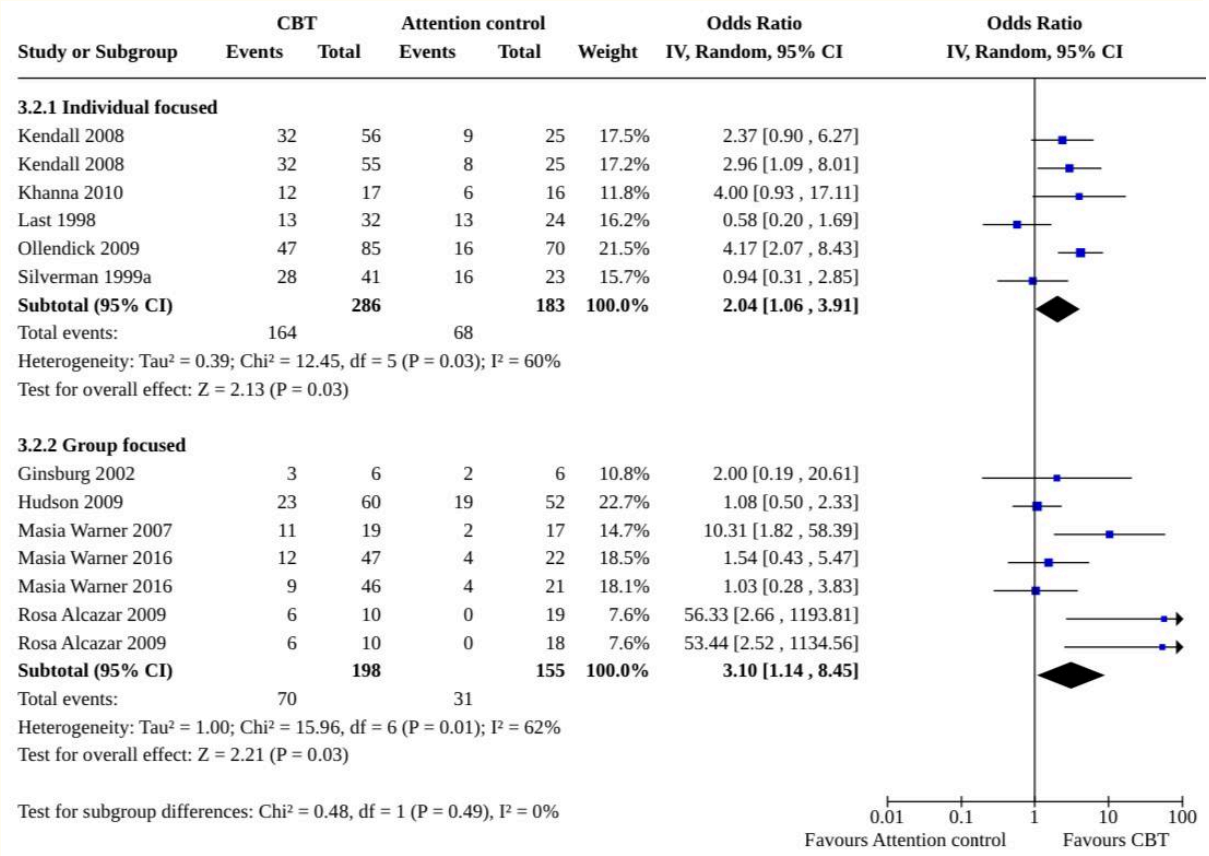
Порівняння 3: КПТ в порівнянні з контролем уваги,

Результат 1: Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування (ITT).

Аналізи підгруп. Жодне з досліджень, в яких оцінювали КПТ порівняно з контролем уваги, не використовувало втручання лише з боку батьків, але між дослідженнями, в яких оцінювали КПТ, орієнтовану на дитину, та КПТ, що здійснювалася дитиною та батьками, існувала різниця у характері результатів ремісії первинного тривожного розладу, коли кожне з них порівнювали з контролем уваги (Chi² = 7,65, df = 1, P = 0,006; I² = 86,9%) (Аналіз 3.1). Зведена статистика вказує на перевагу КПТ порівняно з контролем уваги серед втручань, орієнтованих на дитину (СШ 3,58, 95% ДІ від 1,92 до 6,65, k = 7, n = 509), але не серед втручань, що здійснюються дитиною та батьками (СШ 1,12, 95% ДІ перехресно 1, k = 4, n = 313).

Аналізи підгруп не виявили суттєвої різниці в ремісії результатів первинного тривожного розладу в дослідженнях, що оцінювали

індивідуальну КПТ порівняно з групою КПТ (Chi² = 1,22, df = 1, P = 0,27; I² = 17,7%) (Chi² = 0,48, df = 1, P = 0,49; I² = 0%) (Аналіз 3.2).



3.2

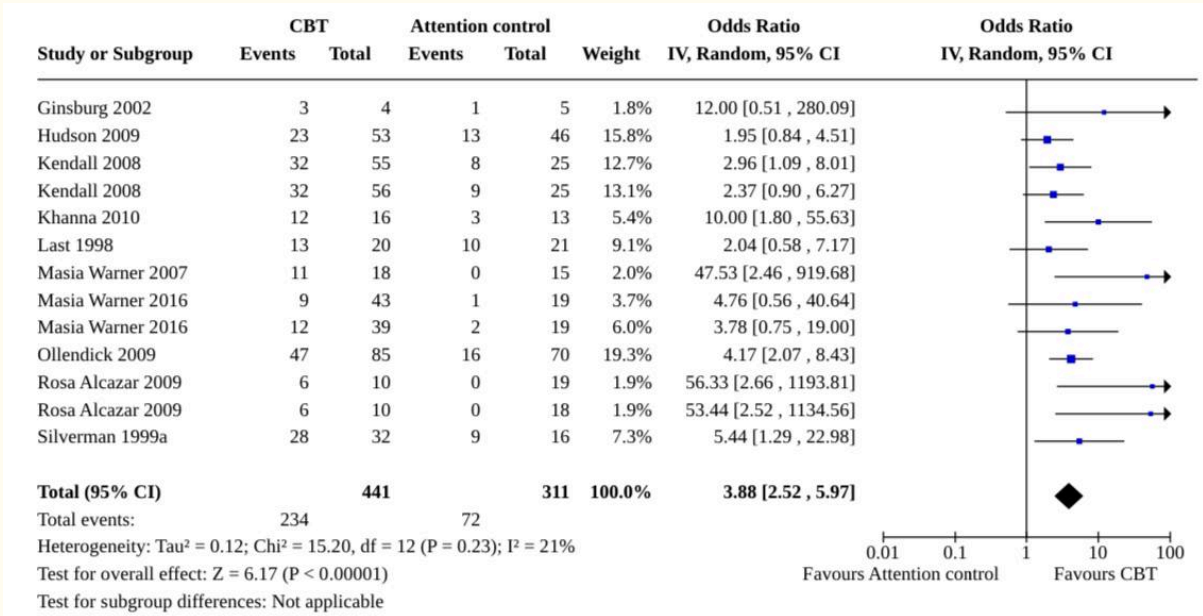
Аналіз

Порівняння 3: КПТ в порівнянні з контролем уваги,

Результат 2: Аналіз підгруп: ремісія діагностики первинної тривоги після лікування (ITT) (індивідуально в порівнянні з групою).

Подальший аналіз підгруп був неможливий, оскільки було менше трьох досліджень принаймні в одній групі для кожного запланованого аналізу підгруп.

Завершальний аналіз. У завершальному аналізі 53,1% учасників КПТ порівняно з 23,2% учасників контролю уваги не мали діагнозу первинного тривожного розладу після лікування зі значним інтервенційним ефектом (СШ 3,88, 95% ДІ від 2,52 до 5,97, Z = 6,17, P < 0,001, k = 10, n = 752, I² = 21%) (Аналіз 3.3).



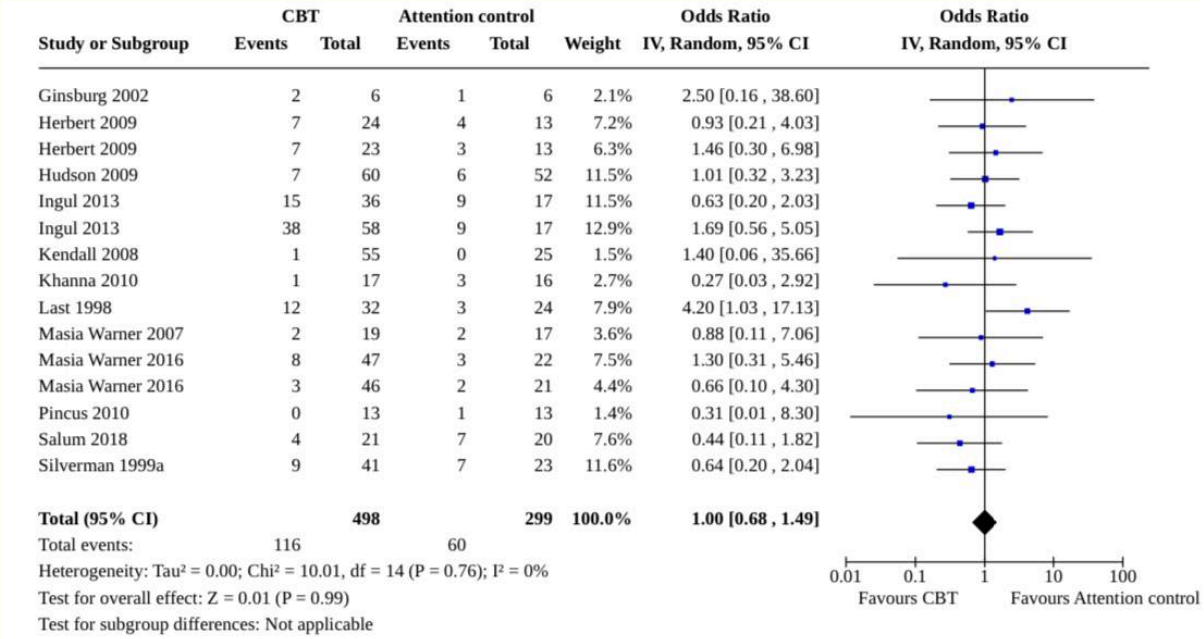
3.3

Аналіз

Порівняння 3: КПТ в порівнянні з контролем уваги,

Результат 1: Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування (пацієнти, які завершили лікування).

3.2 Прийнятність: втрата учасників для оцінки після лікування. Низька якість доказів не вказувала на різницю між КПТ та контролем уваги у частоті втрат для оцінки після лікування, що свідчить про аналогічний ступінь прийнятності (СШ 1,00, 95% ДІ перехресний 1, Z = 0,01, P = 0,99, n = 797, k = 12, I^2 = 0%) (Аналіз 3.4).



3.4

Аналіз

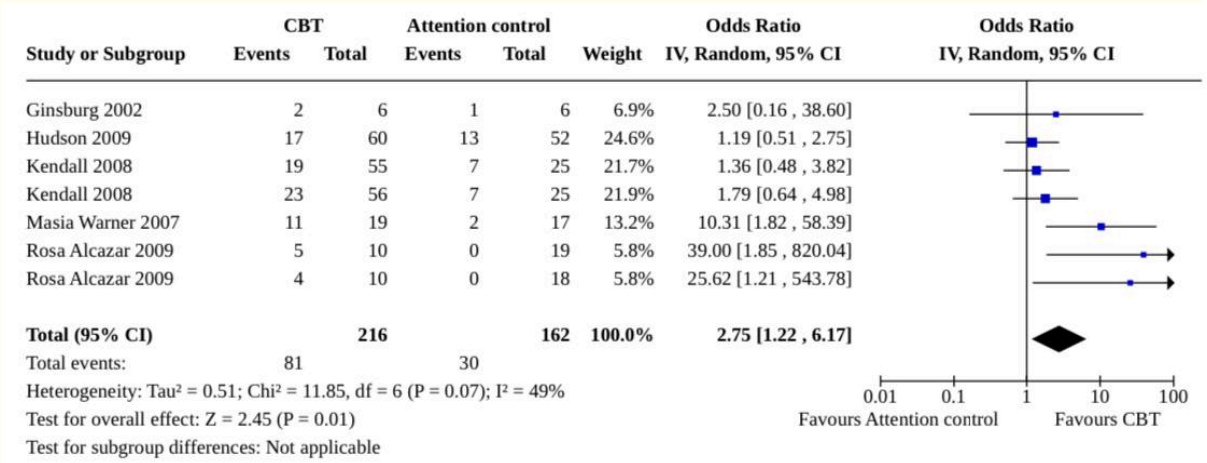
Порівняння 3: КПТ проти контролю уваги,

Результат 4: Прийнятність (кількість учасників, втрачених для оцінки після лікування).

Вторинні результати

3.3 Ремісія всіх тривожних розладів після лікування. Ми включили п'ять досліджень в аналізи, в яких порівнювали КПТ та контроль уваги для ремісії всіх діагнозів тривожного розладу після лікування (Ginsburg 2002; Hudson 2009; Kendall 2008; Masia Warner 2007; Rosa Alcazar 2009).

Як аналізи рандомізованих пацієнтів, так і аналізи пацієнтів, які завершили дослідження, показали перевагу КПТ порівняно з умовами контролю уваги (рандомізовані пацієнти: СШ: 2,75, 95% ДІ від 1,22 до 6,17, Z = 2,45, P = 0,01, n = 378, I^2 = 49%, докази низької якості; пацієнти, які завершили дослідження: СШ: 3,88, 95% ДІ від 1,58 до 9,51, Z = 2,96, P = 0,003, n = 359, I^2 = 48%) (Аналіз 3.5; Аналіз 3.6).

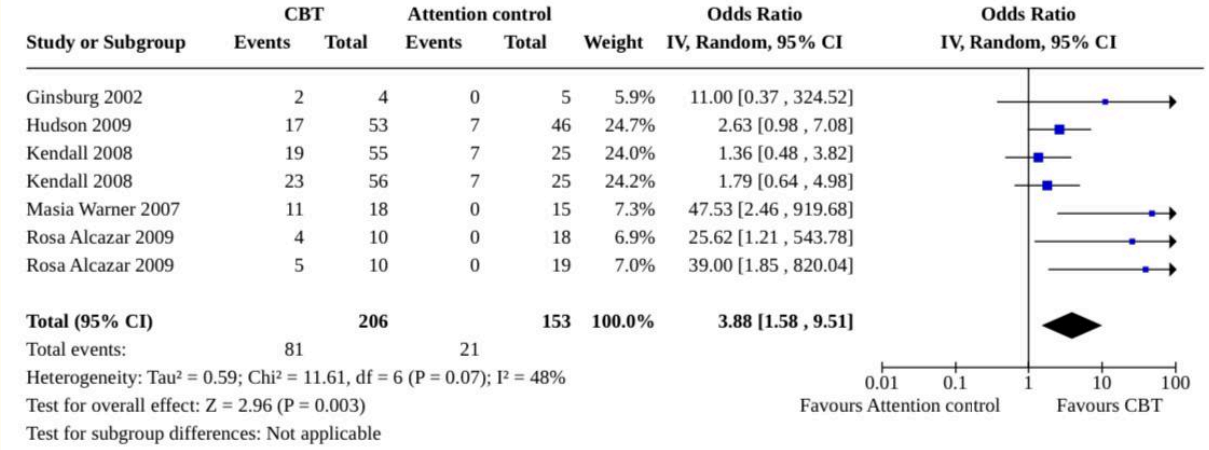


3.5

Аналіз

Порівняння 3: КПТ проти контролю уваги,

Результат 5: Ремісія всіх діагнозів тривоги після лікування (ITT).



3.6

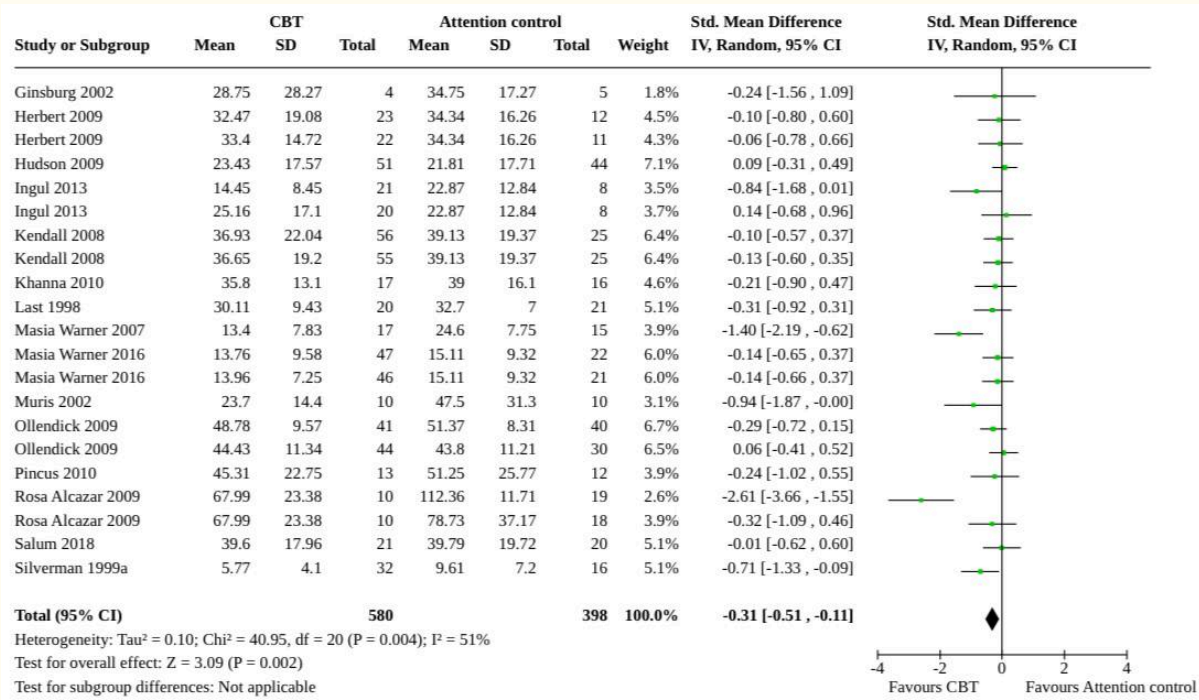
Аналіз

Порівняння 3: КПТ в порівнянні з контролем уваги,

Результат 6: Ремісія всіх діагнозів тривоги після лікування (пацієнти, які завершили лікування).

3.4 Зниження симптомів тривоги (звіт про дитину) після лікування. П'ятнадцять досліджень надали докази помірної якості симптомів тривоги, повідомлених дитиною після лікування, для груп КПТ та контролю уваги (Ginsburg 2002; Herbert 2009; Hudson 2009; Ingul 2013; Kendall 2008; Khanna 2010; Last 1998; Masia Warner 2007; Masia Warner 2016; Muris 2002; Ollendick 2009; Pincus 2010; Rosa Alcazar 2009; Salum 2018; Silverman 1999a). SMD між КПТ та контролем уваги для симптомів

тривоги, повідомлених дітьми, становив −0,31 (95% ДІ від −0,51 до −0,11, Z = 3,09, P = 0,002, n = 978) (Аналіз 3.7). Були дані про помірну неоднорідність у всіх дослідженнях (Chi² = 40,95, df = 20, P = 0,004; I² = 51%).



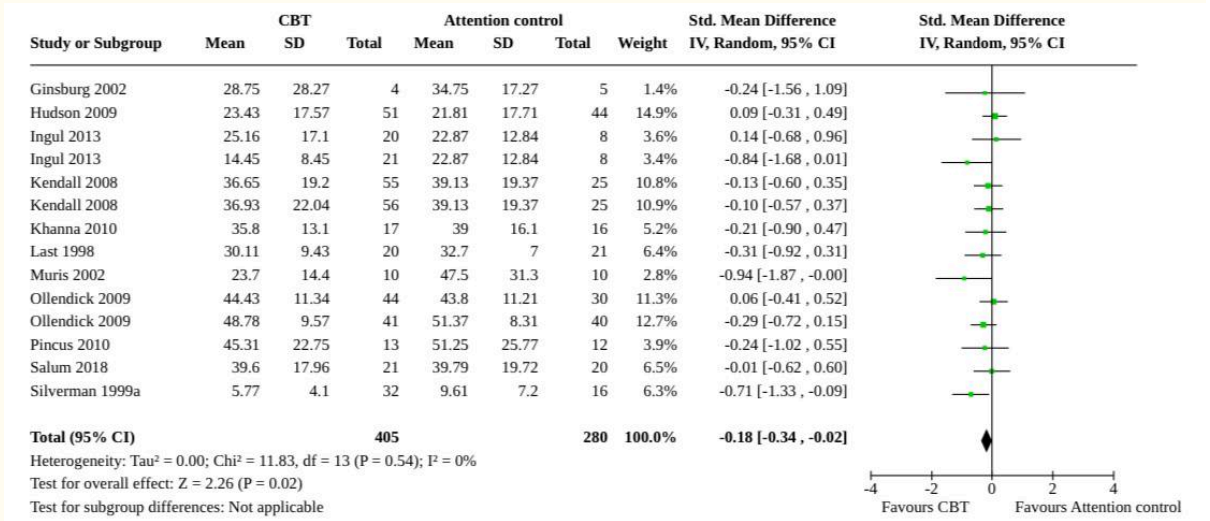
3.7

Аналіз

Порівняння 3: КПТ проти контролю уваги,

Результат 7: Зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування.

Після видалення досліджень, в яких використовувався показник симптомів розладу, SMD між КПТ та контролем уваги був знижений до −0,18 (95% ДІ від −0,34 до −0,02, Z = 2,26, P = 0,02, n = 685, k = 11, I² = 0%) (Аналіз 3.8).



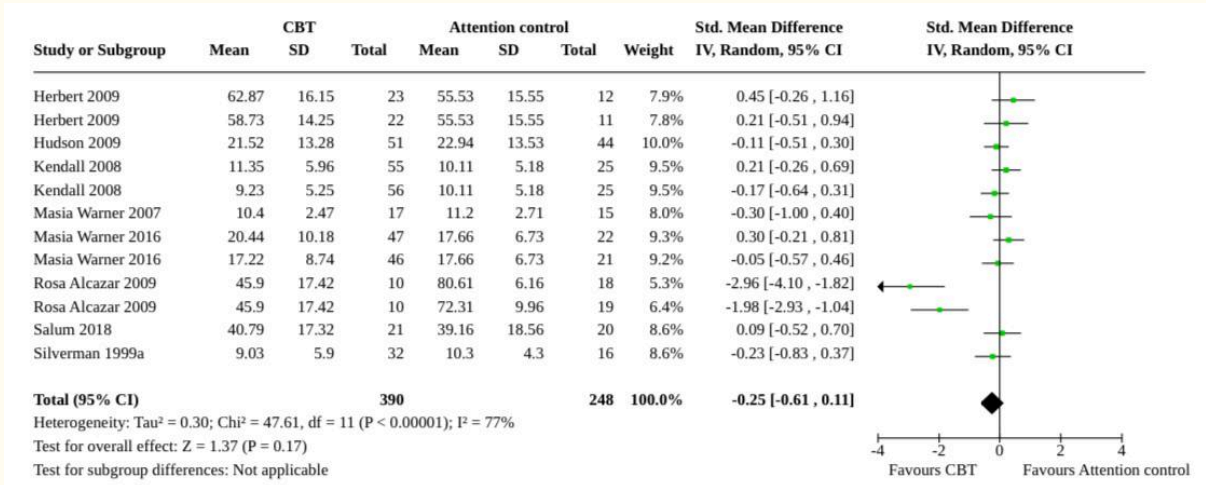
3.8

Аналіз

Порівняння 2: КПТ проти звичайного лікування,

Результат 8: Аналіз чутливості: зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування (лише широкі показники тривожності).

3.5 Зниження симптомів тривоги (батьківський звіт) після лікування. Вісім досліджень надали дані про симптоми тривоги, повідомлені батьками після лікування, для груп КПТ та контролю уваги (Herbert 2009; Hudson 2009; Kendall 2008; Masia Warner 2007; Masia Warner 2016; Rosa Alcazar 2009; Salum 2018; Silverman 1999a). Аналізи не показали суттєвих відмінностей між КПТ та контролем уваги (SMD −0,25, 95% CI − 0,61-0,11, Z = 1,37, P = 0,17, n = 638, докази низької якості), але зі значною неоднорідністю між дослідженнями (Chi² = 47,61, df = 11, P < 0,001; I² = 77%) (Аналіз 3.9). Вилучення досліджень, які використовували заходи, специфічні для розладу, не змінили цей висновок (SMD −0,04, 95% CI − 0,26-0,18, Z = 0,36, P = 0,72, n = 345, k = 4, I² = 0%) (Аналіз 3.10).

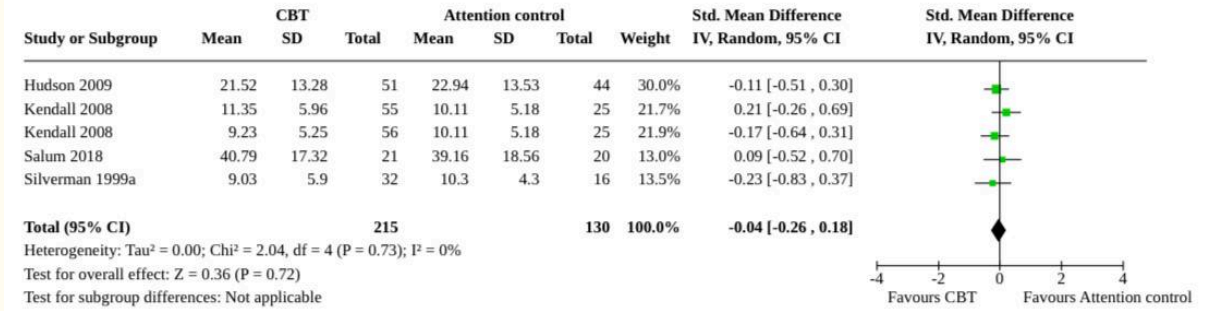


3.9

Аналіз

Порівняння 3: КПТ проти контролю уваги,

Результат 7: Зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування.



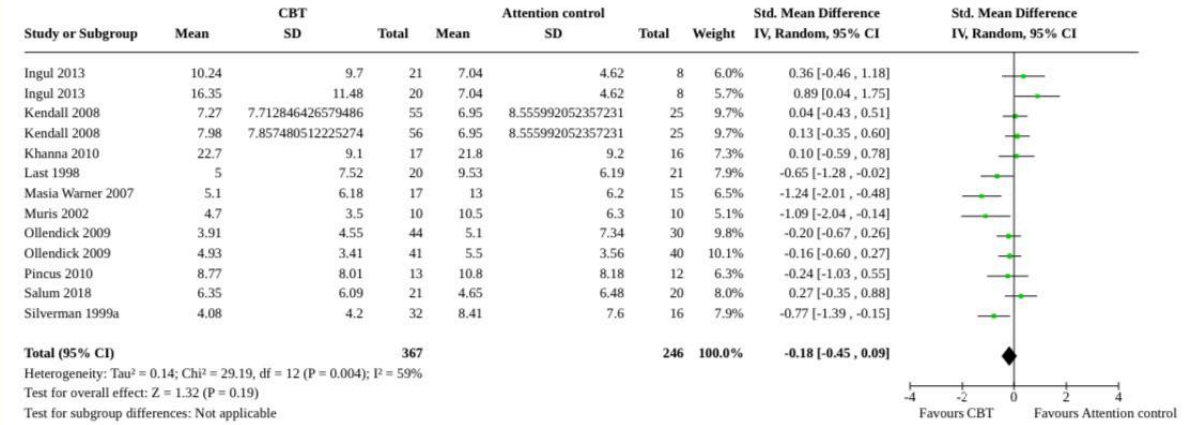
3.10

Аналіз

Порівняння 2: КПТ проти звичайного лікування,

Результат 8: Аналіз чутливості: зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування (лише широкі показники тривожності).

3.6 Зменшення депресивних симптомів після лікування. Десять досліджень повідомили про депресивні симптоми після лікування для КПТ порівняно з контролем уваги (Ingul 2013; Kendall 2008; Khanna 2010; Last 1998; Masia Warner 2007; Muris 2002; Ollendick 2009; Pincus 2010; Salum 2018; Silverman 1999a), не виявивши різниці між групами (SMD −0,18, 95% CI −0,45 до 0,09, Z = 1,32, P = 0,19, n = 613, докази низької якості) (Аналіз 3.11). Були дані про помірну неоднорідність у всіх дослідженнях (Chi^2 = 29,19, df = 12, P = 0,004; I^2 = 59%).



3.11

Аналіз

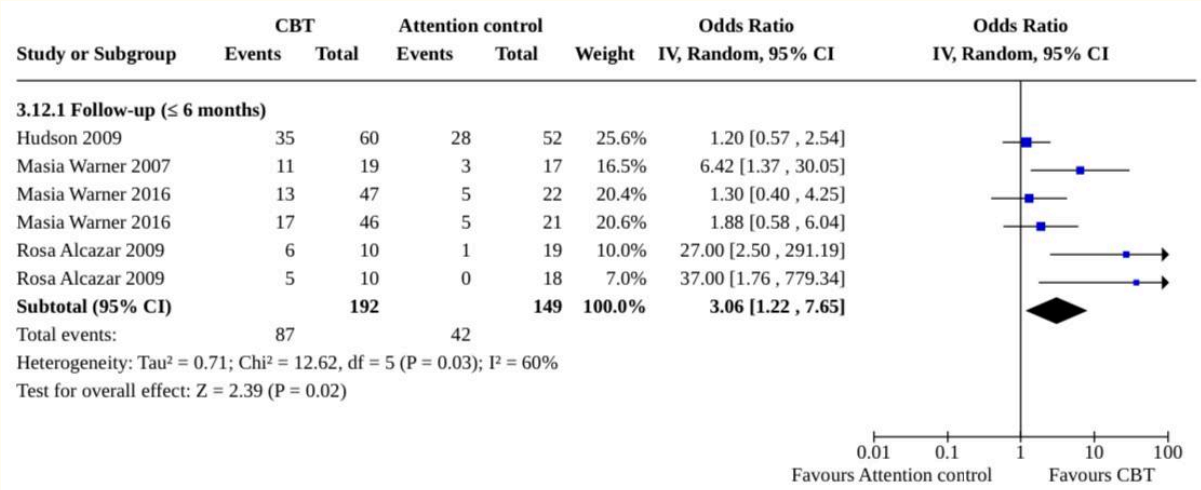
Порівняння 3: КПТ проти контролю уваги,

Результат 11: Зменшення депресивних симптомів після лікування.

3.7 Поліпшення глобального функціонування після лікування. Тільки в двох дослідженнях повідомлялося про глобальне функціонування після лікування для КПТ порівняно з контролем уваги (Khanna 2010; Masia Warner 2007), тому мета-аналіз був неможливим.

3.8 Небажані явища. У жодному дослідженні не повідомлялося про небажані явища як у групах КПТ, так і в групах очікування/без лікування, тому мета-аналіз був неможливим.

Ремісія діагнозів первинного тривожного розладу під час подальшого спостереження. Чотири дослідження надали дані про ремісію первинного тривожного розладу через ≤ 6 місяців подальшого спостереження (Hudson 2009; Masia Warner 2007; Masia Warner 2016; Rosa Alcazar 2009). Аналізи ITT показали більшу частоту ремісії для груп КПТ порівняно з контролем уваги (СШ 3,06, 95% ДІ від 1,22 до 7,65, Z = 2,39, P = 0,02, n = 341), але зі значною неоднорідністю у всіх дослідженнях (Chi² = 12,62, df = 5, P = 0,02; I² = 60%) (Аналіз 3,12).



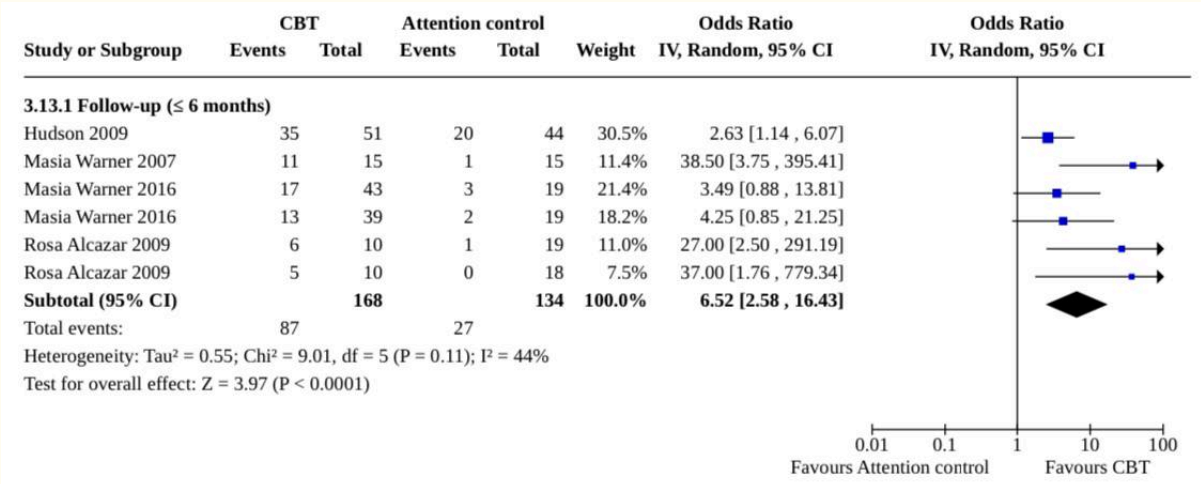
3.12

Аналіз

Порівняння 3: КПТ в порівнянні з контролем уваги,

Результат 12: Ремісія діагнозу первинної тривоги під час подальшого спостереження (ITT).

Ефект втручання збільшився в аналізі осіб, які завершили дослідження (СШ 6,52, 95% ДІ від 2,58 до 16,43, Z = 3,97, P < 0,001, k = 4, n = 302, I^2 = 44%) (аналіз 3.13).



3.13

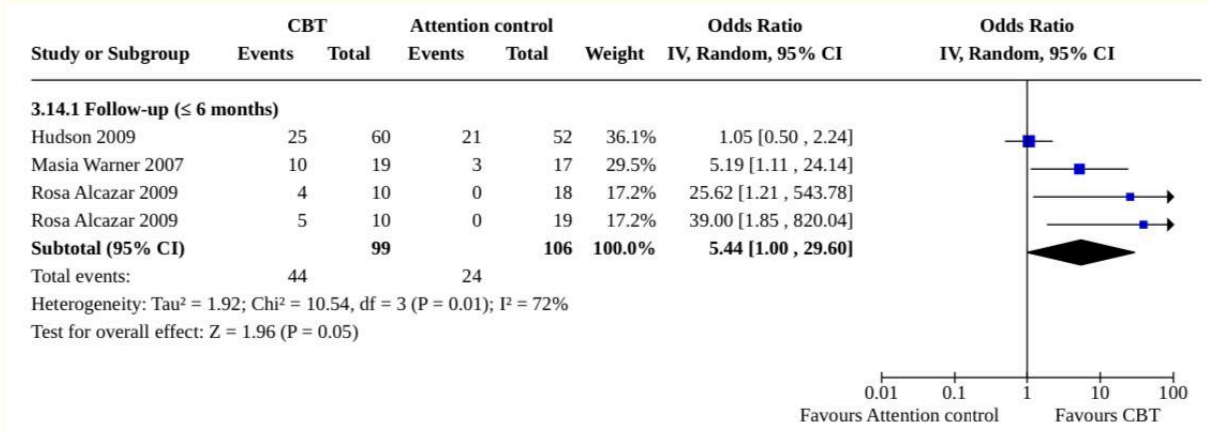
Аналіз

Порівняння 3: КПТ в порівнянні з контролем уваги,

Результат 13: Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування (пацієнти, які завершили лікування).

Лише в одному дослідженні повідомлялося про ремісію первинного тривожного розладу через 12 місяців спостереження, тому мета-аналіз був неможливим для цієї часової точки.

Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу при подальшому спостереженні. У трьох дослідженнях повідомлялося про ремісію всіх діагнозів тривожного розладу через ≤ 6 місяців після лікування (Hudson 2009; Masia Warner 2007; Rosa Alcazar 2009). Аналізи рандомізованих пацієнтів та аналізи пацієнтів, які завершили дослідження, показали більшу частоту ремісії всіх тривожних розладів для груп КПТ порівняно з контролем уваги (рандомізовані пацієнти: СШ 5,44, 95% ДІ 1,00-29,60, Z = 1,96, P = 0,05, n = 205; аналіз пацієнтів, які завершили дослідження: СШ 11,19, 95% ДІ 1,94-64,51, Z = 2,70, P = 0,007, n = 182), але зі значною неоднорідністю у всіх дослідженнях (рандомізовані пацієнти: I^2 = 72%, аналіз пацієнтів, які завершили дослідження: I^2 = 62%) (Аналіз 3,14; Аналіз 3,15).

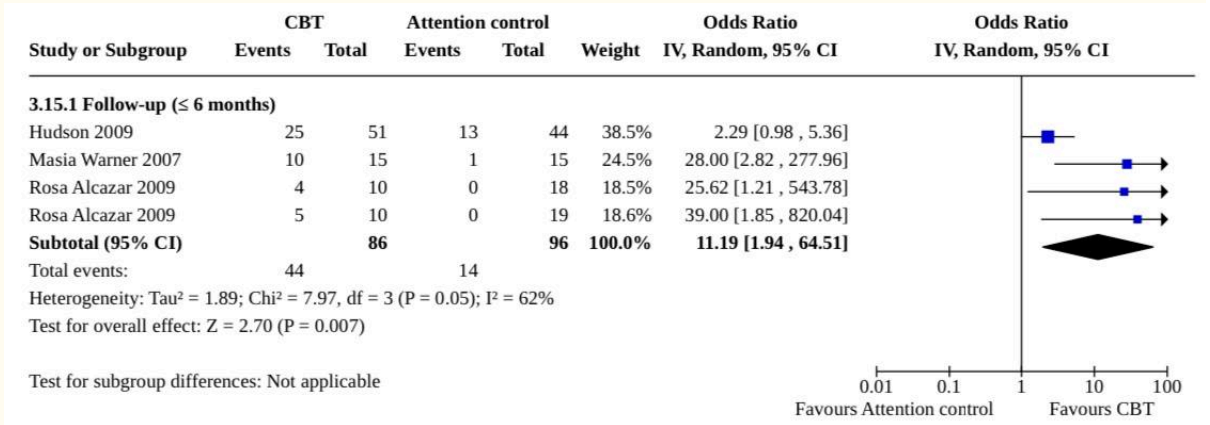


3.14

Аналіз

Порівняння 3: КПТ в порівнянні з контролем уваги,

Результат 14: Ремісія всіх діагнозів тривоги під час подальшого спостереження (ITT).



3.15

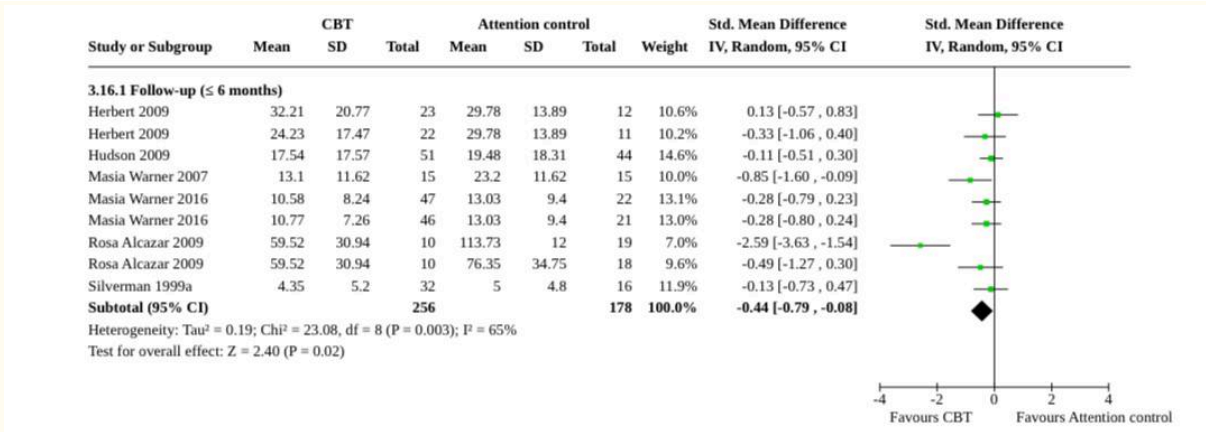
Аналіз

Порівняння 3: КПТ в порівнянні з контролем уваги,

Результат 15: Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування (пацієнти, які завершили лікування).

Лише в одному дослідженні повідомлялося про ремісію всіх діагнозів тривожного розладу через 12 місяців (Rosa Alcazar 2009), тому мета-аналіз був неможливим для цієї часової точки.

Зниження симптомів тривоги при подальшому спостереженні. У шести дослідженнях повідомлялося про симптоми тривоги у дітей через ≤ 6 місяців після лікування (Herbert 2009; Hudson 2009; Masia Warner 2007; Masia Warner 2016; Rosa Alcazar 2009; Silverman 1999). Об'єднані дані цих досліджень показали перевагу КПТ порівняно з контролем уваги (SMD −0,44, 95% ДІ −0,79 до −0,08, Z = 2,40, P = 0,02, n = 434), але між дослідженнями спостерігалася значна неоднорідність (Chi² = 23,08, df = 8, P = 0,003; I² = 65%) (Аналіз 3.16).



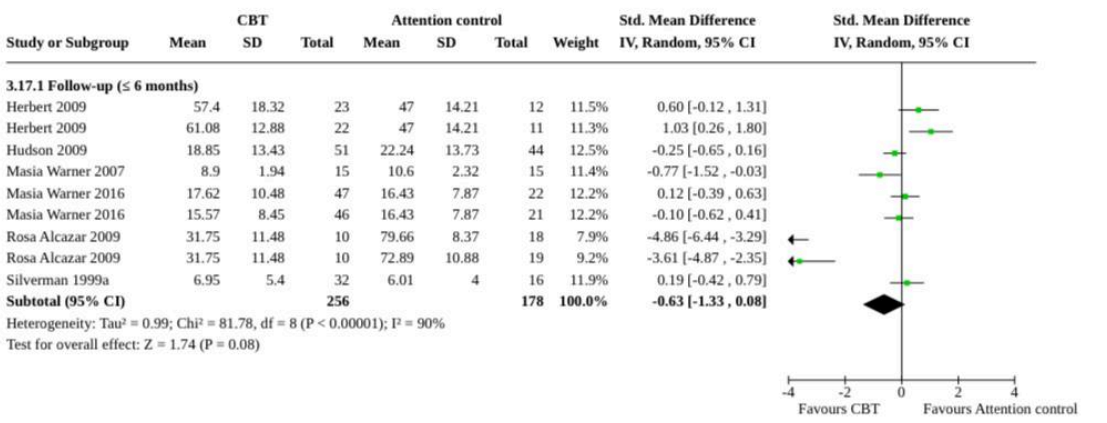
3.16

Аналіз

Порівняння 3: КПТ проти контролю уваги,

Результат 16: Зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) при подальшому спостереженні.

Ті ж шість досліджень надали симптоми тривоги, про які повідомили батьки, через ≤ 6 місяців після лікування; аналізи не показали суттєвої різниці між КПТ та контролем уваги (SMD − 0,63, 95% ДІ перехресно 0, n = 434, I^2 = 90%) (Аналіз 3,17).



3.17

Аналіз

Порівняння 3: КПТ проти контролю уваги,

Результат 17: Зменшення симптомів тривоги (звіт батьків) при подальшому спостереженні.

Лише в двох дослідженнях повідомлялося про симптоми тривоги у дітей та симптоми тривоги у батьків через 12 місяців подальшого спостереження (Rosa Alcazar 2009; Silverman 1999), тому мета-аналіз цих результатів був неможливий для цієї часової точки.

Порівняння 4: КПТ порівняно з альтернативним лікуванням

Див. Таблицю 4.

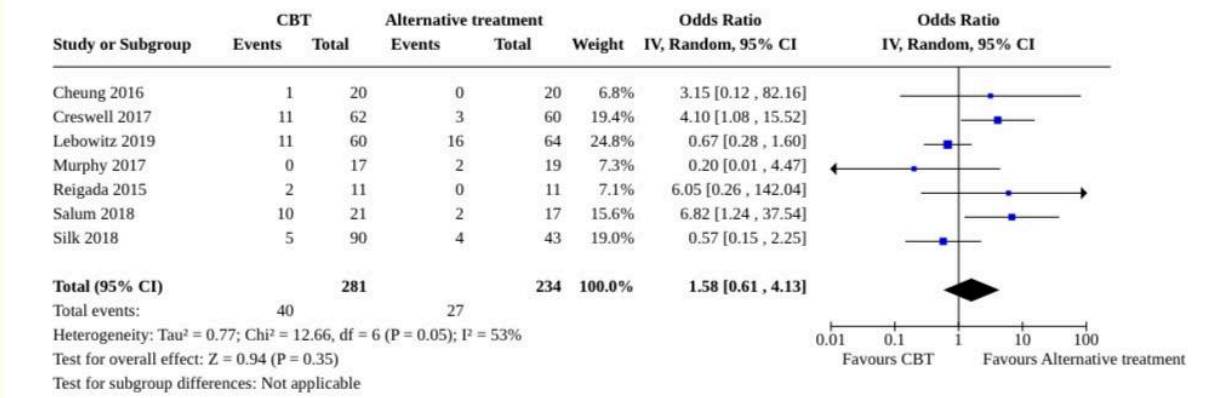
Comparison 4. CBT versus alternative treatment

Outcome or subgroup title	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
4.1 Acceptability (number of participants lost to post-treatment assessment)	7	515	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	1.58 [0.61, 4.13]
4.2 Remission of all anxiety diagnoses post-treatment (ITT)	4	401	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	0.89 [0.35, 2.23]
4.3 Remission of all anxiety diagnoses post-treatment (completers)	4	348	Odds Ratio (IV, Random, 95% CI)	1.52 [0.70, 3.27]
4.4 Reduction in anxiety symptoms (child report) post-treatment	6	399	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.09 [-0.40, 0.21]
4.5 Sensitivity analysis: reduction in anxiety symptoms (child report) post-treatment (broad anxiety measures only)	5	378	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.00 [-0.21, 0.20]
4.6 Reduction in anxiety symptoms (parent report) post-treatment	6	423	Std. Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-0.13 [-0.33, 0.06]

Первинні результати

4.1 Ремісія первинного діагнозу тривоги після лікування. Тільки в двох дослідженнях, в яких порівнювали КПТ з альтернативним лікуванням, повідомлялося про ремісію первинного тривожного розладу після лікування (Creswell 2017; Reigada 2015), тому даних було недостатньо для проведення значущого мета-аналізу або планового аналізу підгруп для цього результату.

4.2 Прийнятність: втрата учасників для оцінки після лікування. Низька якість доказів не показала різниці між КПТ та альтернативними методами лікування в частоті тих, хто втратив для оцінки після лікування (СШ 1,58, 95% ДІ кроси 1, Z = 0,94, P = 0,35, k = 7, n = 515, I^2 = 53%), що свідчить про відсутність різниці в ступені прийнятності (Аналіз 4.1).



4.1

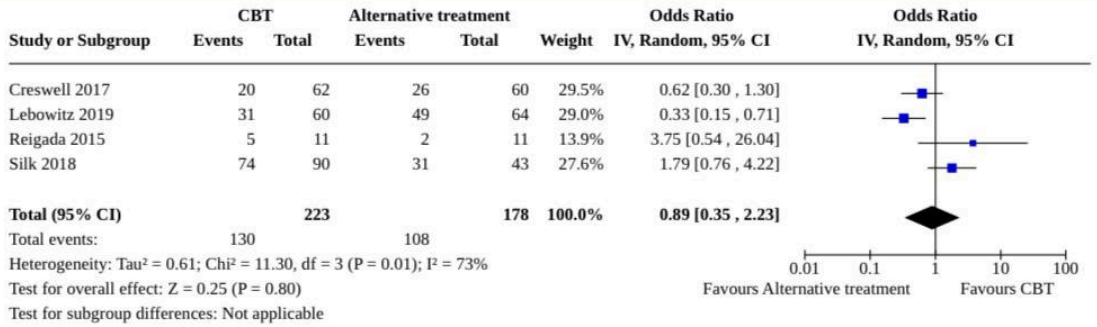
Аналіз

Порівняння 4: КПТ в порівнянні з альтернативним лікуванням,

Результат 1: Прийнятність (кількість учасників, втрачених до оцінки після лікування).

Вторинні результати

4.3 Ремісія всіх тривожних розладів після лікування. Об'єднані дані чотирьох досліджень, в яких повідомлялося про ремісію всіх діагнозів тривожного розладу після лікування, не показали різниці між групами КПТ та альтернативного лікування ні в аналізах ITT (СШ 0,89, 95% ДІ кроси 1, Z = 0,25, P = 0,80, n = 401, I² = 73%, докази низької якості), ні в аналізах комплектуючих (СШ 1,52, 95% ДІ кроси 1, Z = 1,06, P = 0,29, n = 348, I² = 57%) (Аналіз 4.2; Аналіз 4.3) (Creswell 2017; Lebowitz 2019; Reigada 2015; Silk 2018).

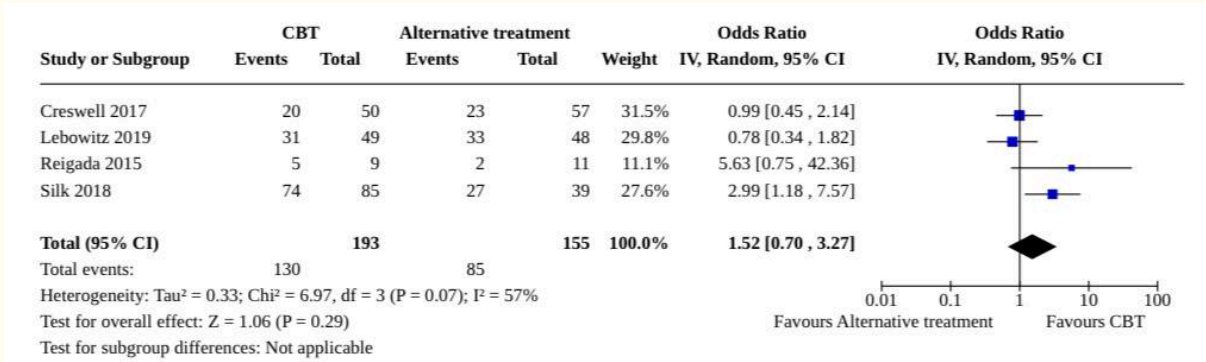


4.2

Аналіз

Порівняння 4: КПТ в порівнянні з альтернативним лікуванням,

Результат 2: Ремісія всіх діагнозів тривоги після лікування (ITT).



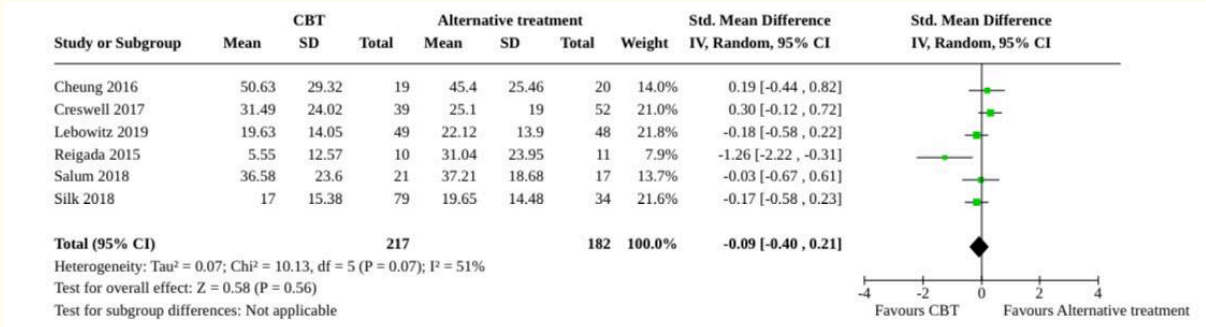
4.3

Аналіз

Порівняння 4: КПТ в порівнянні з альтернативним лікуванням,

Результат 3: Ремісія всіх діагнозів тривоги після лікування (пацієнти, які завершили лікування).

4.4 Зменшення симптомів тривоги (дитячий звіт) після лікування. Низька якість доказів не показала відмінностей між групами КПТ та альтернативного лікування у симптомах тривоги, повідомлених після лікування (SMD - 0,09, 95% ДІ перетинається 0, Z = 0,58, P = 0,56, k = 6, n = 399, I^2 = 51%) (аналіз 4.4). Видалення одного дослідження, в якому використовувався показник симптомів розладу, не змінило цей висновок (Аналіз 4.5).

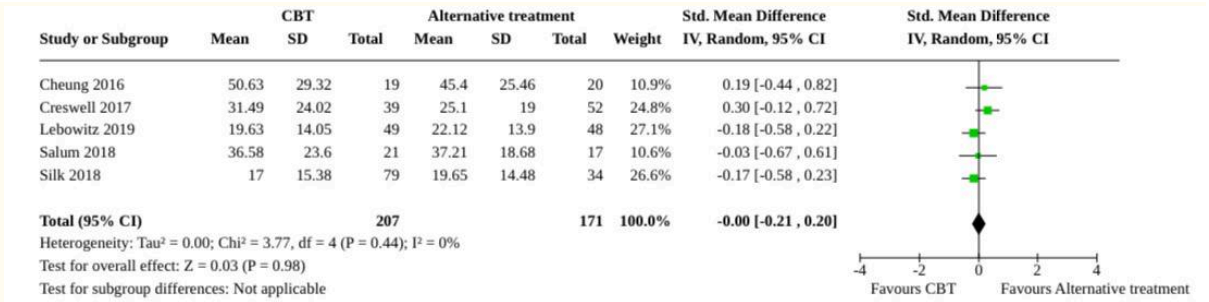


4.4

Аналіз

Порівняння 4: КПТ в порівнянні з альтернативним лікуванням,

Результат 4: Зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування.



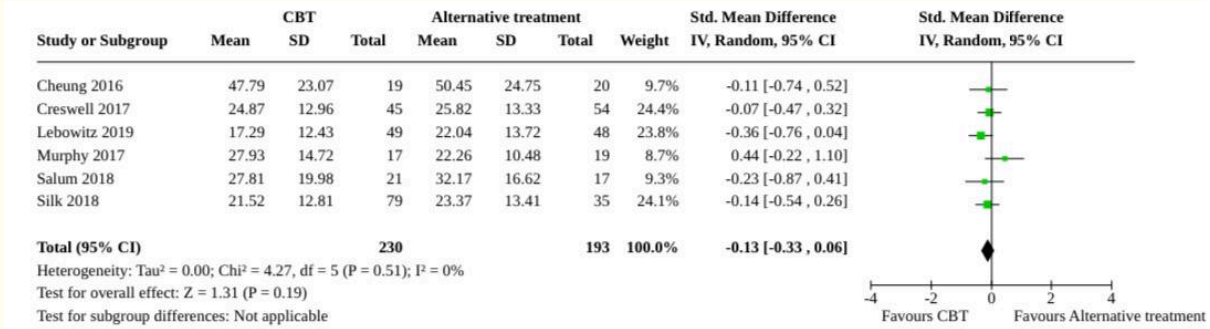
4.5

Аналіз

Порівняння 4: КПТ проти звичайного лікування,

Результат 5: Аналіз чутливості: зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування (лише широкі показники тривожності).

4.5 Зниження симптомів тривоги (батьківський звіт) після лікування. Ми також не виявили суттєвих відмінностей між групами КПТ та альтернативного лікування у симптомах тривоги, повідомлених батьками після лікування (SMD −0,13, 95% ДІ −0,33 до 0,06, Z = 1,31, P = 0,19, k = 6, n = 423, 6 досліджень, I^2 = 0%, докази низької якості) (Аналіз 4.6). У всіх дослідженнях використовувалася широка міра тривожності, тому плановий аналіз чутливості не вимагався.



4.6

Аналіз

Порівняння 4: КПТ в порівнянні з альтернативним лікуванням,

Результат 4: Зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування.

4.6 Зменшення депресивних симптомів після лікування. Тільки в дослідженні повідомлялося про депресивні симптоми після лікування (Salum 2018), тому мета-аналіз був неможливим.

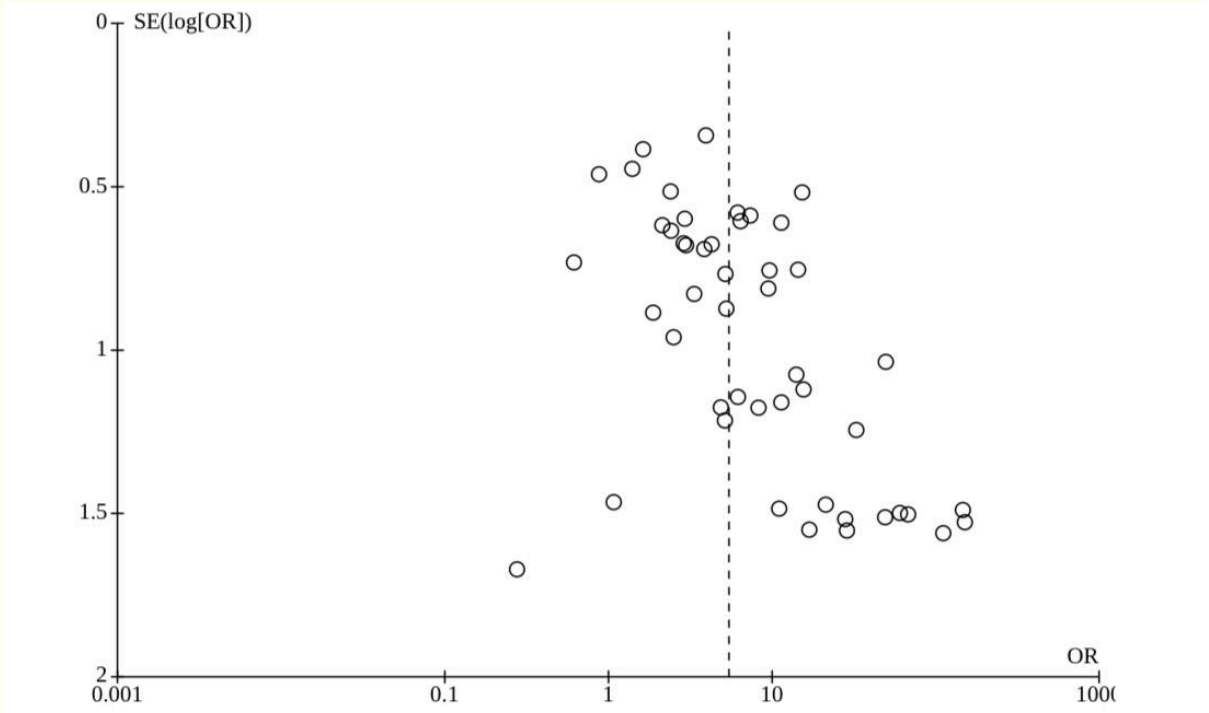
4.7 Поліпшення глобального функціонування після лікування. Жодні дослідження не повідомляли про глобальне функціонування після лікування для КПТ порівняно з альтернативними методами лікування.

4.8 Небажані явища. У жодному дослідженні не повідомлялося про небажані явища як у групах КПТ, так і в групах очікування/без лікування, тому мета-аналіз був неможливим.

4.9 Результати подальшого спостереження. Для кожного з довгострокових результатів дані були доступні лише з максимум двох досліджень, тому мета-аналіз був неможливим.

Упередженість публікації. Ми досліджували упередженість публікації щодо ремісії первинного тривожного розладу після лікування КПТ порівняно з контролем списку очікування та КПТ порівняно з контролем уваги.

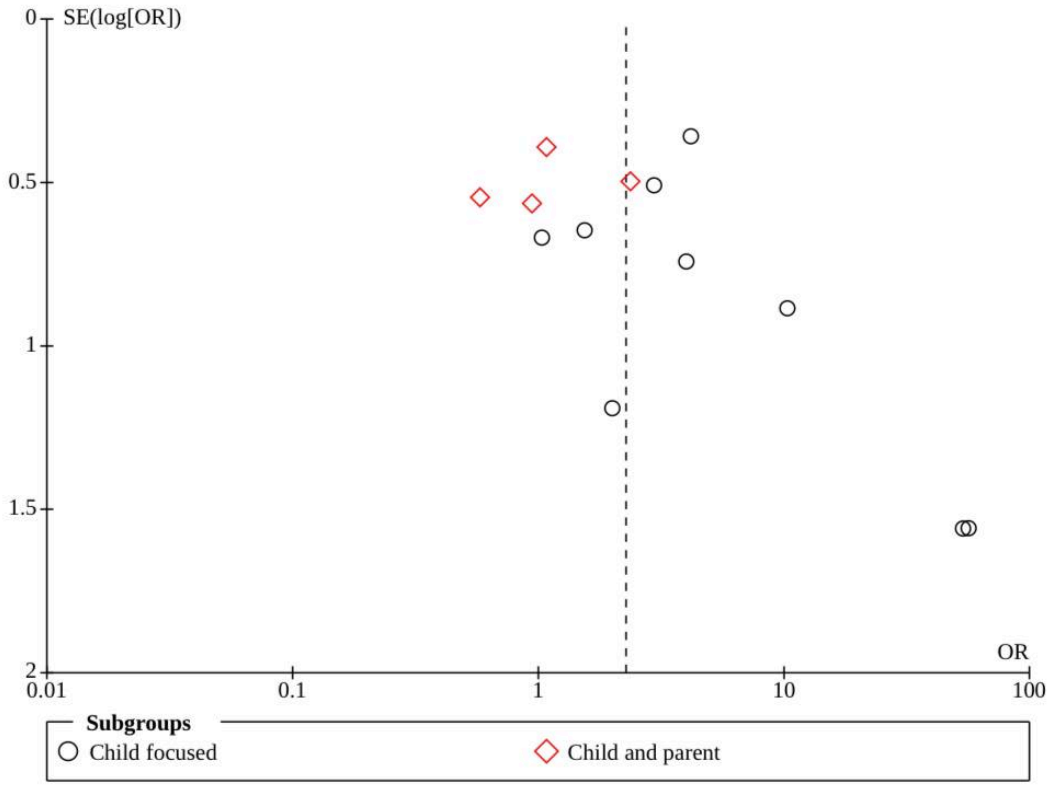
КПТ порівняно з очікуванням/відсутністю лікування. Існували чіткі докази упередженості публікації з огляду діаграми воронки (Рисунок 7.), яка була асиметричною, та тесту Еггера, який був дуже значущим (t = 5,52, P < 0,000). Крім того, графік контурної воронки (тут не включений) вказує на те, що відсутні дослідження були в областях низької значущості, більш сумісних з упередженістю публікації, ніж інші пояснення асиметрії графіку воронки, такі як змінний дизайн дослідження (Peters 2008).



7

Лісова діаграма порівняння: 1 КПТ в порівнянні з очікуванням/відсутністю лікування, результат: 1.1 Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування (ITT).

КПТ порівняно з контролем уваги. Не було жодних доказів упередженості публікації з симетричною воронковою діаграмою (Рисунок 8.) та несуттєвим тестом Еггера (t = 1,99, P = 0,072).



8

Воронкова діаграма порівняння: 3 КПТ в порівнянні з контролем уваги, результат: 3.1 Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування (ITT).

Перейти

Обговорення

Короткий виклад результатів

З моменту останнього Кокрейнівського огляду, James 2015, відбулося значне збільшення кількості досліджень, доступних для огляду, з 41 до 88, при цьому загальна кількість учасників перевищила більш ніж у три рази. Ми виявили докази помірної якості, що КПТ призводить до більшої ремісії первинних та всіх тривожних розладів, ніж очікування/відсутність лікування в короткостроковій перспективі. Використовуючи консервативні

критерії рандомізованих пацієнтів, ми виявили рівень ремісії 49% для первинного тривожного розладу для КПТ проти 18% для контрольних пацієнтів, які перебувають у списку очікування/не отримують лікування (СШ 5,45, 95% ДІ від 3,90 до 7.60). Хоча це вказує на незначне послаблення ефектів від останнього Кокранівського огляду, це не рідкість, оскільки дослідження накопичуються з часом. Відповідно до останнього огляду, кількість, необхідна для лікування додаткового сприятливого результату (NNTB) з використанням цих консервативних даних рандомізованої групи, становила 3 (95% ДІ від 2.25 до 3.57). Слід зазначити, що перевага КПТ порівняно з контролем очікування/відсутності лікування була показана для всіх результатів після лікування, хоча і з невизначеними доказами через різницю в зменшенні симптомів тривоги, про які повідомляють діти та батьки, та депресивних симптомів, а також обмежені дані, пов'язані з глобальним функціонуванням.

На жаль, незважаючи на загальне збільшення досліджень, залишається відносно невелика кількість досліджень, що порівнюють КПТ з "активним" контролем, і там, де це було зроблено, контрольні групи включали широкий спектр втручань (від невизначеного та варіативного "звичайного лікування" до контролю уваги, а в невеликій кількості випадків лікування, яке може бути достовірно проведено на практиці). Через недостатню кількість даних існували докази низької якості для кожного з цих порівнянь за більшістю результатів. Обнадійливо, що наявні дані вказують на те, що КПТ може бути пов'язана з більш високим рівнем ремісії первинного тривожного розладу та всіх тривожних розладів та більшим зменшенням симптомів тривоги, про які повідомляє дитина, порівняно з контролем уваги. Однак обмежені дані не виявили переваги КПТ порівняно з лікуванням, як зазвичай, за більшістю результатів, або не вказують на перевагу КПТ порівняно з визначеними альтернативними методами лікування. Крім того, ми не змогли порівняти КПТ з медикаментозною терапією або КПТ у поєднанні з медикаментозною терапією та плацебо через відсутність доступних досліджень.

Не дивно, що з огляду на високу частоту контрольних проектів списків очікування, також продовжує існувати лише дуже невелика кількість досліджень, які мали контрольовані результати в довгострокових точках спостереження. Там, де результати після лікування були доступні, дослідження мали неоднозначні результати, але з точки зору ремісії первинного тривожного розладу, поточні результати підтверджують перевагу КПТ порівняно з очікуванням/відсутністю лікування та контролем уваги через шість місяців після лікування. Однак поки що немає доказів того, що ця перевага КПТ продовжується в більш пізні моменти

часу, і не було достатньо даних, щоб визначити, чи є якісь довгострокові переваги проти лікування як звичайного або альтернативного лікування.

Попередні Кокрейнівські огляди з цієї теми включали лише дослідження, в яких брали участь діти віком старше чотирьох років; однак у поточному огляді ми зняли це обмеження, щоб визначити вік наймолодших учасників РКД КПТ щодо дитячих тривожних розладів та дослідити відносні результати для різних вікових груп. Ми виявили дослідження, які включали дітей віком від двох років. Примітно, що дослідження з дітьми молодшого віку, як правило, використовували підхід, очолюваний батьками, в якому батьки отримували підтримку клініциста для впровадження принципів КПТ у повсякденне життя їхньої дитини (наприклад, Cartwright Hatton 2011).

Враховуючи низьку кількість дітей з тривожними розладами, які отримують доступ до доказових методів лікування тривожних розладів (наприклад, Reardon 2020), ми спеціально розглянули результати для підгруп досліджень, класифікованих за кількістю часу контакту з терапевтом. Відносно невелика кількість досліджень включала менше 10 годин часу контакту з терапевтом, що обмежувало обсяг доступних даних. Однак результати первинного тривожного розладу та тривожних симптомів для КПТ порівняно з очікуванням/відсутністю лікування не відрізнялися від більш тривалих методів лікування. Таким чином, наявні в даний час дані свідчать про те, що послуги можуть надавати програми КПТ, які передбачають відносно низький рівень часу контакту з терапевтом без негативного впливу на результати після лікування.

Широкі відмінності між випробуваннями щодо діапазону характеристик дослідження та вибірки обмежують нашу здатність робити чіткі висновки про конкретні формати лікування або вікові групи. Серед порівнянь списків очікування/відсутності лікування ми виявили більш сильні ефекти для КПТ, орієнтованої лише на дитину, ніж втручання, орієнтовані на дитину та батьків і лише на батьків. Однак участь батьків у випробуваннях пов'язана з потенційно суперечливими факторами (наприклад, віком дитини, умовами дослідження), і навіть у дослідженнях КПТ, орієнтованих на дитину, спостерігалася значна неоднорідність результатів та варіативність характеристик дослідження. Дійсно, хоча ми також виявили різницю в результатах між різними віковими групами для КПТ та порівняння списку очікування/відсутності лікування, це відрізнялося залежно від результату і може вказувати на проблеми вимірювання, пов'язані з віком, а не на відмінності в справжніх ефектах. Ми виявили сильніший вплив серед зразків підлітків, ніж зразків дітей або змішаних зразків дітей/підлітків на симптоми тривоги, про які повідомляли діти та батьки, але не з точки зору ремісії первинних або всіх

тривожних розладів. Аналогічну картину ми виявили при розгляді підгруп досліджень на основі того, чи проводили вони КПТ з окремими особами або групами. Наприклад, не було жодних доказів різних результатів щодо результатів діагностики, але результати для групових форматів були сильнішими, ніж для окремих форматів, коли оцінювалися симптоми, про які повідомляли батьки та діти (у списку очікування/без порівняння лікування). Знову ж таки, на ці результати, ймовірно, вплинули різні потенційні фактори, включаючи, наприклад, вік учасників, умови дослідження (наприклад, школа проти клініки) та цільові розлади. Отже, на основі висновків, що стосуються формату лікування, наявна в даний час література не дає чітких та послідовних доказів того, що один формат кращий або гірший за будь-який інший.

Нарешті, ми також вирішили оцінити результати спеціально для дітей з розладами аутистичного спектру (ASD) та інтелектуальними порушеннями. У дванадцяти дослідженнях оцінювали КПТ для лікування тривожних розладів у дітей з розладами аутистичного спектру, зі змішаними результатами порівняння та результатами. Слід зазначити, що чотири дослідження, в яких порівнювали КПТ зі звичайним лікуванням дітей з розладом аутистичного спектру (де "звичайне лікування" зазвичай означало, що учасники могли продовжувати шукати лише альтернативні втручання), виявили постійну перевагу КПТ щодо ремісії первинного тривожного розладу. Однак серед порівнянь списків очікування/відсутності контролю лікування ми знайшли докази користі КПТ лише для симптомів тривоги, повідомлених батьками, а не для симптомів або результатів діагностики, повідомлених дітьми. Жодне РКД не оцінювало ефективність КПТ для лікування тривожних розладів серед дітей з інтелектуальними порушеннями.

Загальна повнота та застосовність доказів

Як і в попередньому Кокрейнівському огляді, майже всі включені дослідження включали учасників обох статей. Хоча в цьому огляді представлено ряд країн, примітно, що вони були майже виключно країнами з високим рівнем доходу (причому дві третини включених досліджень були проведені або в США, або в Австралії).

Хоча загальний вік учасників варіювався від 2 до 18 років, менше 30% досліджень були спеціально зосереджені на дітях віком до 12 років (менше 6% – на дітях віком до 8 років), і менше 20% були спеціально зосереджені на підлітках, більшість з яких включали дітей та підлітків у широких вікових діапазонах. Це ускладнювало висновки на основі конкретного віку дитини.

Ми включили учасників з коморбідними розладами, такими як депресія, інші тривожні розлади, СДУГ та розлади поведінки, що дозволило зробити узагальнені висновки, які, як видається, застосовні до клінічної практики. Однак більшість досліджень проводилися в амбулаторних умовах, причому 41 дослідження проводилися в університетських дослідницьких установах. Ми розглянули інші умови, включаючи первинну медичну допомогу та школи; зокрема, не було проведено жодних досліджень з найтяжчими випадками, які отримують лікування як денне або стаціонарне, що, можливо, є відображенням проблем, пов 'язаних з проведенням випробувань у цих умовах. Незважаючи на постійне зростання досліджень, що оцінюють КПТ для тривожних розладів в цілому, з моменту останнього Кокранівського огляду було проведено кілька додаткових досліджень, орієнтованих на дітей з розладами аутистичного спектру, і відсутність оцінки КПТ для тривожних розладів, включаючи підходи лише для батьків, серед дітей з інтелектуальними порушеннями залишається значним обмеженням.

Важливо зазначити, що ми проводили окремі аналізи для різних діагностичних та дитячих/батьківських звітів; це означало, що з огляду на високий рівень суперечливості у використаних заходах та те, як про них повідомлялося, лише підмножина досліджень була включена в будь-який один аналіз. Найбільш послідовним показником діагностичного результату була ремісія первинного діагнозу (включена приблизно в дві третини порівнянь КПТ проти списку очікування/відсутності лікування), тоді як менше половини досліджень повідомляли про ремісію всіх діагнозів тривожного розладу. У деяких дослідженнях не повідомлялося про ремісію тривожних розладів жодним із цих способів, натомість, наприклад, повідомлялося про ремісію з певних груп діагнозів або зміни загальної кількості різних діагнозів. Як наслідок, ці дослідження не були включені в наш аналіз діагностичних результатів. Аналогічним чином були виявлені відповідні дослідження, які не надали даних щодо жодного з цільових результатів і тому не були включені в огляд (наприклад, Baer 2005; Flatt 2010; NCT00576719).

Обнадійливо, що докази прийнятності КПТ були узгодженими між порівняннями, без різниці в кількості учасників КПТ, які були збережені для оцінки після лікування, порівняно з кожною з контрольних груп. Однак важливо визнати, що показники виснаження можуть частково відображати прийнятність дослідницького процесу, а альтернативні показники прийнятності (наприклад, сприйняття учасниками втручання) не оцінювалися в цьому огляді.

Як і в попередніх Кокранівських оглядах КПТ для дитячих тривожних розладів, кількість подальших досліджень залишається дуже

обмеженою (чотири дослідження повідомили про наш основний результат при подальших оцінках), що ускладнює висновки про середньо- та довгострокові переваги КПТ. Наявні результати контрольованих досліджень свідчать про наявність доказів того, що КПТ забезпечує перевагу над очікуванням/відсутністю лікування через шість місяців після лікування, але наразі немає доказів на підтримку довгострокових переваг. Однак нещодавнє мультимодальне дослідження дитячої/підліткової тривожності (CAMS) підкреслює важливість даних контрольованих результатів при довгостроковому спостереженні, ґрунтуючись на їх висновках про те, що понад дві третини пацієнтів, які продемонстрували початкові результати лікування, рецидивували протягом наступних чотирьох років (Ginsburg 2018).

Основним недоліком, виявленим в ході досліджень, була відсутність систематичного повідомлення про побічні ефекти. Про жодні побічні ефекти не повідомлялося у всіх дослідженнях; однак у невеликій кількості досліджень, де було зроблено будь-яке посилання на побічні ефекти, не було зрозуміло, що вони систематично контролювалися. Це питання не обмежується випробуваннями КПТ для дитячих тривожних розладів; наприклад, Duggan 2014 повідомив, що жодне з 72 випробувань психологічних втручань, розглянутих у їх систематичному огляді, не згадувалося про виникнення побічних ефектів у своєму остаточному звіті, незважаючи на визнання того, що психологічні методи лікування можуть мати ряд негативних наслідків (Barlow 2010).

Враховуючи обмежені дані щодо звичайного лікування, контролю уваги та порівняння альтернативного лікування, не всі аналізи були можливими у всіх порівняннях, і багато наших аналізів у підгрупах були обмежені порівняннями списків очікування/відсутності лікування.

Якість свідчень

Цей огляд включав 87 досліджень у кількісному синтезі з досить великою кількістю учасників дослідження (n = 5964). Як зазначалося вище, ми розрізняли вихідні та вихідні показники, використовуючи жорсткі критерії, щоб переконатися, що ми порівнюємо подібне з подібним, наскільки це можливо. Наприклад, ми розрізняли ремісію при первинному тривожному розладі та ремісію всіх тривожних розладів, а також вибрали показники симптомів, про які повідомлялося найбільш послідовно, визначаючи пріоритетність показників симптомів широкої тривоги, де це можливо.

Ми оцінили доказові дані як середньої або низької якості за результатами порівняння. Існували послідовні докази користі КПТ порівняно з контрольною групою очікування/без лікування, але з помірною

та значною неоднорідністю результатів, що знижує впевненість у результатах. Ми оцінювали доказові дані щодо КПТ порівняно з звичайним лікуванням, контролем уваги та альтернативними методами лікування переважно як низьку якість, в першу чергу через обмежену кількість наявних даних.

Ми відзначили методологічні недоліки в деяких дослідженнях, хоча це, як правило, відображало неадекватну звітність, а не докази високого ризику упередженості, і було більш поширеним серед старих досліджень. Засліплення учасників неможливе в дослідженнях психологічних втручань, що є очевидним потенційним джерелом упередженості; однак оцінки, як правило, проводилися всліпу. Тим не менш, ми виявили подібні результати, коли видалили дослідження зі слабкими сторонами, пов'язаними з розподілом та засліпленням, що підтверджує надійність результатів.

Враховуючи збільшення кількості досліджень, доступних з моменту попередніх оглядів, ми скористалися можливістю для більш суворого підходу до наших критеріїв включення. Ми включили лише дослідження з надійними процедурами рандомізації та виключили дослідження, включені в інші огляди, де, наприклад, діти, які можуть вважатися групою ризику, були автоматично включені до групи втручання (наприклад, Nauta 2003). Однак ми включили дослідження, в яких оціночні точки відрізнялися між групами лікування, і в деяких випадках період між рандомізацією та оцінкою був вдвічі довшим у групі втручання порівняно з контрольною групою (наприклад, Fujii 2013; Kendall 1994; Kendall 1997), що явно вводить потенціал для значної систематичної помилки. Терміни оцінки після лікування (оцінка, найближча до кінця лікування) також варіювалися в різних дослідженнях.

Були виявлені ознаки упередженості публікації (асиметричний графік воронки, тест значущості Еггера та графік контурної воронки), з помітною відсутністю несуттєвих досліджень як для КПТ, так і для контрольного списку очікування/без лікування. Це область, яка широко обговорювалася і залишається значною сферою занепокоєння при інтерпретації результатів мета-аналізів, оскільки цілком ймовірно, що за відсутності опублікованих негативних випробувань будь-яка оцінка ефективності втручання (у цьому випадку КПТ), ймовірно, буде завищена. Ми вітаємо заклик до журналів публікувати негативні випробування, а до головних дослідників усіх зареєстрованих випробувань публікувати результати, особливо негативні, в Інтернеті протягом встановленого часу до дати закінчення випробувань.

Потенційні упередження в процесі перевірки

Ми змогли отримати всі посилальні статті; ми шукали сіру літературу та списки посилань; і зв'язалися з провідними дослідниками в цій галузі. Ми також включили дослідження, які не були англійською мовою. Однак мета-аналізи обмежені надійністю будь-якого методу пошуку. Електронний пошук був ретельним і великим за масштабами з широкими параметрами. Слід зазначити, що з моменту останнього Кокранівського огляду з цієї теми ми розширили певні параметри, наприклад, зняли обмеження на мінімальну кількість сеансів, мінімальний вік дитини та включили КПТ, що проводиться через батьків. Тим не менш, є деякі обмеження щодо перегляду. Наприклад, хоча ми встановили досить широке визначення "когнітивно-поведінкової терапії", деякі дослідження були виключені, коли опис втручання не включав всі основні заявлені компоненти КПТ, незважаючи на те, що лікування виглядає схожим у багатьох відношеннях (наприклад, терапія соціальної ефективності; Beidel 2000; Beidel 2007; поведінкова терапія; Rudy 2017; Storch 2019), і цілком можливо, що короткі описи методів лікування, надані в статтях, можуть не повністю відображати, як лікування здійснюється на практиці. Ми також потребували певного індивідуального лікування, і тому не включали втручання КПТ, що проводилися онлайн або виключно по телефону, незважаючи на те, що ці втручання часто були дуже схожими за змістом. Дійсно, є докази, що підтверджують ефективність цих дистанційно реалізованих підходів (наприклад, Lyneham 2006; Pennant 2015).

Аналіз досліджень з трьома групами – КПТ у двох форматах порівняно з контролем листа очікування або активним контролем – є проблематичним, оскільки подвійний підрахунок будь-якої групи є неправильним. Ми обрали консервативний підхід до управління цим шляхом поділу контрольних зразків на дві рівні половини між групами КПТ; однак це означає, що в цих випадках відношення шансів та довірчі інтервали виявляються меншими, незважаючи на показники відновлення, подібні до тих, що були знайдені в інших дослідженнях (наприклад, Flannery Schroeder 2000; Thirlwall 2013). Ми також визначили пріоритетність аналізу рандомізованих пацієнтів та прийняли консервативний підхід, при якому вибуття в групі лікування розглядалося так, ніби учасник не одужав, але вибуття в контрольній групі розглядалося як одужання. Цей консервативний підхід може мати недооцінені ефекти лікування; не дивно, що ефекти лікування були більшими в подальших аналізах. Хоча ми застосовували суворий підхід до заходів, які були включені (лише з використанням конкретних показників симптомів тривоги, а не, наприклад, комбінованих показників емоційних та поведінкових симптомів), і визначили пріоритетні широкі показники

симптомів тривоги для сприяння послідовності, це, можливо, постало в невигідне становище для досліджень, які були зосереджені на лікуванні конкретних розладів, де до цілі лікування може застосовуватися лише підмножина пунктів на широкому рівні.

Співпадіння та розбіжності з іншими дослідженнями або оглядами. За цією темою було проведено два попередніх Кокрейнівських огляди. Перший огляд визначив 18 досліджень з 498 учасниками та 311 особами з контрольної групи та виявив частоту відповіді на ремісію будь-якого показника діагностики тривоги з використанням аналізу ITT 56% для КПТ проти 28,2% для контрольної групи з NNTB 3,0 (95% ДІ від 2,5 до 4,5) (James 2005). Другий огляд визначив 41 дослідження з 1806 учасниками, з частотою ремісії будь-якого показника тривожного розладу 58,9% для КПТ проти 16% для списку очікування (James 2015). У поточному огляді ми виявили подальше істотне збільшення досліджень, включаючи 81 дослідження з 5964 учасниками. Ми внесли ряд змін, особливо розрізняючи ремісію первинного тривожного розладу та ремісію всіх тривожних розладів; однак результати були досить узгодженими: 49,4% учасників не мали первинного тривожного розладу після КПТ (проти 17,8% для контрольних списків очікування), а 46,8% не мали всіх тривожних розладів (проти 19,1% для контрольних списків очікування). Важливо зазначити, що дослідження, які представляють ремісію на основі первинного діагнозу та всіх діагнозів тривоги, лише частково перекриваються, тому ці результати не слід порівнювати безпосередньо. Незважаючи на відмінності в показниках результатів та наші більш широкі критерії включення для форматів КПТ, тривалості та віку учасників, NNTB був послідовним при NNTB = 3 у всіх трьох Кокрейнівських оглядах. Ці ефекти узгоджуються з іншими мета-аналізами КПТ при тривожних розладах у дітей та молоді (наприклад, Cartwright-Hatton 2004; Compton 2004; Reynolds 2012; Seligman 2011; Silverman 2008; Wang 2017; Warwick 2016).

Наші результати також узгоджуються з попередніми оглядами з точки зору обмежених наявних даних для порівняння з лікуванням як звичайним/альтернативним (наприклад, Wang 2017). Дійсно, як і інші, ми дійшли висновку, що немає чітких доказів переваги КПТ перед звичайним лікуванням або лікуванням, яке могло б достовірно використовуватися в умовах психічного здоров'я. Однак ми знайшли більш послідовні докази переваги КПТ над контролем уваги, хоча наявні дані все ще обмежені.

Однак наші висновки відрізнялися від висновків недавнього мережевого мета-аналізу психотерапії тривожних розладів у дітей та молодих людей, який дійшов висновку, що групова КПТ була більш

ефективною, ніж інші форми психотерапії (включаючи інші формати КПТ, включені до цього огляду) (Zhou 2019). Слід зазначити, що цей мережевий мета-аналіз розглядав результати на основі опитувальників симптомів (визначення пріоритетності самозвіту дитини). Дійсно, коли ми розглядаємо наші аналізи підгруп, серед порівнянь списків очікування/відсутності лікування, ми також виявили сильніший вплив групової КПТ, ніж індивідуальної КПТ, на симптоми тривоги, про які повідомляють діти та батьки; однак ми не виявили суттєвих відмінностей між цими підгрупами на основі нашого первинного результату (ремісія діагнозу первинної тривоги) або на наш інший діагностичний результат (без будь-яких діагнозів тривоги). Крім того, дослідження, які відрізнялися за форматом проведення лікування, також відрізнялися за низкою інших характеристик, які, ймовірно, будуть пов'язані з результатом (включаючи відмінності в умовах дослідження, популяції та характері показників результатів). Наприклад, більшість (5 з 7) досліджень, в яких повідомлялося лише про вимірювання симптомів розладу, були дослідженнями, які оцінювали лікування, проведене в групах, тому відмінності між групою та окремими форматами можуть відображати проблему вимірювання, а не справжню різницю в розмірах ефекту. Таким чином, ми не вважаємо, що докази забезпечують чітку та послідовну підтримку групової КПТ, яка має перевагу над іншими форматами доставки.

Такий самий висновок стосується проведення лікування з дітьми, дітьми та батьками або тільки з батьками. Як і попередні огляди (наприклад, Breinholst 2012; Reynolds 2012; Silverman 2008), ми не знайшли чітких доказів переваги будь-якого з цих форматів надання терапії. Хоча ми виявили найсильніші ефекти для КПТ, орієнтованої на дитину, серед порівнянь списків очікування/відсутності лікування, серед досліджень КПТ, орієнтованих на дитину, були значні відмінності в результатах, а підгрупи надання лікування також часто відрізнялися за іншими ключовими характеристиками дослідження та вибірки (наприклад, вік дитини, стан, супутні захворювання, тривалість лікування). Примітно, що було відносно мало досліджень, які проводили лікування лише через батьків, і вони, як правило, були більш недавніми дослідженнями і включали дітей молодшого віку, ніж дослідження, які використовували підхід лише для дитини або для дитини та батьків.

Там, де було достатньо досліджень, ми, як правило, знаходили досить послідовні результати незалежно від того, чи мали діти в дослідженнях ASD чи ні, підтверджуючи докази з попередніх мета-аналізів, які свідчать про те, що КПТ може бути ефективним лікуванням тривоги для дітей з ASD (наприклад, Perihan 2019; Ung 2015).

Слід зазначити, що останні огляди свідчать про те, що залучення батьків може бути особливо важливим для лікування дитячих тривожних розладів в контексті розладів аутистичного спектра, і що довгострокові втручання були пов'язані з більшими ефектами (Perihan 2019). Ці питання виходять за рамки поточного огляду; однак, слід зазначити, що жоден з цих наборів висновків не був відтворений у нашій ширшій вибірці, підкреслюючи необхідність розгляду конкретних умов, необхідних для оптимізації підходів до КПТ серед конкретних підгруп дітей та молоді з тривожними розладами.

Перейти

Висновки авторів

Практичне значення

Цей огляд підкріплює висновки з попередніх оглядів, які свідчать про те, що когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є більш ефективною для поліпшення діагностичних результатів у короткостроковій перспективі, ніж лист очікування або відсутність лікування. Перевага КПТ порівняно з очікуванням/відсутністю лікування очевидна в цілому ряді інших короткострокових результатів, хоча відмінності в результатах або обмежені наявні дані, або і те, і інше, знижують впевненість у цих результатах. Чітких і послідовних доказів відмінностей між форматами індивідуальної, групової та батьківської/сімейної КПТ як і раніше бракує. Наявні докази низької якості підтверджують перевагу КПТ порівняно з контролем уваги, але доказова база залишається невеликою, і продовжують існувати недостатні та всеохоплюючі докази того, що КПТ перевершує як звичайне, так і альтернативне лікування.

Фармакологічні втручання, як правило, не рекомендуються як лікування першої лінії через переваги пацієнтів (наприклад, Brown 2007), відносно високі показники виснаження та занепокоєння щодо потенційних побічних ефектів (Wang 2017). Однак ми дуже мало знаємо про порівняльну ефективність фармакологічних втручань та КПТ, при цьому докази все ще обмежуються одним, хоча і великим, багатоцентровим дослідженням (Walkup 2008). Очевидно, що необхідна подальша робота для керівництва практикою щодо обставин, за яких фармакологічні підходи можуть бути найбільш прийнятними та ефективними для лікування тривожних розладів у дітей та молоді.

Основним викликом для клінічної практики є дуже обмежений доступ дітей з тривожними розладами до доказових психологічних втручань, таких як КПТ. У нещодавньому дослідженні лише 2% дітей з тривожними розладами, виявленими в громаді в Англії, отримували КПТ (Reardon 2020). Ці результати узгоджуються з попередніми дослідженнями,

що вказують на низькі показники використання послуг у Великобританії, Австралії та США (Green 2004; Lawrence 2015; Merikangas 2011). Важливим для цього клінічного завдання є наш висновок про те, що в даний час немає доказів відмінностей у результатах на основі часу контакту з терапевтом, при цьому подібні ефекти досягаються, коли терапевти надають менше 10 годин клінічного контакту порівняно з більш високою кількістю клінічного контакту з точки зору ремісії первинного тривожного розладу та симптомів тривоги, про які повідомляють діти та батьки. Слід зазначити, що результати були менш сильними з точки зору ремісії всіх тривожних розладів; однак, є дані, які свідчать про те, що переваги можуть бути узагальнені на інші розлади після закінчення (короткого) лікування (наприклад, Ollendick 2010). Ці висновки вказують на те, що доступ можна покращити шляхом надання покрокових моделей надання допомоги, в яких відносно короткі втручання пропонуються як підхід першої лінії, а більш інтенсивні втручання зберігаються для тих, хто їх потребує (Bower 2005). Нещодавня систематична оцінка покрокового лікування дитячих тривожних розладів надала багатообіцяючі докази переваг покрокового підходу до догляду з точки зору економії клінічного часу та зменшення соціальних витрат (Chatterton 2019).

Наслідки для досліджень

Наразі існує достатньо доказів, щоб зробити висновок, що КПТ є ефективним засобом лікування тривожних розладів у дітей та молодих людей порівняно з списками очікування/відсутністю лікування.

У ряді оглядів було зроблено висновок, що в цілому близько 50% дітей та молодих людей відновлюються після первинного тривожного розладу після курсу КПТ, але все ще дуже мало відомо про те, як ці результати можуть бути покращені та що потрібно іншим 50% пацієнтів. Необхідно краще зрозуміти, що таке основні механізми ефективних втручань і як вони змінюються залежно від індивідуальних особливостей або контекстів. Наприклад, наразі дуже мало відомо про те, як найкраще проводити лікування відповідно до віку та стану розвитку дитини, наявності супутніх захворювань або характеру пережитих тривожних розладів. Майже три чверті досліджень у цьому огляді включали дітей з широким спектром тривожних розладів, а ті, які зосереджувалися на конкретних розладах, були поширені в дослідженнях, наприклад, соціального тривожного розладу, селективного мутизму, панічного розладу, генералізованого тривожного розладу та специфічної фобії, тим самим обмежуючи нашу здатність робити тверді висновки про будь-який конкретний підхід до будь-якого конкретного розладу, не кажучи вже про те, як це може змінюватися залежно, наприклад, від віку дитини. Більші

дослідження, які є достатньо потужними для вивчення предикторів, посередників та модераторів результатів лікування, тепер необхідні для визначення того, як покращити результати лікування та розробити більш персоналізовані моделі надання допомоги.

Мета-аналіз індивідуальних даних пацієнтів може бути корисним, щоб допомогти нам краще зрозуміти велику неоднорідність результатів дослідження; однак значущі висновки будуть ґрунтуватися на чітких та послідовних звітах у всіх дослідженнях, щоб дані можна було зв 'язати розумними способами. У цьому огляді ми зосередилися на ремісії первинних та всіх діагнозів тривоги, але ряд досліджень були виключені з цих аналізів, оскільки вони повідомляли про інші види даних з діагностичних оцінок. Це питання було висвітлено в недавньому документі з позицією, в якому викладено ряд рекомендацій щодо звітності та термінології для сприяння більшій послідовності у майбутньому (Creswell 2020). Важливо відзначити ряд інших областей, де ця галузь виграє від більшої чіткості та послідовності у звітності дослідників. Наприклад, при звичайному лікуванні не завжди було зрозуміло, з чого насправді складається «звичайне лікування» і якою мірою воно відрізняється від індексного лікування або контролю без лікування. Дійсно, класифікація формату будь-якого лікування зазвичай спиралася лише на короткий опис, що могло призвести до помилкових висновків. Ми закликаємо дослідників добре використовувати додаткові матеріали в Інтернеті, щоб забезпечити чіткий опис змісту та формату втручань, використовуючи послідовну термінологію (Creswell 2020).

Як і раніше, бракує доказів того, що КПТ перевершує інші надійні альтернативні методи лікування, тому буде важливо визначити, якими є основні компоненти ефективних методів лікування, наприклад, за допомогою експериментальних досліджень та досліджень з демонтажу лікування (наприклад, Whiteside 2015), щоб можна було оптимізувати результати та націлити лікування на максимізацію їх ефективності. Потрібні прямі порівняння різних активних (і достовірних) втручань, але вони неминуче потребуватимуть більших розмірів вибірки, оскільки їх потрібно буде налаштувати для виявлення менших ефектів, ніж ті, які виявляються при порівнянні списків очікування/відсутності лікування; однак ці конструкції також дозволять дослідженням порівнювати довгострокові результати між групами. Враховуючи ризики для довгострокового коригування тривожних розладів у дитячому та підлітковому віці, контрольовані дослідження з довгостроковими результатами мають важливе значення для забезпечення оптимальної підтримки життєвих траєкторій дітей шляхом раннього втручання.

Як зазначалося вище, розширення доступу до ефективних методів лікування є нагальним викликом для нашої галузі, і важливо, щоб дослідження розглядали доступність лікування та економічну ефективність у майбутньому. У цьому огляді ми не розглядали результати з точки зору економічної ефективності; однак зрозуміло, що на сьогоднішній день дуже мало досліджень брали до уваги економічну ефективність при оцінці КПТ для дитячих тривожних розладів. Ми очікуємо, що дані про економічну ефективність матимуть помітний вплив на клінічні наслідки, які можна отримати з наявних доказів, особливо з огляду на наш висновок про те, що час контакту з лікарем, схоже, не пов'язаний з результатом лікування. Аналогічним чином, часто вважається, що групове лікування може бути економічно ефективним; однак це не було підтримано при оцінці в інших контекстах (наприклад, Mavranezouli 2015), і деякі групові методи лікування, визначені в цьому огляді, включали дуже високий рівень залучення терапевта та підтримуваних заходів. Майбутні дослідження виграють від включення аналізу ефективності витрат та врахування витрат та переваг як для служби охорони здоров'я, так і для суспільства в цілому, включаючи витрати, пов'язані з самою дитиною та членами сім'ї, на роботу та домашнє життя яких часто сильно впливають проблеми дитячої тривоги (наприклад, Bodden 2008).

Нарешті, було прикро бачити, що, хоча кількість досліджень, що оцінюють КПТ для дитячих тривожних розладів, суттєво зросла, вони не поширилися на дітей у країнах з низьким або середнім рівнем доходу, дітей з інтелектуальними вадами або фізичними захворюваннями, найбільш сильно постраждалих дітей у стаціонарних умовах, і все ще дуже мало досліджень, які зосереджені конкретно на маленьких дітях або (вражаюче враховуючи поширеність тривожних розладів) підлітках.

Перейти

Нове

Дата	Подія	Опис
Листопад, 2020 р.	Виконано новий пошук	Цей Кокранівський огляд замінює Кокранівський огляд "Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів у дітей та підлітків", опублікований у 2015 році (James 2015).

Відкрити в окремому вікні
Перейти:

Історія
Протокол вперше опубліковано: Випуск 10, 2018
Огляд вперше опубліковано: Випуск 11, 2020

Перейти:

Слова вдячності

Оксфордський фонд охорони здоров’я NHS Trust, Guy’s and St Thomas’ NHS Foundation Trust, Національний інститут досліджень охорони здоров’я (NIHR), Університет Редінга та Оксфордський університет надали підтримку авторам огляду для завершення цього огляду.

Ми надзвичайно вдячні Кокрейнівській групі з поширених психічних розладів (CCMD) за їх керівництво, і, зокрема, Сарі Доусон (спеціалісту з інформації CCMD) за її внесок.

Автори та редакційна група Cochrane Common Mental Disorders вдячні рецензентам протоколу та Copy Edit Support за їхній час та коментарі. Серед рецензентів були: Джорджина Кокс, Ліна Гега, Девід Маршалл, Рут Сіммондс та Гілл Уорті.

Визнання фінансування групи Кокранівського огляду: NIHR є найбільшим єдиним спонсором Кокранівських поширених психічних розладів.

Висловлені погляди є поглядами автора (авторів), а не обов'язково поглядами NHS, NIHR або Департаменту охорони здоров'я та соціальної допомоги.

Перейти:

Додатки

Перейти:

Додаток 1. Ієрархія вимірювань симптомів тривоги

1. Дитяча шкала тривоги Спенса (SCAS) (версії звіту для дітей/батьків) або похідні від SCAS, включаючи переглянуту дитячу шкалу тривоги та депресії (RCADS) (версії звіту для дітей та батьків), Шкала тривоги та дошкільна шкала тривоги (звіт для батьків).

2. Багатовимірна шкала тривоги для дітей (MASC) (версії звіту для дітей та батьків).

3. Скринінг розладів, пов'язаних з дитячою тривогою (FARS) (версії звіту для дитини та батьків).

4. Шкала ревізії дитячої тривожності (RCMAS).

5. Перелік станів та ознак тривожності для дітей (STAIC) - Шкала ознак.

6. Опитувальник симптомів у дітей та підлітків (Child and Adolescent Symptom Inventory‐4) - Шкала тривожності при розладах аутистичного спектру.

Відкрити в окремому вікні

Перейти:

Додаток 2. Кокрейнівський реєстр контрольних досліджень поширених психічних розладів (CCMDCTR)

Кокрейнівський реєстр контрольних досліджень поширених психічних розладів (CCMDCTR)

Кокрейнівські поширені психічні розлади (CCMD) ведуть два архівні реєстри клінічних випробувань на своїй редакційній базі в Йорку, Великобританія: реєстр посилань та реєстр на основі досліджень. Реєстр посилань CCMDCTR містить понад 40 000 повідомлень про RCTs при депресії, тривожності та неврозах. Приблизно 50% цих посилань були позначені як окремі закодовані дослідження. Кодовані випробування проводяться в Реєстрі досліджень CCMDCTR, а записи пов'язані між двома реєстрами за допомогою унікальних тегів ID дослідження. Кодування випробувань базується на посібнику з кодування EU-PSI, з використанням контрольованої лексики; (для отримання додаткової інформації зверніться до фахівців з інформації CCMD). Звіти про

випробування для включення до реєстрів Групи зіставляються з рутинних (щотижневих), загальних пошуків Medline (1950-2016), Embase (1974-2016) та PsycINFO (1967-2016); щоквартальних пошуків у Кокранівському центральному реєстрі контрольованих випробувань (CENTRAL) та оглядових пошуків додаткових баз даних. Звіти про випробування також надходять з міжнародних реєстрів випробувань через портал випробувань Всесвітньої організації охорони здоров'я (Міжнародна платформа реєстру клінічних випробувань (ICTRP)), фармацевтичні компанії, ручний пошук ключових журналів, матеріали конференцій та інші (не Кокрейнівські) систематичні огляди та мета-аналізи.

Детальну інформацію про загальні стратегії пошуку CCMD (які використовуються для ідентифікації РКД) можна знайти на веб-сайті Групи (cmd.cochrane.org/specialized-register) з прикладом основного пошуку Medline (який використовується для інформування реєстру), перерахованим нижче. Спеціалізований реєстр Групи застарів після переїзду Редакційної групи з Брістоля до Йорка влітку 2016 року.

Основна стратегія пошуку, що використовується для інформування Спеціалізованого реєстру Кокранівської групи з поширених психічних розладів: OVID Medline (до червня 2016 р.). Тижневе сповіщення про пошук на основі лише стану + фільтра RCT

1. [Заголовки MeSH]: розлади харчової поведінки/ або нервова анорексія/ або розлад переїдання/ або нервова булімія/ або синдром тріади спортсменки/ або піка/ або гіперфагія/ або булімія/ або самопошкоджуюча поведінка/ або самопошкодження/ або самогубство/ або суїцидальні думки/ або самогубство, спроба/ або розлади настрою/ або афективні розлади, психотичний/ або біполярний розлад/ або циклотимічний розлад/ або депресивний розлад/ або депресія, післяпологовий/ або депресивний розлад, великий/ або депресивний розлад, стійкий до лікування/ або дистимічний розлад/ або сезонний афективний розлад/ або невротичні розлади/ або депресія/ або розлади адаптації/ або EXP антидепресивні засоби/ або тривожні розлади/ або агорафобія/ або нейроциркуляторна астенія/ або обсесивно-компульсивний розлад/ або обсесивне накопичення/ або панічний розлад/ або фобічні розлади/ або стресові розлади, травматичні/ або розлади внаслідок бойових дій/ або стресові розлади, посттравматичні/ або стресові розлади, травматичний, гострий/ або тривожний/ або тривожний, кастраційний/ або коро/ або тривожний, відокремлений/ або панічний/ або EXPE антитригові засоби/ або соматоформні розлади/ або дисморфні розлади/ або конверсійний розлад/ або гіпохондріоз/ або неврастенія/ або істерія/ або синдром Мюнхгаузена за проксі/ або синдром Мюнхгаузена/ або синдром втоми, хронічний синдром/ або нав 'язлива поведінка/ або компульсивна поведінка/ або поведінка, адиктивні/ або розлади контролю над імпульсами/ або поведінка, що викликає пожежу/ або азартні ігри/ або трихотиломанія/ або стрес, психологічне/або вигорання, професійні/ або сексуальні дисфункції, психологічний/ або вагінізм/ або ангедонія/ або афективні симптоми/ або *психічні розлади/

2. *[Ключові слова назви/ автора]:* (eating disorder* or anorexia nervosa or bulimi* or binge eat* or (self adj (injur* or mutilat*)) or suicide* or suicidal or parasuicid* or mood disorder* or affective disorder* or bipolar i or bipolar ii or (bipolar and (affective or disorder*)) or mania or manic or cyclothymic* or

depression or depressive or dysthymi* or neurotic or neurosis or adjustment disorder* or antidepress* or anxiety disorder* or agoraphobia or obsess* or compulsi* or panic or phobi* or ptsd or posttrauma* or post trauma* or combat or somatoform or somati#ation or medical* unexplained or body dysmorphi* or conversion disorder or hypochondria* or neurastheni* or hysteria or munchausen or chronic fatigue* or gambling or trichotillomania or vaginismus or anhedoni* or affective symptoms or mental disorder* or mental health).ti,kf.3. *[RCT filter]:* (controlled clinical trial.pt. or randomized controlled trial.pt. or (randomi#ed or randomi#ation).ab,ti. or randomly.ab. or (random* adj3 (administ* or allocat* or assign* or class* or control* or determine* or divide* or distribut* or expose* or fashion or number* or place* or recruit* or subsitut* or treat*)).ab. or placebo*.ab,ti. or drug therapy.fs. or trial.ab,ti. or groups.ab. or (control* adj3 (trial* or study or studies)).ab,ti. or ((singl* or doubl* or tripl* or trebl*) adj3 (blind* or mask* or dummy*)).mp. or clinical trial, phase ii/ or clinical trial, phase iii/ or clinical trial, phase iv/ or randomized controlled trial/ or pragmatic clinical trial/ or (quasi adj (experimental or random*)).ti,ab. or ((waitlist* or wait* list* or treatment as usual or TAU) adj3 (control or group)).ab.)4. (1 and 2 and 3)Records are screened for reports of RCTs within the scope of the Cochrane Common Mental Disorders Group. Secondary reports of RCTs are tagged to the appropriate study record.Similar weekly search alerts are also conducted on OVID Embase and PsycINFO, using relevant subject headings (controlled vocabularies) and search syntax, appropriate to each resource.

Подібні щотижневі сповіщення про пошук також проводяться на OVID Embase та PsycINFO, використовуючи відповідні тематичні заголовки (контрольовані словники) та синтаксис пошуку, відповідні кожному ресурсу.

Стратегія пошуку для цього огляду. Пошук CCMDCTR для цього огляду здійснювався за такими термінами:

CCMDCTR‐Studies (all years up to June 2016)#1 (anxiety or anxious or phobi* or agoraphobi* or panic or mutism or "school refusal") and STUDY:CRSTYPE and INSEGMENT#2 behavio* or cognitive or counsel* or train* or therap* or psychotherap* and STUDY:CRSTYPE and INSEGMENT#3 (child* or adolescent*) and STUDY:CRSTYPE and INSEGMENT#4 (#1 or #2 or #3)CCMDCTR‐References (all years up to June 2016)[Outcomes]#1 (ADIS‐C* or ADIS‐P* or DISCAP or SCARED or SCAS or RCADS or RCMAS or MASC or CBCL or STAI‐C or SPAI‐C or SAS‐A) AND INSEGMENT[Condition]#2 (“anxiety disorder*” or agoraphobi* or “generalized anxiety” or “generalised anxiety” or GAD or (separation near2 anxiety) or (social near2 anxi*) or (social near2 phobi*) or phobi* or panic or mute* or mutism or (school near2 refus*)) AND INSEGMENT#3 ((infant* or child* or adolesc* or pediatric* or paediatric* or teen* or young* or youth or school* or preschool*) near2 anxi*) AND INSEGMENT#4 (anxiety. and (autism or autistic or “child development disorder*”)) AND INSEGMENT#5 (anxiety or panic or phobi* or agoraphobi*):ti AND INSEGMENT[Intervention]#6 ((ACCEPTANCE and COMMITMENT) or “ANXIETY MANAGEMENT” or “BEHAVIOUR MODIFICATION” or “BEHAVIOR MODIFICATION” or “BEHAVIOURAL MODIFICATION” or “BEHAVIORAL MODIFICATION” or BIBLIOTHERAPY or “COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY“ or “COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY“ or “COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY“ or “COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY“ or “COGNITIVE THERAPY“ or “COGNITIVE TECHNIQUES” or “COGNITIVE RESTRUCTURING” or COUNSELING or (PSYCHOTHERAPY near2 GROUP) or “FAMILY THERAPY” or “GROUP THERAPY” or MINDFULNESS or “PLAY THERAPY” or PSYCHODRAMA or PSYCHOTHERAPY or “RATIONAL EMOTIVE THERAPY” or RELAXATION or “ROLE PLAYING” or “SENSITIVITY TRAINING” or

BIBLIOTHERAPY or “SELF CONTROL”):emt,mh,kw,ky AND INSEGMENT#7 (CBT or CBGT* or bCBT or b‐CBT or GPDCBT or GPD‐CBT) AND INSEGMENT#8 ((cogniti* or behavio*) near3 (counsel* or intervention or therap* or psychotherap* or training or treatment or technique* or restructur* or defusion)):ti,ab AND INSEGMENT#9 (“rational emoti*” or (problem* near2 (focus* or sol*)) or psychoeducat* or “role play*” or schema* or “self‐control*” or “self control*”):ti,ab AND INSEGMENT#10 (((psychotherap* or therap*) near3 (commitment or acceptance)) or ((self* or stress*) near3 (control or analysis or direct* or esteem or help or instruct* or manage*))):ti,ab AND INSEGMENT#11 ((attribution* or reattribution*) near3 (therap* or psychotherap*)):ti,ab AND INSEGMENT#12 (mindfulness* or “third wave” or experiential or (behavio* near3 (activation or modification)) or (thought* near3 suppress*) or rumination):ti,ab AND INSEGMENT#13 (“anxiety manag*” or “confidence building” or “coping skills” or “exposure therapy” or “exposure task*” or psychoeducat* or psycho‐educat* or relaxation or “sensitivity training” or “self talk” or (social near2 (coach* or skill* or effectiveness))):ti,ab AND INSEGMENT#14 ((controlling or overcoming) near2 (anxiety or panic or phobi* or agoraphobi* or shyness)):ti,ab AND INSEGMENT#15 (child* near2 (cent* or deliver* or focus*) adj2 (counsel* or intervention* or program* or psychotherap* or therap* or train* or treat*)):ti,ab AND INSEGMENT#16 ((parent* or guardian*) near2 (cent* or deliver* or focus*) adj2 (counsel* or intervention* or program* or psychotherap* or therap* or train* or treat*)):ti,ab AND INSEGMENT#17 ((individually or group or conjoint or family) near2 (counsel* or intervention* or program* or psychotherap* or therap* or train* or treat*)):ti,ab AND INSEGMENT[Age Group]#18 (infant* or child* or adolesc* or paediatr* or pediatr*):emt,mh,kw,ky,so AND INSEGMENT#19 (infant* or child* or boy* or girl* or kids or juvenil* or minors or paediatric* or pediatric* or adolesc* or preadolesc* or pre‐adolesc* or pubert* or pubescen* or prepube* or pre‐pube* or teen* or (young next (survivor* or offender* or minorit*)) or youth* or school* or preschool* or nurser* or kindergarten):ti,emt,mh,kw,ky AND INSEGMENT#20 (#2 OR #3 OR #4 OR #5) [Condition]#21 (#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17) [Intervention]#22 (#18 OR #19) [Age Group]#23 (#20 AND #21 AND #22)#24 ((anxi* or phobi* or agoraphobi* or panic) and (effectiveness or efficacy or evaluat* or intervention or program* or train* or treat* or prevent* or therapy

or psychotherapy or trial or study) and (infant* or child* or adolesc* or paediatric* or pediatric* or teen* or young* or youth or school* or preschool*)):ti AND INSEGMENT#25 (#24 AND #21)#26 (#1 OR #23 OR #25)#27 ((OCD or obsessive compulsive or PTSD or posttraumatic stress disorder* or post‐traumatic stress disorder*) not (anxi* or phobi* or agoraphobi* or panic)):ti AND INSEGMENT#28 (#26 not #27)#29 ((pregnan* or "post natal" or postnatal* "post partum" or postpartum) not (adolesc* or teen* or young* or youth*)):ti AND INSEGMENT#30 (#28 not #29)#31 (“Coping Cat” or “Cool Kids” or “Coping Koala” or “Face your Fear” or “Face your Fears” or “Facing your Fear” or “Facing your Fears” or (“Multimodal Anxiety” and “Social Skills”) or (Academic and Skills and ”Social Success”) or (Intervention near adolesc* near “Social Phobia”) or BIACA or IAFS or MASSI or SASS or TAPS) AND INSEGMENT#32 (#30 OR #31).

Перейти:

Додаток 3. Стратегії пошуку в базах даних

Окрім пошуку в CCMDCTR, ми провели пошуки в CENTRAL, Ovid Medline, Embase та PsycINFO, як зазначено нижче.

Дати обшуків: 21 листопада 2018 року та 10 жовтня 2019 року.

Кокрейнівський центральний реєстр контрольованих досліджень (ЦЕНТРАЛЬНИЙ; випуск 10 від 12, 2019 р.) у Кокрейнівській бібліотеці #1 ((infant or infants or child* or adolesc* or pediatric* or

paediatric* or teen* or young* or youth or school* or preschool*) and (anxi* or phobi* or panic)):ti

#2 ((infant or infants or child* or adolesc* or pediatric* or paediatric* or teen* or young* or youth or school* or preschool*) near/2 (anxi* or phobi* or panic)):ab

#3 MeSH descriptor: [Anxiety Disorders] this term only#4 MeSH descriptor: [Anxiety] this term only and with qualifier(s): [diagnosis - DI, prevention & control - PC, psychology - PX, therapy - TH]

#5 MeSH descriptor: [Agoraphobia] this term only

#6 MeSH descriptor: [Panic Disorder] this term only

#7 MeSH descriptor: [Anxiety, Separation] this term only

#8 MeSH descriptor: [Phobic Disorders] explode all trees

#9 MeSH descriptor: [Phobia, Social] this term only

#10 (agoraphobi* or "generalized anxiety" or "generalised anxiety" or GAD or "separation anxiety" or (social* NEAR/2 (anxi* or fear*)) or phobi* or mute or mutes or mutism or "school refusal"):ti,ab,kw

#11 panic:ti,ab,kw

#12 (anxiety near (autism or autistic)):ti,ab,kw#13 MeSH descriptor: [Child Development Disorders, Pervasive] explode all trees

#14 anxiety:ti,ab,kw

#15 (#13 and #14)

#16 (#3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #15)#17 MeSH descriptor: [Cognitive Therapy] explode all trees

#18 MeSH descriptor: [Psychotherapy, Group] explode all trees

#19 MeSH descriptor: [Bibliotherapy] this term only

#20 MeSH descriptor: [Early Intervention (Education)] this term only

#21 (CBT or CBGT* or bCBT or b‐CBT or GPDCBT or GPD‐CBT):ab

#22 ((cogniti* or behavio*) NEAR/3 (counsel* or intervention or therap* or psychotherap* or training or treatment or technique* or restructur* or defusion)):Ti,AB

#23 ("rational emotive" or (problem* NEAR/2 (focus* or sol*)) or psychoeducat* or psycho‐educat* or "role play" or "role playing" or schema* or self‐control* or "self control" or "self controlling”):ti,ab

#24 (((psychotherap* or therap*) near/3 (commitment or acceptance)) or ((self* or stress*) near/3 (control or analysis or direct* or esteem or help or instruct* or manage*))):ti,ab

#25 ((attribution* or reattribution*) near/3 (therap* or psychotherap*)):ti,ab 20

#26 (mindfulness* or "third wave" or experiential or (behavio* near/3 (activation or modification)) or (thought* near/3 suppress*) or rumination):ti,ab

#27 ((anxiety near/2 manag*) or "confidence building" or "coping skills" or "exposure therapy" or "exposure task" or "exposure tasks" or psychoeducat* or

psycho‐educat* or relaxation or "sensitivity training" or "self talk" or (social near/2 (coach* or skill* or effectiveness))):ti,ab

#28 ((controlling or overcoming) near/2 (anxiety or panic or phobi* or agoraphobi* or shyness)):ti,ab

#29 (child* near/2 (deliver* or focus*) near/2 (counsel* or intervention* or program* or psychotherap* or therap* or train* or treat*)):ti,ab

#30 ((parent* or guardian*) near/2 (deliver* or focus*) near/2 (counsel* or intervention* or program* or psychotherap* or therap* or train* or treat*)):ti,ab

#31 ((individual* or group or conjoint or family) next (counsel* or intervention* or program* or psychotherap* or therap* or train* or treat*)):ti,ab,kw

#32 ("Coping Cat" or "Cool Kids" or "Coping Koala" or "Facing your Fears" or (Skills near Academic near "Social Success") or (Intervention near Adolescents near "Social Phobia") or ("Multimodal Anxiety" near "Social Skills") or BIACA or IAFS or MASSI or SASS or TAPS):ti,ab

#33 MeSH descriptor: [Psychotherapy] this term only and with qualifier(s): [methods ‐ MT, standards ‐ ST, statistics & numerical data ‐ SN]

#34 (#17 or #18 or #19 or #20 or #21 or #22 or #23 or #24 or #25 or #26 or #27 or #28 or #29 or #30 or #31 or #32 or #33)

#35 MeSH descriptor: [Adolescent] this term only 97662

#36 MeSH descriptor: [Child] explode all trees 1394

#37 MeSH descriptor: [Infant] this term only

#38 (infant* or child* or adolesc* or paediatr* or pediatr*):kw,so

#39 (infant* or child* or boy* or girl* or kids or juvenil* or minors or paediatric* or pediatric* or adolesc* or preadolesc* or pre‐adolesc* or pubert* or pubescen* or prepube* or pre‐pube* or teen* or (young next (survivor* or offender* or minorit*)) or youth* or schoo* or preschool* or nurser* or kindergarten):ti,kw

#40 (#36 or #37 or #38 or #39 or #40) #41 (#17 and #35)#41 (#16 and #34 and #40)#42 (#1 or #2) and #34

#43 (#41 or #42)

#44 ((OCD or "obsessive compulsive" or PTSD or "posttraumatic stress" or "post‐traumatic stress") not (anxi* or phobi* or agoraphobi* or panic)):ti

#45 (#43 not #44)#46 (ADIS‐C* or ADIS‐P* or DISCAP or SCARED or SCAS or RCADS or RCMAS or MASC or CBCL or STAI‐C or SPAI‐C or SAS‐A):ab#47 (#46 and #34)#48 (#47 not #43)#49 (#48 not #44)

OvidPsycINFO (all years to October Week 40 2019)1 clinical trials.sh.2 (randomi#ed or randomi#ation or randomi#ing).ti,ab,id.3 (RCT or at random or (random* adj3 (administ* or allocat* or assign* or class* or control* or determine* or divide* or division or distribut* or expose* or fashion or number* or place* or recruit* or split or subsitut* or treat*))).ti,ab,id.4 (control* and (trial or study or group) and (placebo or waitlist* or wait* list* or ((treatment or care) adj2 usual))).ti,ab,id,hw.5 ((single or double or triple or treble) adj2 (blind* or mask* or dummy)).ti,ab,id.6 trial.ti.7 placebo.ti,ab,id,hw.8 treatment outcome.md.9 treatment effectiveness evaluation.sh.10 mental health program evaluation.sh.11 or/1‐1012 *anxiety/13 anxiety disorders/ or generalized anxiety disorder/ or panic disorder/ or exp phobias/ or separation anxiety disorder/14 social anxiety/15 school refusal/ or school phobia/16 exp separation anxiety/17 panic/ or panic attack/ or panic disorder/18 mutism/ or elective mutism/19 (agoraphobi* or generali#ed anxiety

or GAD or separation anxiety or (social* adj2 (anxi* or fear*)) or phobi* or mute? or mutism or school refusal).ti,ab,id.20 ((infant? or child* or adolesc* or p?ediatric* or teen* or young* or youth or school? or preschool*) adj2 anxi*).ti,ab,id.21 over anxious.ti,ab,id.22 anxiety.ab. /freq=323 panic.ti,ab,id,hw.24 (anxiety adj5 (autism or autistic)).ti,ab,id.25 anxiety.ti,ab,id,tm. and (autism spectrum disorders/ or autistic thinking/ or exp developmental disabilities/)26 or/12-2527 ((anxi* or phobi* or panic) and (effectiveness or efficacy or evaluat* or intervention or program* or train* or treat* or prevent* or therapy or psychotherapy or trial or study) and (infant? or child* or adolesc* or paediatric* or pediatric* or teen* or young* or youth or school? or preschool*)).ti.28 anxiety management/29 exp cognitive behavior therapy/30 cognitive techniques/ or cognitive restructuring/ or cognitive therapy/31 behavior modification/32 exp relaxation therapy/33 exp family therapy/34 exp group psychotherapy/ or psychodrama/ or role playing/ or role playing games/35 bibliotherapy/36 counseling/ or group counseling/ or exp psychotherapeutic counseling/ or school counseling/37 psychotherapy/38 psychotherapeutic techniques/ or mindfulness/39 (CBT or CBGT* or bCBT or b-CBT or GPDCBT or GPD-CBT).ab.40 ((cogniti* or behavio*) adj3 (counsel* or intervention or therap* or psychotherap* or training or treatment or technique* or restructur* or defusion)).ti,ab,id.41 (rational emoti* or (problem* adj2 (focus* or sol*)) or psychoeducat* or role play* or schema* or self-control* or self control*).ti,ab,id,hw.42 (((psychotherap* or therap*) adj3 (commitment or acceptance)) or ((self* or stress*) adj3 (control or analysis or direct* or esteem or help or instruct* or manage*))).ti,ab,id.43 ((attribution* or reattribution*) adj3 (therap* or psychotherap*)).ti,ab,id.44 (mindfulness* or third wave or experiential or (behavio* adj3 (activation or modification)) or (thought* adj3 suppress*) or rumination).ti,ab,id.45 ((anxiety adj1 manag*) or confidence building or coping skills or exposure therapy or exposure task* or psychoeducat* or psycho-educat* or relaxation or sensitivity training or self talk or (social adj2 (coach* or skill* or effectiveness))).ti,ab,id,hw.46 ((controlling or overcoming) adj2 (anxiety or panic or phobi* or agoraphobi* or shyness)).ti,ab,id.47 (child* adj2 (centred or centered or deliver* or focus*) adj2 (counsel* or intervention* or program* or psychotherap* or therap* or train* or treat*)).ti,ab,id.48 ((parent* or guardian*) adj2 (centred or centered or deliver* or focus*) adj2 (counsel* or intervention* or program* or psychotherap* or therap* or train* or treat*)).ti,ab,id.49 ((individually or group

or conjoint or family) adj2 (counsel* or intervention* or program* or psychotherap* or therap* or train* or treat*)).ti,ab,id.50 (Coping Cat or Cool Kids or Coping Koala or Fac* your Fear? or (Multimodal Anxiety adj Social Skills) or (Skills adj Academic adj Social Success) or (Intervention adj Adolescents adj Social Phobia) or BIACA or IAFS or MASSI or SASS or TAPS).ti,ab,id.51 or/28-5052 pediatrics/53 child psychiatry/ or child psychopathology/ or child psychology/54 adolescent psychiatry/ or adolescent psychopathology/ or adolescent psychology/55 (infant? or child* or adolesc* or paediatr* or pediatr*).hw,jx.56 (infant* or child* or boy* or girl* or kids or juvenil* or minors or paediatric* or pediatric* or adolesc* or preadolesc* or pre-adolesc* or pubert* or pubescen* or prepube* or pre-pube* or teen* or (young adj (survivor* or offender* or minorit*)) or youth* or school? or preschool* or nurser* or kindergarten).ti,id.57 or/52-5658 (ADIS-C* or ADIS-P* or DISCAP or SCARED or SCAS or RCADS or RCMAS or MASC or CBCL or STAI-C or SPAI-C or SAS-A).ab,id,tm.59 11 and 26 and 51 and 5760 11 and 27 and 5161 11 and 51 and 5862 11 and 5063 59 or 60 or 61 or 6264 ((OCD or obsessive compulsive or PTSD or posttraumatic stress disorder* or post-traumatic stress disorder*) not (anxi* or phobi* or agoraphobi* or panic)).ti.65 63 not 64Ovid MEDLINE Databases (2016 to 10 Oct 2019)Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations and Daily1 controlled clinical trial.pt.2 randomized controlled trial.pt.

3 (randomi#ed or randomi#ation or randomi#ing).ti,ab,kf.4 (RCT or "at random" or (random* adj3 (administ* or allocat* or assign* or class* or cluster or control* or determine* or divide* or division or distribut* or expose* or fashion or number* or place* or pragmatic or quasi or recruit* or split or subsitut* or treat*))).ti,ab,kf.5 (placebo or ((attention or active) adj control*)).ti,ab,kf.6 trial.ab,ti,kf.7 ((control* or group* or compar*) adj5 (((care or treatment*) adj2 (usual or standard or routine)) or TAU or CAU)).ab.8 ((control* or group* or compar*) adj5 (waitlist* or wait* list* or waiting or WLC)).ab.9 or/1-810 ANXIETY DISORDERS/11 *ANXIETY/di, pc, px, th12 AGORAPHOBIA/ or PANIC DISORDER/ or ANXIETY, SEPARATION/13 PHOBIC DISORDERS/ or PHOBIA, SOCIAL/14 (agoraphobi* or generali#ed anxiety or GAD or separation anxiety or (social* adj2 (anxi* or fear*)) or phobi* or mute? or mutism or school refusal).ti,ab,kf.15 ((infant? or child* or adolesc* or p?ediatric* or teen* or young* or youth or school? or preschool*)

adj2 anxi*).ti,ab,kf.16 anxiety.ab. /freq=317 panic.mp.18 (anxiety adj5 (autism or autistic)).ti,ab,kf.19 anxiety.mp. and (child development disorders, pervasive/px or autism spectrum disorder/px or autistic disorder/px)20 or/10-1921 ((anxi* or phobi* or panic) and (effectiveness or efficacy or evaluat* or intervention or program* or train* or treat* or prevent* or therapy or psychotherapy or trial or study) and (infant? or child* or adolesc* or paediatric* or pediatric* or teen* or young* or youth or school? or preschool*)).ti.22 exp COGNITIVE THERAPY/23 PSYCHOTHERAPY, GROUP/24 FAMILY THERAPY/ or PSYCHODRAMA/ or ROLE PLAYING/ or SENSITIVITY TRAINING GROUPS/25 BIBLIOTHERAPY/26 "EARLY INTERVENTION (Education)"/27 (CBT or CBGT* or bCBT or b-CBT or GPDCBT or GPD-CBT).ab.28 ((cogniti* or behavio*) adj3 (counsel* or intervention or therap* or psychotherap* or training or treatment or technique* or restructur* or defusion)).ti,ab,kf.29 (rational emoti* or (problem* adj2 (focus* or sol*)) or psychoeducat* or role play* or schema* or self-control* or self control*).ti,ab,kf.30 (((psychotherap* or therap*) adj3 (commitment or acceptance)) or ((self* or stress*) adj3 (control or analysis or direct* or esteem or help or instruct* or manage*))).ti,ab,kf.31 ((attribution* or reattribution*) adj3 (therap* or psychotherap*)).ti,ab,kf.32 (mindfulness* or third wave or experiential or (behavio* adj3 (activation or modification)) or (thought* adj3 suppress*) or rumination).ti,ab,kf.33 ((anxiety adj1 manag*) or confidence building or coping skills or exposure therapy or exposure task* or psychoeducat* or psycho-educat* or relaxation or sensitivity training or self talk or (social adj2 (coach* or skill* or effectiveness))).ti,ab,kf,hw.34 ((controlling or overcoming) adj2 (anxiety or panic or phobi* or agoraphobi* or shyness)).ti,ab,kf.35 (child* adj2 (deliver* or focus*) adj2 (counsel* or intervention* or program* or psychotherap* or therap* or train* or treat*)).ti,ab,kf.36 ((parent* or guardian*) adj2 (deliver* or focus*) adj2 (counsel* or intervention* or program* or psychotherap* or therap* or train* or treat*)).ti,ab,kf.37 ((individually or group or conjoint or family) adj2 (counsel* or intervention* or program* or psychotherap* or therap* or train* or treat*)).ti,ab,kf.38 (Coping Cat or Cool Kids or Coping Koala or Fac* your Fear? or (Multimodal Anxiety adj Social Skills) or (Skills adj Academic adj Social Success) or (Intervention adj Adolescents adj Social Phobia) or BIACA or IAFS or MASSI or SASS or TAPS).ti,ab,kf.39 *PSYCHOTHERAPY/mt, st, sn, tu40 or/22-3941 ADOLESCENT/ or CHILD/ or CHILD, PRESCHOOL/42

(infant? or child* or adolesc* or paediatr* or pediatr*).hw,jn.43 (infant* or child* or boy* or girl* or kids or juvenil* or minors or paediatric* or pediatric* or adolesc* or preadolesc* or pre‐adolesc* or pubert* or pubescen* or prepube* or pre‐pube* or teen* or (young adj (survivor* or offender* or minorit*)) or youth* or school? or preschool* or nurser* or kindergarten).ti,kf.44 (infant? or child* or adolesc* or paediatr* or pediatr*).ab. /freq=345 or/41‐4446 9 and 20 and 40 and 4547 9 and 21 and 4048 46 or 4749 (ADIS‐C* or ADIS‐P* or DISCAP or SCARED or SCAS or RCADS or RCMAS or MASC or CBCL or STAI‐C or SPAI‐C or SAS‐A).ab.50 9 and 40 and 4951 48 or 5052 ((OCD or obsessive compulsive or PTSD or posttraumatic stress disorder* or post‐traumatic stress disorder*) not (anxi* or phobi* or agoraphobi* or panic)).ti.53 (2016* or 2017* or 2018*).yr,dp,dt,ep,ez.54 51 not 5255 53 and 54

Ovid Embase (2016 to 2019 Week 40)1 randomized controlled trial/2 randomization.de.3 controlled clinical trial/ and (Disease Management or Drug Therapy or Prevention or Rehabilitation or Therapy).fs.4 *clinical trial/5 placebo.de.6 placebo.ti,ab.7 trial.ti.8 (randomi#ed or randomi#ation or randomi#ing).ti,ab,kw.9 (RCT or "at random" or (random* adj3 (administ* or allocat* or assign* or class* or control* or determine* or divide* or division or distribut* or expose* or fashion or number* or place* or recruit* or split or subsitut* or treat*))).ti,ab,kw.10 ((singl$ or doubl$ or trebl$ or tripl$) adj3 (blind$ or mask$ or dummy)).mp.11 (control* and (trial or study or group) and (placebo or waitlist* or wait* list* or ((treatment or care) adj2 usual))).ti,ab,kw,hw.12 or/1‐1113 ((animal or nonhuman) not (human and (animal or nonhuman))).de.14 12 not 1315 anxiety disorder/ or anxiety neurosis/ or generalized anxiety disorder/ or "mixed anxiety and depression"/ or panic/ or exp phobia/ or separation anxiety/16 *anxiety/17 (agoraphobi* or generali#ed anxiety or GAD or separation anxiety or (social* adj2 (anxi* or fear*)) or phobi* or mute? or mutism or school refusal).ti,ab,kw.18 ((infant? or child* or adolesc* or p?ediatric* or teen* or young* or youth or school? or preschool*) adj2 anxi*).ti,ab,kw.19 anxiety.ab. /freq=320 panic.mp.21 (anxiety adj5 (autism or autistic)).ti,ab,kw.22 anxiety.mp. and (autism/ or asperger syndrome/ or "pervasive developmental disorder not otherwise specified"/)23 school refusal/24 mutism/ or selective mutism/25 or/15‐2426 cognitive behavioral therapy/ or cognitive behavioral stress management/27 exp cognitive therapy/28

psychotherapy/ or bibliotherapy/ or family therapy/ or group therapy/ or mindfulness/ or play therapy/ or psychodrama/ or relaxation training/ or role playing/29 (CBT or CBGT* or bCBT or b‐CBT or GPDCBT or GPD‐CBT).ab.30 ((cogniti* or behavio*) adj3 (counsel* or intervention or therap* or psychotherap* or training or treatment or technique* or restructur* or defusion)).ti,ab,kw.31 (rational emoti* or (problem* adj2 (focus* or sol*)) or psychoeducat* or role play* or schema* or self‐control* or self control*).ti,ab,kw.32 *self control/33 (((psychotherap* or therap*) adj3 (commitment or acceptance)) or ((self* or stress*) adj3 (control or analysis or direct* or esteem or help or instruct* or manage*))).ti,ab,kw.34 ((attribution* or reattribution*) adj3 (therap* or psychotherap*)).ti,ab,kw.35 (mindfulness* or third wave or experiential or (behavio* adj3 (activation or modification)) or (thought* adj3 suppress*) or rumination).ti,ab,kw.36 ((anxiety adj1 manag*) or confidence building or coping skills or exposure therapy or exposure task* or psychoeducat* or psycho‐educat* or relaxation or sensitivity training or self talk or (social adj2 (coach* or skill* or effectiveness))).ti,ab,kw,hw.37 ((controlling or overcoming) adj2 (anxiety or panic or phobi* or agoraphobi* or shyness)).ti,ab,kw.38 (child* adj2 (centred or centered or deliver* or focus*) adj2 (counsel* or intervention* or program* or psychotherap* or therap* or train* or treat*)).ti,ab,kw.39 ((parent* or guardian*) adj2 (centred or centered or deliver* or focus*) adj2 (counsel* or intervention* or program* or psychotherap* or therap* or train* or treat*)).ti,ab,kw.40 ((individually or group or conjoint or family) adj2 (counsel* or intervention* or program* or psychotherap* or therap* or train* or treat*)).ti,ab,kw.41 (Coping Cat or Cool Kids or Coping Koala or Fac* your Fear? or (Multimodal Anxiety adj Social Skills) or (Skills adj Academic adj Social Success) or (Intervention adj Adolescents adj Social Phobia) or BIACA or IAFS or MASSI or SASS or TAPS).ti,ab,kw.42 or/26‐4143 juvenile/ or exp adolescent/ or exp child/44 (infant? or child* or adolesc* or paediatr* or pediatr*).hw,jx.45 (infant* or child* or boy* or girl* or kids or juvenil* or minors or paediatric* or pediatric* or adolesc* or preadolesc* or pre‐adolesc* or pubert* or pubescen* or prepube* or pre‐pube* or teen* or (young adj (survivor* or offender* or minorit*)) or youth* or school? or preschool* or nurser* or kindergarten).ti,kw.46 or/43‐4547 14 and 25 and 42 and 4648 ((anxi* or phobi* or panic) and (effectiveness or efficacy or evaluat* or intervention or program* or train* or treat* or prevent* or therapy or psychotherapy or trial or study) and

(infant? or child* or adolesc* or paediatric* or pediatric* or teen* or young* or youth or school? or preschool*)).ti.49 14 and 42 and 4850 (ADIS‐C* or ADIS‐P* or DISCAP or SCARED or SCAS or RCADS or RCMAS or MASC or CBCL or STAI‐C or SPAI‐C or SAS‐A).ab.51 14 and 42 and 5052 47 or 49 or 5153 ((OCD or obsessive compulsive or PTSD or posttraumatic stress disorder* or post‐traumatic stress disorder*) not (anxi* or phobi* or agoraphobi* or panic)).ti.54 52 not 5355 (2016* or 2017* or 2018*).yr,dp,dc.56 54 and 55

Перейти:

Додаток 4 Стратегії пошуку сірої літератури

Ми провели пошук, перерахований нижче, у Proquest Dissertations & Theses Global, PQDT Open, Open Access Theses and Dissertations, DART та NDLTD.

Дати пошуків: Усі роки до 14 жовтня 2019 року

Proquest Dissertations & Theses Global
(search.proquest.com/pqdtglobal/dissertations/)

ti(підліток або підліток, або підліток, або підліток, або підліток, або дитина, або дитина, або дитина, або дитина, або дитина, або дитина, або дитина, або молодь, або молодь, або дитина, або дитина, або дитина, або школа, або школа) I ti(тривога, або страх, або паніка, або фобія, або фобія, або фобія) I ti(ефект, або ефект, або ефективність, або оцінка, або оцінка, або висновки, або втручання, або результати, або запобігання, або програма, або програма, або програми, або психотерапія, або психотерапія, або психотерапевтичні результати, або дослідження, або терапія, або лікування, або лікування, або лікування, або випробування, або випробування) I NOFT (КПТ, або когнітивна, або поведінкова, або поведінкова, або поведінкова) I NOFT (РКТ, або рандомізоване, або рандомізоване, або призначення, або розподіл)

PQDT Дисертації з відкритим доступом
(pqdtopen.proquest.com/search.html)

ti(тривога або тривога, або страх, або паніка, або фобія, або фобія, або фобія) ТА (РКД, або рандомізоване, або рандомізоване, або випадково)

Дисертації з відкритим доступом taDissertationsoatd.org

назва:(тривога або тривога, або страх, або паніка, або фобія, або фобія, або фобія) ТА назва:(підліток, або підлітки, або підлітки, або підлітки, або підлітки, або дитина, або діти, або дитина, або діти, або діти, або молодь, або молодь, або молодь, або дитина, або дитина, або школа, або школи) ТА (РКД, або рандомізоване, або рандомізоване, або випадкове)

Портал електронних тез DART ‐ Europe
(www.dart-europe.eu/basic-search.php)

(тривога або тривога, або страх, або паніка, або фобія, або фобія, або фобія) ТА (РКД, або рандомізоване, або рандомізоване, або випадково) ТА (КПТ, або когнітивна, або поведінка, або поведінка, або поведінка, або поведінка) ТА (підлітки, або підлітки, або підлітки, або підлітки, або діти, або дитина, або діти, або діти, молодь, молодь, молодь, молоді, дитячі, дитячі, дитячі, школи або школи)

Мережева цифрова бібліотека дисертацій (NDLTD) (search.ndltd.org/)

назва:(тривога або тривога, або страх, або паніка, або фобія, або фобія, або фобія) ТА назва:(підліток, або підлітки, або підлітки, або підлітки, або підлітки, або дитина, або діти, або дитина, або діти, або діти, або молодь, або молодь, або молодь, або дитина, або дитина, або школа, або школи) ТА (РКД, або рандомізоване, або рандомізоване, або випадкове)

Онлайн-сервіс електронних дисертацій (EThOS) - Британська бібліотека (ethos.bl.uk/Home.do)

Рекомендуємо шукати EThOS за допомогою *Proquest Dissertations ma Theses Global* (як зазначено вище).

Перейти:

Примітки

Перейти:

Дані та аналізи

Порівняння 1

КПТ в порівнянні зі списком очікування/відсутністю лікування

Назва результату або підгрупи	Кількість досліджень	Кількість учасників	Статистичний метод	Розмір ефекту

Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування;	39	2697	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	5,45 [3,90, 7,60]
1.1.1 Орієнтованість на дитину	19	1184	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	10,42 [5,84, 18,58]
1.1.2 Дитина та батьки	19	1142	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	4,08 [2,72, 6,11]
1.1.3 Тільки для батьків	4	371	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	2,83 [1,12, 7,16]

1.2 Аналіз підгруп: ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування (ITT) (індивідуальний порівняно з групою)	39		Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	Лише проміжні підсумки
1.2.1 Індивідуально орієнтовані	17	1165	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	4,53 [2,55, 8,03]
1.2.2 Групова спрямованість	25	1532	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	6,25 [4,45, 8,78]
1.3 Аналіз підгруп: ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування (ITT) (кількість часу	39		Співвідношення шансів (в/в, випадково,	Лише проміжні підсумки

контакту з терапевтом)			95% ДІ)	
1.3.1 Контакт з терапевтом (< 10 годин)	6	513	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	6,12 [2,08, 18,00]
1.3.2 Контакт з терапевтом (≥10 та < 20 годин)	23	1622	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	5,85 [3,95, 8,64]
1.3.3 Контакт з терапевтом (≥ 20 годин)	13	562	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	4,44 [2,26, 8,72]
1.4 Аналіз підгруп: ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування (ITT)	39		Співвідношення шансів (в/в, випадково,	Лише проміжні

(вік)			95% ДІ)	підсумки
1.4.1 ≤ 12 років	11	789	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	3,93 [2,20, 7,02]
1.4.2 Змішаний віковий діапазон (< 12 та ≥ 12 років)	21	1447	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	6,43 [3,90, 10,58]
1.4.3 ≥ 12 років	7	461	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	5,28 [2,83, 9,86]
1.5 Аналіз підгруп: ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування (ITT)	39		Співвідношення шансів (в/в, випадково,	Лише проміжні

(ASD vs non-ASD)			95% ДІ)	підсумки
1.5.1 Зразок з ASD	4	136	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	1,79 [0,39, 8,16]
1.5.2 Не зразок з ASD	35	2 561	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	5,88 [4,19, 8,24]
1.6 Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування (пацієнти, які завершили лікування)	38	2406	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	11,55 [8,41, 15,86]
Прийнятність (кількість учасників, які не пройшли оцінку	45	3158	Співвідношення шансів (в/в, випадково,	1,09 [0,85, 1,41]

після лікування)			95% ДІ)	
ремісія всіх діагнозів тривоги після лікування;	28	2075	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	4,43 [2,89, 6,78]
1.1.1 Орієнтованість на дитину	11	564	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	8,52 [2,97, 24,39]
1.1.2 Дитина та батьки	15	916	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	5,19 [3,26, 8,27]
1.8.3 Тільки для батьків	7	595	Співвідношення шансів (в/в, випадково,	1,89 [0,98, 3,65]

			95% ДІ)	
1.9 Аналіз підгруп: ремісія всіх діагнозів тривоги після лікування (ITT) (індивідуум проти групи)	28		Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	Лише проміжні підсумки
1.2.1 Індивідуально орієнтовані	9	671	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	3,72 [1,70, 8,12]
1.2.2 Групова спрямованість	20	1404	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	4,92 [2,95, 8,20]
1.10 Аналіз підгруп: ремісія всіх діагнозів тривоги після	28		Співвідношення шансів (в/в,	Лише проміжні

лікування (ITT) (кількість часу контакту з терапевтом)			випадково, 95% ДІ)	підсумки
1.3.1 Контакт з терапевтом (< 10 годин)	5	461	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	1,42 [0,68, 2,96]
1.3.2 Контакт з терапевтом (≥10 та < 20 годин)	17	1123	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	6,59 [3,62, 12,01]
1.3.3 Контакт з терапевтом (≥ 20 годин)	9	491	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	5,03 [2,55, 9,93]

1.11 Аналіз підгруп: ремісія всіх діагнозів тривоги після лікування (ITT) (вік)	28		Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	Лише проміжні підсумки
1.11.1 ≤ 12 років	10	950	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	3,59 [1,97, 6,56]
1.4.2 Змішаний віковий діапазон (< 12 та ≥ 12 років)	15	980	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	4,87 [2,58, 9,21]
1.11.3 ≥ 12 років	3	145	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	8,48 [0,79, 91,08]

1.12 Ремісія всіх діагнозів тривоги після лікування (пацієнти, які завершили лікування)	27	1871	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	9,13 [5,78, 14,41]
Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування	45	2831	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-0,67 [-0,88, -0,47]
1.1.1 Орієнтованість на дитину	24	1239	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-1.04 [-1.41, -0.67]
1.1.2 Дитина та батьки	20	1285	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-0,45 [-0,67, -0,23]

1.13.3 Тільки для батьків	5	307	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	0,04 [-0,38, 0,46]
1.14 Аналіз чутливості: зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування (широкі заходи тривоги)	38	2459	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-0,41 [-0,57, -0,25]
1.15 Аналіз підгруп: зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування (індивідуальний порівняно з групою)	45		станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	Лише проміжні підсумки
1.2.1 Індивідуально орієнтовані	21	1203	станд. Середня різниця (в/в, випадково,	-0,39 [-0,64, -0,15]

			95% ДІ)	
1.2.2 Групова спрямованість	27	1628	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	‑0,91 [‑1,22, ‑0,60]
1.16 Аналіз підгруп: зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування (кількість контактів з терапевтом)	45		станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	Лише проміжні підсумки
1.3.1 Контакт з терапевтом (< 10 годин)	9	587	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-0,36 [-0,75, 0,03]
1.3.2 Контакт з терапевтом (≥10 та < 20	29	1840 рік	станд. Середня різниця (в/в,	‑0,81 [‑1,09,

годин)			випадково, 95% ДІ)	-0,52]
1.3.3 Контакт з терапевтом (≥ 20 годин)	10	404	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-0,62 [-1,06, -0,18]
1.17 Аналіз підгруп: зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування (вік)	45		станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	Лише проміжні підсумки
1.17.1 ≤ 12 років	11	663	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-0,23 [-0,54, 0,08]
1.4.2 Змішаний віковий діапазон (< 12 та ≥ 12	28	1834	станд. Середня різниця (в/в,	-0,62 [-0,83,

років)			випадково, 95% ДІ)	-0,41]
1.17.3 ≥ 12 років	6	334	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-1,78 [-3,01, -0,56]
1.18 Аналіз підгруп: зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування (розлади аутистичного спектра в порівнянні з не-розладами аутистичного спектра)	45		станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	Лише проміжні підсумки
1.5.1 Зразок з ASD	5	181	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-0,61 [-1,54, 0,33]

1.5.2 Не зразок з ASD	40	2650	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-0,68 [-0,90, -0,47]
Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування	35	2137	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-0,70 [-0,90, -0,51]
1.1.1 Орієнтованість на дитину	13	734	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-0,87 [-1,21, -0,53]
1.1.2 Дитина та батьки	17	1 031	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-0,69 [-0,98, -0,39]

1.19.3 Тільки для батьків	5	372	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-0,37 [-0,77, 0,04]
1.14 Аналіз чутливості: зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування (широкі заходи тривоги)	32	1952	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-0,59 [-0,77, -0,41]
1.15 Аналіз підгруп: зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування (індивідуальний порівняно з групою)	35		станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	Лише проміжні підсумки
1.2.1 Індивідуально орієнтовані	17	858	станд. Середня різниця (в/в, випадково,	-0,43 [-0,65, -0,21]

			95% ДІ)	
1.2.2 Групова спрямованість	21	1279	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-0,92 [-1,21, -0,62]
1.16 Аналіз підгруп: зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування (кількість контактів з терапевтом)	35		станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	Лише проміжні підсумки
1.3.1 Контакт з терапевтом (< 10 годин)	4	336	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-0,36 [-0,81, 0,10]
1.3.2 Контакт з терапевтом (≥10 та < 20	22	1402	станд. Середня різниця (в/в,	-0,66 [-0,89,

годин)			випадково, 95% ДІ)	-0,43]
1.3.3 Контакт з терапевтом (≥ 20 годин)	10	399	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-1,03 [-1,55, -0,52]
1.17 Аналіз підгруп: зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування (вік)	35		станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	Лише проміжні підсумки
1.23.1 ≤ 12 років	11	750	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-0,40 [-0,63, -0,17]
1.4.2 Змішаний віковий діапазон (< 12 та ≥ 12	18	1057.	станд. Середня різниця (в/в,	-0,76 [-1,04,

років)			випадково, 95% ДІ)	-0,49]
1.23.3 ≥ 12 років	6	330	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-1,07 [-1,78, -0,37]
1.18 Аналіз підгруп: зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування (розлади аутистичного спектра в порівнянні з не-розладами аутистичного спектра)	35		станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	Лише проміжні підсумки
1.5.1 Зразок з ASD	7	244	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-1.12 [-1.91, -0.34]

1.5.2 Не зразок з ASD	28	1893	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-0,63 [-0,82, -0,44]
Зменшення депресивних симптомів після лікування;	17	1157	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-0,34 [-0,51, -0,17]
Покращення глобального функціонування після лікування;	11	557	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	1,03 [0,68, 1,38]
1.27 Ремісія діагнозу первинної тривоги при подальшому спостереженні (ITT)	5		Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	Лише проміжні підсумки

1.27.1 Подальше спостереження (≤ 6 місяців)	4	153	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	10,94 [2,33, 51,41]
1.27.2 Подальше спостереження (> 6 та ≤ 12 місяців)	3	166	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	2,80 [0,24, 33,19]
1.28 Ремісія діагнозу первинної тривоги при подальшому спостереженні (завершувачі)	5		Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	Лише проміжні підсумки
1.27.1 Подальше спостереження (≤ 6 місяців)	4	151	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	11,46 [2,40, 54,67]

1.27.2 Подальше спостереження (> 6 та ≤ 12 місяців)	3	161	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	4,04 [0,77, 21,20]
1.29 Ремісія всіх діагнозів тривоги під час подальшого спостереження (ITT)	5		Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	Лише проміжні підсумки
1.27.1 Подальше спостереження (≤ 6 місяців)	3	130	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	8,25 [0,69, 98,10]
1.27.2 Подальше спостереження (> 6 та ≤ 12 місяців)	3	166	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	3,75 [0,25, 56,88]

1.29.3 Подальше спостереження (> 12 місяців)	2	131	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	0,48 [0,17, 1,38]
1.30 Ремісія всіх діагнозів тривоги при подальшому спостереженні (пацієнти, які завершили лікування)	5		Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	Лише проміжні підсумки
1.27.1 Подальше спостереження (≤ 6 місяців)	3	128	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	8,68 [0,72, 104,46]
1.27.2 Подальше спостереження (> 6 та ≤ 12 місяців)	3	161	Співвідношення шансів (в/в, випадково,	5,01 [0,70, 35,87]

			95% ДІ)	
1.29.3 Подальше спостереження (> 12 місяців)	2	114	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	1,25 [0,36, 4,34]
1.31 Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) при подальшому спостереженні	5		станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	Лише проміжні підсумки
1.27.1 Подальше спостереження (≤ 6 місяців)	5	179	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-1.92 [-2.95, -0.89]
1.32 Аналіз чутливості: ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування (ITT)	20	0,1476	Співвідношення шансів (в/в, випадково,	4,84 [3,03, 7,73]

(лише дослідження, де генерування послідовності чітке)			95% ДІ)	
1.33 Аналіз чутливості: ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування (ITT) (лише дослідження, де використовувалися сліпі оцінювачі)	31	2037	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	5,54 [3,76, 8,18]

Відкрити в окремому вікні

Порівняння 2

КПТ в порівнянні з звичайним лікуванням

Назва результату або підгрупи	Кількість досліджень	Кількість учасників	Статистичний метод	Розмір ефекту

Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування;	8	487	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	3,19 [0,90, 11,29]
1.1.1 Орієнтованість на дитину	3	315	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	0,61 [0,18, 2,01]
1.1.2 Дитина та батьки	5	172	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	8,56 [3,10, 23,66]
1.5 Аналіз підгруп: ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування (ITT) (ASD vs non-ASD)	8		Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	Лише проміжні підсумки

2.2.1 Зразок з ASD	4	142	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	11,25 [3,11, 40,79]
2.2.2 Не зразок з ASD	4	345	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	1,14 [0,29, 4,47]
1.6 Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування (пацієнти, які завершили лікування)	8	440	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	4,87 [1,51, 15,72]
Прийнятність (кількість учасників, які не пройшли оцінку після лікування)	8	441	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	1,37 [0,73, 2,56]

Ремісія всіх діагнозів тривоги після лікування;	5	203	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	2,74 [1,16, 6,46]
1.12 Ремісія всіх діагнозів тривоги після лікування (пацієнти, які завершили лікування)	5	201	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	2,78 [1,18, 6,55]
Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування	6	214	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-0,15 [-0,78, 0,48]
1.14 Аналіз чутливості: зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування (широкі заходи	5	187	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	0,07 [-0,54, 0,68]

тривоги)

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування	7	228	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-0,32 [-0,70, 0,06]
1.14 Аналіз чутливості: зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування (широкі заходи тривоги)	6	202	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	‑0,16 [‑0,44, 0,11]

Відкрити в окремому вікні

Порівняння 3

КПТ проти контролю уваги

Назва результату або підгрупи	Кількість досліджень	Кількість учасників	Статистичний метод	Розмір ефекту
ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування;	10	822	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	2,28 [1,33, 3,89]
1.1.1 Орієнтованість на дитину	7	509	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	3,58 [1,92, 6,65]
1.1.2 Дитина та батьки	4	313	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	1,12 [0,65, 1,92]

3.2 Аналіз підгруп: ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування (ITT) (індивідуальний порівняно з групою)	10		Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	Лише проміжні підсумки
1.2.1 Індивідуально орієнтовані	5	469	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	2,04 [1,06, 3,91]
1.2.2 Групова спрямованість	5	353	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	3,10 [1,14, 8,45]
1.6 Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування (пацієнти, які	10	752	Співвідношення шансів (в/в, випадково,	3,88 [2,52, 5,97]

завершили лікування)			95% ДІ)	
Прийнятність (кількість учасників, які не пройшли оцінку після лікування)	12	797	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	1,00 [0,68, 1,49]
Ремісія всіх діагнозів тривоги після лікування;	5	378	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	2,75 [1,22, 6,17]
3.6 Ремісія всіх діагнозів тривоги після лікування (пацієнти, які завершили лікування)	5	359	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	3,88 [1,58, 9,51]
3.7 Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після	15	978	станд. Середня різниця (в/в, випадково,	-0,31 [-0,51,

лікування			95% ДІ)	-0,11]
3.8 Аналіз чутливості: зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування (широкі заходи тривоги)	11	685	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-0,18 [-0,34, -0,02]
3.9 Зниження симптомів тривоги (звіт батьків) після лікування	8	638	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-0,25 [-0,61, 0,11]
3.10 Аналіз чутливості: зменшення симптомів тривоги (батьківський звіт) після лікування (лише широкі показники тривожності)	4	345	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-0,04 [-0,26, 0,18]

3.11 Зменшення депресивних симптомів після лікування;	10	613	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-0,18 [-0,45, 0,09]
3.12 Ремісія діагнозу первинної тривоги при подальшому спостереженні (ITT)	4		Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	Лише проміжні підсумки
3.12.1 Подальше спостереження (≤ 6 місяців)	4	341	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	3,06 [1,22, 7,65]
3.13 Ремісія первинного діагнозу тривоги після лікування (пацієнти, які завершили	4		Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	Лише проміжні підсумки

лікування)				
3.12.1 Подальше спостереження (≤ 6 місяців)	4	302	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	6,52 [2,58, 16,43]
3.14 Ремісія всіх діагнозів тривоги під час подальшого спостереження (ITT)	3		Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	Лише проміжні підсумки
3.14.1 Подальше спостереження (≤ 6 місяців)	3	205	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	5,44 [1,00, 29,60]
3.15 Ремісія всіх діагнозів тривоги при подальшому спостереженні	3		Співвідношення шансів (в/в, випадково,	Лише проміжні

(пацієнти, які завершили лікування)			95% ДІ)	підсумки
3.15.1 Подальше спостереження (≤ 6 місяців)	3	182	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	11,19 [1,94, 64,51]
3.16 Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) при подальшому спостереженні	6		станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	Лише проміжні підсумки
3.16.1 Подальше спостереження (≤ 6 місяців)	6	434	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-0,44 [-0,79, -0,08]
3.17 Зниження симптомів тривоги (батьківський звіт) при	6		станд. Середня різниця (в/в,	Лише проміжні

подальшому спостереженні			випадково, 95% ДІ)	підсумки
3.17.1 Подальше спостереження (≤ 6 місяців)	6	434	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-0,63 [-1,33, 0,08]

Відкрити в окремому вікні

Порівняння 4

КПТ в порівнянні з альтернативним лікуванням

Назва результату або підгрупи	Кількість досліджень	Кількість учасників	Статистичний метод	Розмір ефекту

Прийнятність (кількість учасників, які не пройшли оцінку після лікування)	7	515	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	1,58 [0,61, 4,13]
4.2 Ремісія всіх діагнозів тривоги після лікування (ITT)	4	401	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	0,89 [0,35, 2,23]
4.3 Ремісія всіх діагнозів тривоги після лікування (пацієнти, які завершили лікування)	4	348	Співвідношення шансів (в/в, випадково, 95% ДІ)	1,52 [0,70, 3,27]
4.4 Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування	6	399	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-0,09 [-0,40, 0,21]

4.5 Аналіз чутливості: зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування (широкі заходи тривоги)	5	378	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-0,00 [-0,21, 0,20]
4.6 Зниження симптомів тривоги (батьківський звіт) після лікування	6	423	станд. Середня різниця (в/в, випадково, 95% ДІ)	-0,13 [-0,33, 0,06]

Відкрити в окремому вікні

Перейти:

Характеристика досліджень

Перейти:

Характеристика включених досліджень [упорядковано за ідентифікатором дослідження]

Afshari 2014

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: від 10 до 12 тижнів лікування, 3 місяці подальшого спостереження

Методи

Кількість навчальних центрів та

місцезнаходження: 1, Іран

Обстановка дослідження:приватна клініка

Дата дослідження: жовтень 2011 р. - серпень 2012 р.

N = 34 (КПТ: N = 12; КПТ (емоційно-орієнтована): N = 12; без контролю лікування: N = 10)

Середній вік (SD): 10,57 (2,27)

Діапазон віку: від 9 до 13 років

Учасники

Критерії включення: діагноз тривожного розладу при розлученні (на OCHOBIADIS-C/P), не прийом ліків або припинення прийому препаратів

	принаймні за 1 місяць до попереднього тесту
	Критерії виключення: IQ < 80, порушення навчання, психоз, серйозні психічні або фізичні проблеми, низька зацікавленість у продовженні дослідження
	КПТ
	Інтервенція: Копінг
	Супутні/виключені препарати: немає ліків або припинено принаймні на 1 місяць до попереднього тестування
	Форматпроведення: дитячі сесії, не вказує, чи включені батьківські сесії; формат групи
Інтервенції	
	Час контакту зтерапевтом: 10 годин (10 x 1

година)

Хто здійснює втручання: аспіранти з психології

КПТ (емоційно-орієнтована)

Втручання: емоційно-орієнтована КПТ (ECBT) (Suveg 2006)

Супутні/виключені препарати: немає ліків або припинено принаймні на 1 місяць до попереднього тестування

Формат проведення: дитячі сесії та 2 батьківські сесії; формат групи

Час контакту з терапевтом: 12 годин (дитина: 10 x 1; батьки: 2 x 1)

Хто здійснює втручання: аспіранти з психології

Список очікування/без лікування

Втручання: без лікування

Супутні/виключені препарати: немає ліків або припинено принаймні на 1 місяць до попереднього тестування

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування та 3-місячного спостереження: СТРАХ-С

Результати

Зниження симптомів тривоги (батьківський звіт) після лікування та 3-місячного спостереження: SCARED -Р

Примітки

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано

Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)	Низький ризик	Коментар до рішення: детальна інформація відсутня, окрім опитувальників звіту дитини/батька

Усі результати		
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Високий ризик	Коментар до рішення: Причина відсутності даних про результати (низький інтерес до відвідування сесій), ймовірно, пов'язана з результатом
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати для кожного зазначеного заходу
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Аспіранти терапевти. Немає подробиць про будь-які спроби зберегти або

		виміряти цілісність терапії
Інше упередження	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Час проведення оцінки після лікування не деталізовано. Період лікування відрізняється для 2 груп лікування

Відкрити в окремому вікні

Arendt 2016

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: неконтрольоване 3-місячне та 12-місячне спостереження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 1, в Данії

Налаштування дослідження: університетська дослідницька клініка

Дата дослідження: жовтень 2011 р. - серпень 2012 р.

Методи

N = 109 (CBT: N = 56; список очікування: N = 53)

Середній вік (SD): 11,78 (2,74)

Діапазон віку: від 7 до 16 років

Стать: 62 (57%) жін

Критерії включення: діагноз первинного тривожного розладу (на основі ADIS-C/P)

Критерії виключення: психоз, нелікований розлад гіперактивності з дефіцитом уваги (СДУГ), інтелектуальна інвалідність та важкі розлади поведінки

Учасники

Примітки: фінансується TrygFonden (ідентифікатор гранту n10691). Автори заявляють,

що у них відсутній конфлікт інтересів.

КПТ

Інтервенція: Cool Kids

Супутні/виключені препарати: рекомендується не змінювати препарат протягом періоду лікування

Формат проведення: дитина та батьки; група

Час контакту з терапевтом: 20 годин (10 х 2 години), плюс 1 година бустер

Інтервенції

Хто здійснює втручання: психологи, а також аспіранти-психологи в якості асистентів

Список очікування/без лікування

Втручання: 3-місячний список очікування

Супутні/виключені препарати: рекомендується не змінювати препарат протягом періоду лікування

Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-C/P

Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування: ADIS-C/P

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: SCAS‑C

Результати

Зниження симптомів тривоги (батьківський

звіт) після лікування: SCAS-P(материнський звіт)

Зменшення депресивних симптомів після лікування: SMFQ-C

Примітки

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**

Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: блокова рандомізація, згенерований комп'ютером список. Деталізованість
Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Список послідовностей та розподіл приховані від дослідників та терапевтів до початку лікування
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання

Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Оцінювачі ADIS сліпі до групового та попереднього діагнозу
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Відсутні дані повідомляються в CONSORT і були підставлені з використанням відповідних методів. Невелика кількість відсутніх даних
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	
		Коментар до рішення: Результати за запланованими заходами всі повідомлені, а там, де зібрані та не

		повідомлені, визнані
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Терапевти пройшли навчання та під наглядом. Оцінка прихильності відсутня
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Barrett 1996

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: неконтрольоване 6-місячне, 12-місячне та 6-річне спостереження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 1, в Австралії

Налаштування дослідження: університетська дослідницька клініка

Методи

Учасники	**N = 85** (CBT‑дитина: N = 31; CBT‑сім'я: N = 27; список очікування: N = 27) **Середній вік (SD):** CBT‑дитина: 9,7 (2,5); CBT‑сім'я: 10,1 (1,9); список очікування: 8,2 (1,9) **Діапазон віку: від** 7 до 14 років **Стать:** 34 (43%) жіноча **Критерії включення:** основний діагноз надмірного тривожного розладу, тривожного розладу розлуки або соціальної фобії (на основі ADIS-C/P) **Критерії виключення:** інтелектуальна або фізична інвалідність, ліки проти тривоги або депресії, батьки, які беруть участь у гострому розпаді шлюбу

КПТ- дитина

Втручання: Коала копінгу (адаптація Кота Копінгу)

Супутні/виключені препарати: антитривожні та депресивні препарати виключені

Формат проведення: дитячі сесії; індивідуальні

Час контакту з терапевтом: від 12 до 16 годин (від 12 х 60 до 80 хвилин)

Хто здійснює втручання: зареєстровані клінічні психологи

Сім'я КПТ

Інтервенції

Інтервенція: Коала Копінгу (адаптація Кота

Копінгу), а також сімейне управління тривогою (FAM)

Супутні/виключені препарати: антитривожні та депресивні препарати виключені

Формат проведення: дитячі сесії, а також батьківські та дитячі сесії (FAM); індивідуальні

Час контакту з терапевтом: від 12 до 16 годин (від 12 x 60 до 80 хвилин)

Хто здійснює втручання: зареєстровані клінічні психологи

Список очікування/без лікування

Втручання: 12-тижневий список очікування

Супутні/виключені препарати: антитривожні та

	депресивні препарати виключені
	Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування: ADIS-C/P
	Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: RCMAS
Результати	**Зменшення депресивних симптомів після лікування: CDI**
Примітки	

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: бракує деталей; рандомізація до груп лікування/терапевтів незрозуміла і стосується "чергування"
Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано

Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі
Неповні дані про результати (похибка	Незрозуміли	Коментар до рішення: повідомляється про вибуття, але кількість рандомізованих проти тих, хто завершив, не зрозуміла і не

виснаження)	й ризик	повідомляється для окремих заходів
Усі результати		
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати для всіх повідомлених заходів
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Прихильність до протоколу оцінювалася та підтверджувалася сліпим клініцистом протягом 60% сеансів
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших

джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Barrett 1998

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Методи

Загальна тривалість дослідження:

неконтрольоване 12-місячне спостереження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 1, в Австралії

Обстановка дослідження: клініка

N = 60 (CBT‑дитина: N = 23; CBT‑сім 'я: N = 17; список очікування: N = 20)

Діапазон віку: від 7 до 14 років

Стать: 28 (46,7%) жіноча

Учасники

Критерії включення: основний діагноз надмірного тривожного розладу, тривожного розладу розлуки або соціальної фобії (на основі

	ADIS-C/P)
	Критерії виключення: основний діагноз простих фобій, інтелектуальних або фізичних вад, в даний час приймають ліки проти тривоги або депресії, батьки беруть участь у гострому розпаді шлюбу
	КПТ- дитина
	Втручання: Коала копінгу (адаптація Кота Копінгу)
	Супутні/виключені препарати: антитривожні та депресивні препарати виключені
Інтервенції	**Формат проведення:** дитячі сесії; група
	Час контакту з терапевтом: 24 години (12 х 2

години)

Хто здійснює втручання: зареєстровані клінічні психологи

Сім'я КПТ

Інтервенція: Коала Копінгу (адаптація Кота Копінгу), а також сімейне управління тривогою (FAM)

Супутні/виключені препарати: антитривожні та депресивні препарати виключені

Формат проведення: дитина та батьки; група

Час контакту з терапевтом: 24 години (12 x 2 години)

Хто здійснює втручання: зареєстровані клінічні

	психологи
	Список очікування/без лікування
	Втручання: 12-тижневий список очікування
	Супутні/виключені препарати: антитривожні та депресивні препарати виключені
Результати	**Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування:** ADIS-C/P
Примітки	

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозуміли й ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано Відноситься до узгодження за умовами, але не деталізує процедуру
Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозуміли й ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано

Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі
Неповні дані про результати (похибка	Незрозуміли	Коментар до рішення: недостатньо інформації про учасників порівняно з кількістю рандомізованих для кожного заходу або про те, як були

виснаження)	й ризик	оброблені відсутні дані
Усі результати		
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Повідомлені результати за всіма заходами
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпий клініцист оцінив цілісність терапії випадкових сеансів; навчені терапевти проводили лікування
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел

упередженості

Відкрити в окремому вікні

Barrington 2005

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Методи

Загальна тривалість дослідження: 12-місячне

спостереження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 1, в Данії

Обстановка дослідження: клініка

N = 54 (CBT: N = 28; TAU: N = 26)

Середній вік (SD): CBT: 9,8 (2,29); TAU: 10,2 (1,75)

Діапазон віку: від 7 до 14 років

Стать: 35 (64,8%) жіноча

Учасники

Критерії включення: направлення з переважно проблемами, пов'язаними з тривогою (100% діагноз

первинного тривожного розладу, НА основі ADIs-C/P, батьки та дитина, опитані разом)

Критерії виключення: переважно високий рівень агресивної поведінки, інтелектуальна інвалідність, спрямованість судових процедур, вплив недавньої травми

КПТ

Втручання: на основі настанов КПТ та інструментарію КПТ

Формат проведення: сеанси лише для дитинита сеанси лише для батьків/разом з дитиною та батьками; індивідуальні

Час контакту з терапевтом: 12 годин (орієнтовно)

Інтервенції

Хто здійснює втручання: досвідчені терапевти,

магістри/докторанти, підготовлені CBT

TAU

Втручання: різноманітність методів лікування, включаючи сімейну терапію, ігрову терапію, підтримуючу психотерапію, психодинамічну психотерапію, еклектичні підходи, не пов'язані з КПТ

Формат проведення: сеанси лише для дитинита сеанси лише для батьків/разом з дитиною та батьками; індивідуальні

Час контакту з терапевтом: 12 годин (орієнтовно)

Хто здійснює втручання: досвідчені терапевти, магістри/докторанти, підготовлені CBT

Результати	**Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування, 6-місячне спостереженнята 12-місячне спостереження: ADIS-C**/P (дитина та батьки опитані разом) **Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування, 6-місячнеспостереження та12-місячне спостереження:** RCMAS **Зниження симптомів тривоги (батьківський звіт) після лікування, 6-місячне спостереження та 12-місячне спостереження:** SCAS-P
Примітки	Кількість рандомізованих пацієнтів на папері незрозуміла. Повідомити ПРО показник SCAS ‑C z, тому визначте пріоритетність RCMAS

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано

Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Незрозуміли й ризик	Коментар до рішення: не надано жодної інформації про те, чи були учасники засліплені до стану
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Оцінювач сліпий до стану лікування та терапевт
Неповні дані про результати (похибка	Незрозуміли	Коментар до рішення: Відсутні дані для опитувальників деталізовані, але кількість рандомізованих проти

виснаження)	й ризик	тих, хто завершив, незрозуміла
Усі результати		
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для всіх заходів
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Прихильність контролюється та незалежно оцінюється
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел

упередженості

Відкрити в окремому вікні

Berge 2017

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Методи

Загальна тривалість дослідження:

	неконтрольоване 12-місячне спостереження
	Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 1, в Данії
	Обстановка дослідження: приватна клініка
	Дата дослідження: 2013-2016 рр.
	N = 67 (КПТ: N = 34; список очікування: N = 33)
	Середній вік (SD): 12,2 (2,0)
Учасники	**Діапазон віку: від** 10 до 16 років

Стать: 39 (58,2%) жіноча

Критерії включення: від 10 до 16 років, дозволена первинна діагностика внутрішньооральної ін 'єкційної фобії (I-OIP) (критерії DSM-5, з використанням модифікованих ADI), інших фобій як вторинних діагнозів або супутніх діагнозів з I-OIP, готовність спробувати експозиційне лікування; готовність взяти участь у дослідженні протягом 1 року

Критерії виключення: первинна депресія, зловживання наркотиками або алкоголем, інтелектуальні порушення, психотичні симптоми

КПТ

Втручання: лікування за один сеанс (ЗПТ), модифіковане на 5 сеансів

Інтервенції

Супутні/виключені препарати: детальна

інформація відсутня

Формат проведення: дитячі сесії; індивідуальні

Час контакту з терапевтом: 5 годин (5 х 1 година)

Хто проводить втручання: стоматологи, навчені та акредитовані в ЗПТ

Список очікування/без лікування

Втручання: 5-тижневий список очікування

Супутні/виключені препарати: детальна інформація відсутня

Результати	**Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування:** шкала страху внутрішньоральної ін'єкції (IOIF)
Примітки	Вимірювання симптомів тривоги - вимірювання страхів щодо внутрішньо-ротової ін 'єкції

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**

Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: випадкове число, згенероване комп'ютером
Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Непрозорі та запечатані конверти були приведені в порядок відповідно до рандомізації
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання

Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Тільки анкети для оцінки результатів
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: детально описані випадки вибуття та причини, з яких була надана ця інформація; повідомлені відсутні дані для кожного заходу
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати для всіх повідомлених заходів

Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Стоматологи, навчені та акредитовані в ЗПТ, провели інтервенцію, але не надали жодних подробиць щодо прихильності
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Cartwright Hatton 2011

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: 12-місячне спостереження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 1, в Данії

Налаштування дослідження: дослідницька лікарня

Дата дослідження: набір з січня 2006 року по січень 2008 року

Методи

	Вихід: 1 сім'я, рандомізована до групи лікування, вийшла з дослідження
	N = 74 рандомізовані (КПТ: N = 38; список очікування: N = 36); Примітка: N = 70 відповідають діагностичним критеріям тривожного розладу і включені до цього списку
	Середній вік: 6,6 років (n = 74)
	Діапазон віку: від 2,7 до 9 років (n = 74)
	Стать: 42 (56,8%) (n = 74)
Учасники	**Критерії включення:** ≥ відрізаний за шкалою інтерналізації CBCL або шкалою інтерналізації дошкільної поведінки та, ймовірно, має тривожний розлад (Примітка: сюди включаються лише ті, хто відповідає діагностичним критеріям тривожного

розладу на основі ADIS–P)

Критерії виключення: батьки/дитина мали помірні та важкі труднощі в навчанні; дитина мала помірні та важкі розлади аутистичного спектру

КПТ

Інтервенція: Боязкий тигр

Супутні/виключені препарати:

Формат надання терапії: тільки з батьками; група

Інтервенції

Час контакту з терапевтом: 20 годин (10 х 2 години)

Хто здійснює втручання: клінічний психолог

Список очікування/без лікування

Втручання: 10-тижневий список очікування

Ремісія діагнозу первинного тривожного розладу після лікування та 12-місячного спостереження: ADIS-P

Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування та 12-місячного спостереження: ADIS-P

Результати

Примітки

Вимірювання симптомів - дані недоступні для тих, хто відповідав діагностичним критеріям

тривожного розладу на етапі включення (N = 70)

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Мінімізація за допомогою випадкового елемента з використанням 3 факторів; заплановане співвідношення 1:1
Приховування розподілу	Низький	Коментар до рішення: Телефон, з прихованим розподілом незалежним

(упередження відбору)	ризик	агентством
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Оцінювачі сліпі до розподілу групи

Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Відсутні дані про результати, збалансовані за кількістю у всіх групах втручання, і, де це можливо, з урахуванням відповідного методу
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати для всіх повідомлених заходів (за винятком звітів вчителя, що є обґрунтованим)
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: кваліфікація терапевта підтверджена, а прихильність до терапії детально описана

Інше упередження	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Дані довгострокового спостереження: 38% контрольної групи повідомили, що отримали додаткове втручання проти 7% у групі КПТ

Відкрити в окремому вікні

Chalfant 2007

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: період лікування 5,5 місяців

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 1, в Австралії

Методи

Обстановка дослідження: клініка

Учасники	**N = 51** (КПТ: N = 32; список очікування: N = 19) **Середній вік:** 10,8 (1,35) (n = 47) **Діапазон віку: від** 8 до 13 років **Стать:** 12 (25,5%) (n = 47) **Критерії включення:** документальне підтвердження діагнозу високофункціонального аутистичного розладу або розладу Аспергера. Отримано діагноз первинного тривожного розладу (на основі ADIS-C/P) **Критерії виключення:** інтелектуальна затримка, фізична інвалідність, наразі приймають протитривожні або антидепресанти, мають помітні труднощі з екстерналізацією (наприклад, розлад поведінки або опозиційний зухвалий розлад), батьки відчувають гострий розпад шлюбу

КПТ

Втручання: адаптація Cool Kids

Супутні/виключені препарати: наразі виключено прийом ліків проти тривоги та антидепресантів

Формат проведення: сесії з дитиною і батьками; група

Час контакту з терапевтом: 24 години (12 x 2 години)

Хто здійснює втручання: клінічний психолог

Список очікування/без лікування

Інтервенції

Втручання: список очікування, приблизно 5,5

	місяців
	Супутні/виключені препарати: наразі виключено прийом ліків проти тривоги та антидепресантів
Результати	**Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування:** ADIS-C/P
	Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: SCAS‑C
	Зниження симптомів тривоги (звіт батьків) після лікування: SCAS-P
Примітки	Загальна кількість рандомізованих невідома.
	Автор підтвердив, що не може надати додаткові дані

про результати діагностики.

Зразок з ASD

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Немає подробиць щодо генерації послідовності

Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Клініцисти, які збирали дані після лікування, не сліпі до цілей дослідження. Не вказано, якщо група сліпа до втручання

Усі результати		
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		Коментар до рішення: детальна кількість вибулих, але незрозуміло, чи включені вибули в аналізи. Не надано n для окремих заходів або будь-яких подробиць про те, як оброблялися відсутні дані
Усі результати	Незрозумілий ризик	
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Дані повідомляються за всіма показниками результату
	Незрозумілий ризик	
Інше джерело упередженості -		Коментар до рішення: Терапія, що проводиться клінічними психологами, жодних інших подробиць щодо

цілісність терапії		навчання/нагляду або прихильності
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Cheung 2016

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: 6 місяців спостереження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 1, в Данії

Налаштування дослідження: Клініка- Служба обстеження дитини

Методи

Дата дослідження: 2014-2015 рр.

Учасники	**N = 81** (CBT: 22; активний контроль (тренінг з модифікації упередження уваги (ABM)): 20; CBT + ABM: 20; список очікування: 19) **Середній вік:** 7,37 **Діапазон віку: від** 6 до 12 років **Стать:** 48 (64%) (n = 75) **Критерії включення:** діагностичні критерії соціального тривожного розладу (на ОСНОВІ ADIS-P) **Критерії виключення:** сенсорні порушення або інші фізичні вади, розлади аутистичного спектру, отримана психотерапія (наприклад, КПТ) або ліки від тривоги або проблем з настроєм протягом попередніх 6 місяців

	КПТ
	Втручання: адаптована версія Coping Cat
	Формат терапії:сесії тільки з дитиною, батьки приєднуються до деяких сесій
	Час контакту з терапевтом: 18 годин (9 x 2 години)
	Хто здійснює втручання: клінічний психолог
	Активний контроль (АВМ)
Інтервенції	**Втручання:** тренінг з модифікації упередженості уваги (8 сесій комп'ютеризованого тренінгу АВМ)

КПТ (КПТ+ АВМ)

Втручання: адаптована версія Coping Cat та АВМ (8 сеансів комп'ютеризованого навчання АВМ)

Формат терапії:сесії тільки з дитиною, батьки приєднуються до деяких сесій

Час контакту з терапевтом: 18 годин (9 х 2 години)

Хто здійснює втручання: клінічний психолог

Список очікування/без лікування

Втручання: 2-місячний список очікування

	Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: SCAS‑C
Результати	**Зниження симптомів тривоги (звіт батьків) після лікування: SCAS-P**
	Порівняння: CBT проти списку очікування; CBT + ABM проти активного контролю (ABM)
	Активний контроль (ABM) = альтернативне лікування
Примітки	Використовувалася діагностична оцінка після лікування, але не повідомляла про результати ремісії

Тезис

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: комп'ютеризований генератор випадкових чисел, але незрозумілий розподіл додаткових дітей, завербованих після вибуття людей з групи КПТ

Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар судження: на основі комп’ютера, тому навряд чи можна передбачити призначення
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі

Усі результати		
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Про аналізи рандомізованої групи не повідомлялося
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати для всіх повідомлених заходів
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано

Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Chiu 2013

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: період лікування 5,5 місяців Неконтрольоване спостереження протягом 1 року

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 2 школи в США

Навчальні умови: початкові школи

Дата дослідження: набір січень 2005 р. - квітень 2008 р.

Методи

Учасники	**N = 40** (КПТ: N = 22; список очікування: N = 18) **Середній вік:** 8,51 (1,74) **Діапазон віку: від** 5 до 12 років **Стать:** 18 (45%) жінок **Критерії включення:** первинний діагноз тривожного розладу розлуки, соціальної фобії або генералізованого тривожного розладу (DSM–IV) (на основі ADIS-C/P); відсутність використання психіатричних препаратів або стабільне використання психіатричних препаратів протягом щонайменше 1 місяця і згода підтримувати цю дозу протягом усього дослідження **Критерії виключення:** дитина наразі перебувала на психотерапії

КПТ

Інтервенція: зміцнення довіри

Супутні/виключені лікарські засоби: відсутність застосування психіатричних лікарських засобів або стабільне застосування

Формат доставки: тільки дитина, або якщо батьки вирішили відвідати сесію, розділену на лише дитину, лише одного з батьків, батьків та дитину разом; індивідуально

Час контакту з терапевтом: до 16 годин (до 16 х 1 години)

Інтервенції

Хто здійснює втручання: докторанти з клінічної/педагогічної психології

	Список очікування/без лікування
	Втручання: 3-місячний список очікування
	Супутні/виключені лікарські засоби: відсутність застосування психіатричних лікарських засобів або стабільне застосування
	Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування: ADIS-C/P
	Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: звіт MASC‑Child
Результати	**Зниження симптомів тривоги (батьківський звіт) після лікування:** MASC-Батьківський звіт

Примітки

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Не деталізував формування послідовності, опис методу стратифікації незрозумілий

Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)	Низький ризик	Коментар до рішення: Оцінювачі сліпі до стану лікування

Усі результати		
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Описаний метод управління відсутніми даними. Невелика кількість відсутніх даних, лише 1 вибуття
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати для кожного зазначеного заходу
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Підготовлені клініцисти, регулярний нагляд. Сліпі оцінювачі оцінювали сеанси терапії з

		випадковим вибором на вірність
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Cobham 2017

Характеристики дослідження

	Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження
	Загальна тривалість дослідження: неконтрольоване 12-місячне спостереження
	Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 1, в Австралії
Методи	**Умови дослідження:** університетська клініка
	N = 63 (КПТ: N = 33; список очікування: N = 30)
Учасники	**Середній вік:** 9,3 (2,0) (n = 60)

Діапазон віку: від 7 до 14 років

Стать: 30 (49,2%) жінок

Критерії включення: дитина віком від 7 до 14 років; дитина відповідає діагностичним критеріям для первинного діагнозу тривоги DSM‑IV (на основіADIS ‑C/P); батько може відвідувати лікування

Критерії виключення: дитина наразі перебувала на психотерапії

КПТ

Інтервенції

Втручання: Безстрашний потрійний П

Супутні/виключені ліки: ліки від тривоги

виключені

Формат надання терапії: тільки з батьками; група

Час контакту з терапевтом: 9 годин (6 х 1,5 години)

Хто здійснює втручання: інтерни післядипломної клінічної психології

Список очікування/без лікування

Втручання: 6-тижневий список очікування

Супутні/виключені ліки: ліки від тривоги виключені

Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування: ADIS-C/P

Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування: ADIS-C/P

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: SCAS‑C

Зниження симптомів тривоги (звіт батьків) після лікування: SCAS-P

Результати

Примітки

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: комп'ютерна, блокова рандомізація
Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар судження: на основі комп’ютера, тому навряд чи можна передбачити призначення

Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Оцінювачі сліпі до стану лікування
Неповні дані про результати (похибка	Низький	Коментар до рішення: Детально описується вибуття/відкликання з наведеними причинами. Кілька вибулих. Деталі, пов 'язані з

виснаження)	ризик	відсутніми наданими даними, з відсутніми випадковими доказами та використаними відповідними методами підрахунку
Усі результати		
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для всіх заходів
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Втручання підготовлених терапевтів, щотижневий нагляд. Цілісність лікування оцінена та підтверджена сліпим дослідником
Інше упередження	Низький	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел

ризик упередженості

Відкрити в окремому вікні

Cornacchio 2019

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Методи

Загальна тривалість навчання: неконтрольоване

спостереження за навчальним роком

Кількість навчальних центрів та розташування: 1, у США

Налаштування дослідження: центр селективного лікування мутизму

N = 29 (КПТ: N = 14; список очікування: N = 15)

Середній вік: 6,6 (1,3)

Діапазон віку: від 5 до 9 років

Стать: 22 (75,9%) жін

Учасники

Критерії включення: вік від 5 до 9 років, відповідають критеріям DSM–5 для селективного

	мутизму (НА основі ADIS-P)
	Критерії виключення: визначені як такі, що мають будь-які психічні розлади, які погіршують психічне здоров 'я більше, ніж селективний мутизм; або вони були невербальними з обома батьками
	КПТ
	Втручання: інтенсивна групова програма КПТ, зосереджена на ступені впливу вербальної комунікації, яка спирається на терапію взаємодії між батькамитадитиною
	Супутні/виключені ліки: ліки від тривоги виключені
Інтервенції	**Формат проведення:** дочірні та батьківські сесії; група

Час контакту з терапевтом: від 30 до 40 годин (5 х 6-8 годин, 5 днів поспіль)

Хто здійснює втручання: консультант та терапевт магістерськогорівня

Список очікування/без лікування

Втручання: 4-тижневий список очікування, 1-сторінкова інформаційна брошура з психоосвіти щодо селективного мутизму

Супутні/виключені ліки: ліки від тривоги виключені

Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування: ADIS-C/P

Результати

покращення глобального функціонування після

лікування: CGAS

Примітки	Повідомте t-оцінку CBCL-Anxiety

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
		Коментар до рішення: не детально
Генерація випадкової послідовності (зміщення	Незрозуміли	

вибору)	й ризик	
Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозуміли й ризик	Коментар до рішення: не детально
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
	Низький ризик	Коментар до рішення: Оцінювачі в масках
Засліплення оцінки результатів (упередженість		

виявлення)		
Усі результати		
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: детальне зберігання та відповідна процедура управління відсутніми даними
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для всіх заходів
Інше джерело упередженості -	Низький	Коментар до рішення: Підготовлений персонал та вірність

цілісність терапії	ризик	оцінюються та повідомляються
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Creswell 2017

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: 6 місяців спостереження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 4, в Данії

Налаштування дослідження: CAMHS

Дата дослідження: набір з березня 2012 року по березень 2014 року

Методи

Учасники	**N = 136 рандомізованих** (CBT: N = 68; активний контроль: N = 68) NB: N = 122 відповідали діагностичним критеріям тривожного розладу і були включені сюди (НА основі ADIS-C/P) **Діапазон віку: від** 5 до 12 років **Стать:** 63 (51,6%) жін (n = 122) **Критерії включення:** дитина віком від 5 до 12 років з тривогою, пов 'язаною з клінічними порушеннями, як основною проблемою. Примітка: ми включили лише тих, хто відповідав діагностичним критеріям (90% оригінальної вибірки) **Критерії виключення:** діти, яким призначено психотропні препарати, а також батьки або діти з поганим розумінням англійської мови або з фізичними або інтелектуальними порушеннями (включаючи розлад аутистичного спектру), які заважатимуть їхній здатності брати участь в оцінках або лікуванні

КПТ

Втручання: КПТ під керівництвом батьків

Супутні/виключені препарати: не допускається

Формат доставки: тільки батьківський; індивідуальний

Час контакту з терапевтом: 5 годин (5 х 1 година) (особисті та телефонні зустрічі)

ВООЗ здійснює втручання: працівники первинної психіатричної допомоги

Інтервенції **Активний контроль**

Втручання: Терапія, орієнтована на рішення

Супутні/виключені препарати: не допускається

Формат доставки: лише дитина та 1 сеанс батько та дитина; індивідуальний

Час контакту з терапевтом: 5 годин (5 х 1 година)

ВООЗ здійснює втручання: працівники первинної психіатричної допомоги

Ремісія діагнозу первинного тривожного розладу після лікування та12-місячного спостереження: ADIS-P

Результати

Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після

	лікування та12-місячного спостереження: ADIS-P
	Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування та3-місячного спостереження:SCAS‑C
	Зниження симптомів тривоги (батьківський звіт) після лікування та 6-місячного спостереження: SCAS-P
Примітки	Активний контроль (ABM) = альтернативне лікування

Ризик похибки

Упередження	Авторське судження	Підтримка судження
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Безпечний онлайн-інструмент мінімізації
Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Послідовність розподілу була збережена в безпечній онлайн-програмі мінімізації, доступній лише для головного дослідника та клінічного керівника, який розподіляв учасників клініцистам
Засліплення учасників та персоналу	Низький	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було

(упередження продуктивності)	ризик	неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Усі результати		
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Дослідницький персонал, який отримав вимірювання результатів, був замаскований для розподілу на групи
Неповні дані про результати (похибка виснаження)	Низький ризик	Коментар до рішення: детальний опис випадків вибуття та відповідні методи, що використовуються для управління відсутніми даними

Усі результати

Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для всіх заходів
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Тренування, контрольоване та вимірювання прихильності
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Dadds 1997

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: неконтрольоване 3-місячне та 12-місячне спостереження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 8 початкових шкіл в Австралії

Методи

Навчальні умови: початкові школи

Учасники	**N = 136 рандомізованих** (CBT: N = 68; активний контроль: N = 68) NB: N = 122 відповідали діагностичним критеріям тривожного розладу і були включені сюди (НА основі ADIS-C/P) **Діапазон віку: від** 7 до 14 років **Критерії включення:** діти відповідали діагностичним критеріям тривожного розладу або особливостям тривожного розладу. Ми включили лише тих, хто відповідав діагностичним критеріям (на основі ADIS‑P, CSR = 4+) **Критерії виключення:** Клінічна оцінка тяжкості від 6 до 8

КПТ

Втручання: Coping Koala (австралійська модифікація Coping Cat)

Супутні/виключені препарати:

Формат доставки: тільки для дитини, тільки для батьків; група

Час контакту з терапевтом: від 10 до 23 годин (10 х 1-2 години, плюс 3 батьківські сесії)

Хто здійснює втручання: зареєстровані клінічні психологи

Інтервенції **Список очікування/без лікування**

Втручання: моніторинг, без втручання

Ремісія діагнозу первинного тривожного розладу після лікування та12-місячного спостереження: ADIS-P

Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування та12-місячного спостереження: ADIS-P

Результати

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування та 6-, 12- та24-місячне спостереження: RCMAS

Примітки

Автор надав дані про результати для учасників, які відповідали діагностичним критеріям тривожного розладу (КСВ 4+) на етапі включення.

Кластерне дослідження - коригування для аналізу

відповідно до протоколу

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Школи підібрані за розміром, соціодемографією та були випадковим чином розподілені за станом. Більше ніяких подробиць
Приховування	Незрозуміли	Коментар до рішення: подробиць не

розподілу (упередження відбору)	й ризик	надано
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі

Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Автор надав дані
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати повідомлені/надані
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Регулярний нагляд, моніторинг доброчесності та відсутність суттєвих відхилень від протоколу

Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Flannery Schroeder 2000

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: неконтрольоване 3-місячне та 12-місячне спостереження

Кількість навчальних центрів та розташування: 1, у США

Методи

Умови дослідження: університетська клініка

N = 45 (CBT-фізична особа: N = 18; CBT-група: N = 13; список очікування: N = 14)

Учасники

Діапазон віку: від 8 до 14 років

Критерії включення: діагностичні критерії DSM‑IV для дитячого тривожного розладу (генералізований тривожний розлад, тривожний розлад розділення, соціальна фобія) (на основі ADIS‑C/P)

Критерії виключення: інвалідний фізичний стан, психотичні симптоми або поточне використання антитривожних або антидепресантів; первинний діагноз простої фобії

CBT‑індивідуальний

Інтервенція: Кіт Копінгу

Супутні/виключені препарати: поточне використання антитривожних або антидепресантів виключено

Формат проведення: дитячі сесії з додатковими батьківськими зборами; індивідуальні

Час контакту з терапевтом: від 15 до 18 годин (18 х 50-60 хвилин)

Інтервенції

Хто здійснює втручання: навчені терапевти, докторанти

КПТ (група)

Інтервенція: Адаптований Кіт Копінгу для груп

Супутні/виключені препарати: поточне використання антитривожних або антидепресантів виключено

Формат проведення: дитячі сесії з додатковими батьківськими зборами; індивідуальні

Час контакту з терапевтом: 27 годин (18 x 90 хвилин)

Хто здійснює втручання: навчені терапевти, докторанти

Список очікування/без лікування

	Втручання: 9-тижневий список очікування
	Супутні/виключені препарати: поточне використання антитривожних або антидепресантів виключено
	Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-C/P
	Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: RCMAS
	Зниження симптомів тривоги (батьківський звіт) після лікування: STAIC‑trait (материнський звіт)
Результати	**Зменшення депресивних симптомів після лікування: CDI**

Примітки

Ризик похибки

Упередження	Авторське судження	Підтримка судження
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Блокування рандомізації, що використовується для віднесення до групи КПТ. Немає подробиць щодо створення послідовності

Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не наведено (лише подробиці про вчителів, сліпих до стану)
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Немає подробиць щодо того, чи проводилися діагностичні оцінки сліпими оцінювачами

Усі результати		
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Подробиці про вибуття. Повідомляється про аналогічну схему ITT, як і у тих, хто виконує безперервні заходи
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Заходи, про які повідомляється
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Прихильність до терапії оцінюється незалежним оцінювачем. Підготовлено

		терапевтів
Інше упередження	Високий ризик	Коментар до рішення: Тривалість списку очікування коротша, ніж лікування

Відкрити в окремому вікні

Fujii 2013

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: 32-тижневий період лікування

Кількість навчальних центрів та розташування: 1, у США

Методи

Обстановка дослідження: клініка

N = 16 (CBT: N = 10; TAU: N = 6)

Учасники

Середній вік (СВ): 8,80 (1,60), n = 12

Діапазон віку: від 7 до 11 років

Стать: 3 (25%) жіноча (n = 12)

Критерії включення: критерії дослідження для розладу аутистичного спектра та принаймні 1 тривожного розладу, CSR 5+ (НА основі ADIS-C/P)

Критерії виключення: вербальний IQ < 70, первинний діагноз, крім тривоги

КПТ

Втручання: Програма зміцнення впевненості CBT

Супутні/виключені препарати: психіатричні препарати, якщо вони застосовувалися, зберігалися у стабільній дозі принаймні протягом 1 місяця до прийому та протягом усього періоду дослідження

Формат проведення: дитина та батьки (частина кожного сеансу індивідуально, а частина разом); індивідуально

Час контакту з терапевтом: 48 годин (32 x 90 хвилин)

Інтервенції

Хто здійснює втручання: випускники/постдоктори з психології або психіатрії

	TAU
	Втручання: безкоштовно звертатися за будь-яким видом лікування протягом 16 тижнів
	Супутні/виключені препарати: психіатричні препарати, якщо вони застосовувалися, підтримувалися у стабільній дозі принаймні за 1 місяць до прийому. Дозволяється змінювати препарат протягом періоду TAU, якщо він стабільний принаймні за 1 місяць до післяоцінки
Результати	**Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування:** ADIS-C/P
Примітки	Зразок з ASD

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Заблоковано рандомізовано за статтю та віком. Немає подробиць щодо створення послідовності
Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано

Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Всі оцінки проводилися незалежними оцінювачами наосліп
Неповні дані про результати (похибка	Низький	Коментар до рішення: детально описується вибуття, повідомляються

виснаження)	ризик	дані
Усі результати		
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Повідомлені результати діагностики. Немає згадки про інші заходи (але обґрунтовано, враховуючи невелику вибірку, популяцію)
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Навчені терапевти та терапевти-наглядачі. Оцінка та повідомлення про прихильність

Інше упередження	Високий ризик	Коментар до рішення: Період тау-белка коротший, ніж період лікування

Відкрити в окремому вікні

Gallagher 2004

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: 3 тижні подальшого спостереження (3 тижні після закінчення лікування)

Кількість навчальних центрів та розташування: 1, у США

Методи

Обстановка дослідження: клініка

N = 23 (CBT: N = 12; список очікування: N = 11)

Учасники

Діапазон віку: від 8 до 11 років

Стать: 12 (52,2%) жінок

Критерії включення: відповідають діагностичним критеріям соціальної фобії (на основі ADIS-C/P)

Критерії виключення: синдром дефіциту уваги та гіперактивності, розлад поведінки, опозиційний дефіцитний розлад, біполярне розлади, суїцидальні думки, розумова відсталість

КПТ

Втручання: коротке групове втручання для підлітків з соціальною фобією

Формат доставки: лише дитина (плюс початковий сеанс дитина + батьки); група

Інтервенції

Час контакту з терапевтом: 9 годин (3 x 180

	хвилин)
	Хто здійснює втручання: первинний дослідник та аспіранти
	Список очікування/без лікування
	Втручання: 6-тижневий список очікування
	Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-P
	Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: RCMAS
Результати	**Зменшення депресивних симптомів після лікування: CDI**

Примітки	Повідомляйте дані ADI батьків ТА дітей окремо; враховуючи вік вибірки, використовуйте дані ADI-P тут

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Немає подробиць щодо генерації послідовності

Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: відокремлення терапевтів від початкового скринінгу, але приховування розподілу не деталізується
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)	Низький ризик	Коментар до рішення: Процедура дещо незрозуміла, але достатньо детальна, щоб визначити оцінки після лікування, проведені сліпими

Усі результати		оцінювачами
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: N наведено для діагностичних результатів, але виснаження не вказано. Зверніться до відсутніх батьківських даних, але не деталізуйте їх за групами
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Звіт про результати заходів
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Лікування, що проводиться докторантами та автором посібника. Оцінка та

		повідомлення про прихильність
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Ginsburg 2002

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Кількість навчальних центрів та розташування: 1, у США

Методи

Навчальне середовище: міська середня школа

N = 12 (CBT: N = 6; активний контроль: N = 6)

Середній вік (SD): 15,6

Діапазон віку: від 14 до 17 років

Учасники

Критерії включення: критерії DSM-IV для первинного (тобто найважчого) діагнозу тривоги (за винятком

обсесивно-компульсивного розладу та посттравматичного стресового розладу) з CSR ≥ 4 (на основі ADIS -C); наразі не беруть участь у психіатричному або психосоціальному лікуванні, спрямованому на зменшення симптомів тривоги

Критерії виключення: психічний стан, що суперечить дослідженню (наприклад, суїцидальний намір) або потребує більш негайного або альтернативного лікування

КПТ

Втручання: модифікована версія групового посібника CBT (Silverman 1999b)

Інтервенції

Супутні/виключені препарати: наразі виключається участь у будь-якому психіатричному

лікуванні

Формат проведення:сесії тільки з дитиною; група

Час контакту з терапевтом: 7,5 годин (10 х 45 хвилин)

Хто здійснює втручання: 2 аспіранти підвищеної кваліфікації, які пройшли навчання з КПТ

Активний контроль

Втручання: контроль підтримки уваги. Обмін та обговорення досвіду, пов'язаного з тривогою. Компоненти КПТ, яких слід уникати

Супутні/виключені препарати: наразі виключається участь у будь-якому психіатричному лікуванні

	Формат проведення:сесії тільки з дитиною; група
	Час контакту з терапевтом: 7,5 годин (10 x 45 хвилин)
	Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-C/P
	Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування: ADIS-C/P
Результати	**Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування:**SCARED‑C
Примітки	Активний контроль = контроль уваги

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Використана таблиця випадкових чисел
Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано

Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Немає подробиць про сліпих учасників
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: оцінювачі ADIS не знають про стан лікування
Неповні дані про результати (похибка	Низький ризик	Коментар до рішення: вибуття, про яке повідомлялося, та подібне між групами, а також причина, про яку повідомлялося, де це можливо

виснаження)		("більше не потрібна група")
Усі результати		
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для всіх заходів
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Терапевти пройшли навчання, прихильність контролюється, а підхід виправданий
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел

упередженості

Відкрити в окремому вікні

Ginsburg 2012

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Методи

Загальна тривалість дослідження: 1-місячне

	спостереження
	Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 14 шкіл у США
	Обстановка дослідження:шкільні психіатричні клініки
	N = 32 (CBT: N = 17; TAU: N = 15)
	Середній вік (SD): CBT: 11,12 (2,75); TAU: 9,33 (2,06)
	Діапазон віку: від 7 до 17 років
Учасники	**Стать:** КПТ: 12 (70,6%) жінок; TAU: 8 (53,3%) жінок

Критерії включення: вік від 7 до 17 років, наявність ГТР, соціального тривожного розладу, тривожного розладу при розлученні, специфічної фобії або тривожного розладу, якщо не вказано інше (на основі ADIS-C/P), відсутність медичних або психіатричних станів, що протипоказані дослідницькому втручанню, наразі не отримують лікування тривоги

Критерії виключення: не вдалося провести попереднє дослідження КПТ щодо тривожності

КПТ

Втручання: модульна КПТ, адаптована з посібників КПТ

Супутні/виключені лікарські засоби: дозволені стабільні лікарські засоби для лікування іншого психічного розладу

Формат проведення: тільки для дитини, рекомендується залучати батьків принаймні до 3 сеансів; індивідуально

Час контакту з терапевтом: 6 годин (8 х 45 хвилин протягом 12 тижнів)

Інтервенції

Хто здійснює втручання: початківці клініцисти школи КПТ

TAU

Інтервенція: терапевтичне втручання, яке не включало стратегії КПТ. Терапія представляла собою звичайний догляд для терапевта (наприклад, малювання, гра або підтримуюча терапія) і забезпечена інструкцією з контролю уваги для використання за бажанням

Супутні/виключені лікарські засоби: дозволені стабільні лікарські засоби для лікування іншого психічного розладу

Формат проведення: тільки для дитини, рекомендується залучати батьків принаймні до 3 сеансів; індивідуально

Час контакту з терапевтом: 6 годин (8 x 45 хвилин протягом 12 тижнів)

Хто здійснює втручання: початківці клініцисти школи КПТ

	Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування та подальшого спостереження (≤ 6 місяців): SCARED-C
Результати	**Зниження симптомів тривоги (батьківський звіт) після лікування та подальшого спостереження (≤ 6 місяців):** SCARED-C
Примітки	Діагностична оцінка після лікування включала, але не повідомляла про необхідні результати ремісії.

Ризик похибки

Упередження	Авторське судження	Підтримка судження
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Послідовність онлайн та окремо для кожного клініциста
Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Використовуйте веб-сайт для генерації номера, тому навряд чи передбачите призначення
Засліплення учасників та персоналу (упередження	Незрозуміли	Коментар до рішення: подробиць не

продуктивності)	й ризик	надано
Усі результати		
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незалежні оцінювачі, оцінки, переглянуті старшим клініцистом, сліпим до стану
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Детальна інформація про вибуття, відповідна умова для роботи з відсутніми даними. 11% даних про результати відсутні

Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати повідомлені/надані
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Прихильність оцінювалася та повідомлялася; були деякі докази того, що учасники TAU отримували елементи КПТ, які потенційно могли вплинути на результати
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Ginsburg 2019a

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження:1 рік подальшого спостереження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: США

Методи

Навчальні умови: початкові школи

Дата дослідження: 2012-2017 рр.

N = 216 (CBT: 148; TAU: 68)

Середній вік (СВ): 10,87 (3,27)

Діапазон віку: від 6 до 18 років

Стать: 48,6% жінки

Критерії включення: вік від 6 до 18 років, відповідає діагностичним критеріям DSM‑IV для первинного тривожного розладу (на основі ADIS‑C/P)

Учасники

Виключені критерії: медичний або психіатричний стан, що протипоказаний дослідним препаратом (наприклад, суїцидальність) і потребує негайного або альтернативного лікування, отримували психосоціальне лікування тривоги та/або перебували під опікою державних соціальних

	служб
	КПТ
	Втручання: модульна КПТ. Адаптовано з емпірично підтверджених посібників. Включено: психоосвіта, експозиція, винагороди, когнітивна перебудова, вирішення проблем, соматичні/релаксаційні навички, профілактика рецидивів, факультативний батьківський психоосвітній модуль
	Супутні/виключені препарати: дозволена стабільна доза
	Формат доставки: лише дитина, необов 'язковий батько; фізична особа
Інтервенції	**Час контакту з терапевтом:** від 6 до 8 годин (12 х 30-40 хвилин)

Хто проводить втручання: шкільні клініцисти

TAU

Втручання: терапевтичні стратегії, які зазвичай надають клініцисти (наприклад, підтримуюча терапія)

Супутні/виключені препарати: дозволена стабільна доза

Формат проведення: дитячі сесії; індивідуальні

Час контакту з терапевтом: від 6 до 8 годин (12 х 30-40 хвилин)

Хто проводить втручання: шкільні клініцисти

Результати	**Ремісія діагнозу первинного тривожного розладу після лікування та 12-місячного спостереження:** ADIS-C/P
	Повідомлялося про SCARED‑C, SCARED‑P, CGAS, але не повідомлялося про SDs
Примітки	Повідомлені дані кластерного дослідження скориговані відповідно до протоколу

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: генератор веб-плану рандомізації, але зміна коефіцієнтів рандомізації після початку
Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар судження: на основі комп’ютера, тому навряд чи можна передбачити призначення
Засліплення учасників та персоналу (упередження	Незрозумілий	Коментар до рішення: Не вказано

продуктивності)	й ризик	
Усі результати		
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Повідомлення про вибуття та відповідний метод управління відсутніми даними

Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати повідомлені/надані
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Прихильність вимірюється
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Hancock 2018

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: 3 місяці спостереження лише для груп лікування

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 1, в Австралії

Налаштування дослідження: університетська лікарня

Методи

Учасники	**N = 193** (КПТ (терапія прийняття та зобов'язань): N = 68; КПТ: N = 63; список очікування: N = 62) **Середній вік (SD):** 11,2 (2,76) **Діапазон віку: від** 7 до 17 років **Стать:** 111 (58%) жіноча **Критерії включення:** тривожний розлад DSM‐IV (на основі ADIS ‐C/P), вік від 7 до 17 років **Критерії виключення:** не володіє англійською мовою, складні проблеми психічного здоров'я (наприклад, психотичні симптоми, первинний розлад великої депресії) або медичні стани, розлад дефіциту уваги з гіперактивністю, яка не контролювалася належним чином, прийом психотропних препаратів менше 2 місяців, посттравматичний стресовий розлад (через необхідність спеціалізованого лікування) або

академічно більш ніж на 1 клас позаду однолітків

CBT (ACT)

Втручання: Програма ACT. Включає усвідомленість, психоосвіту, когнітивне розмежування, вплив, когнітивне подолання, вирішення проблем, соціальні навички

Супутні/виключені лікарські засоби: без лікарських засобів або стабілізовані на антидепресантах протягом щонайменше 2 місяців

Формат проведення: дитина та батьки; група

Час контакту з терапевтом: 15 годин (10 x 90 хвилин)

Інтервенції

Хто здійснює втручання: зареєстровані клінічні

психологи

КПТ (Cool Kids/Chilled)

Втручання: програма Cool Kids/Chilled для дітей та підлітків

Супутні/виключені лікарські засоби: без лікарських засобів або стабілізовані на антидепресантах протягом щонайменше 2 місяців

Формат проведення: дитина та батьки; група

Час контакту з терапевтом: 15 годин (10 х 90 хвилин)

Хто здійснює втручання: зареєстровані клінічні психологи

Список очікування

Втручання: 10-тижневий список очікування

Супутні/виключені лікарські засоби: без лікарських засобів або стабілізовані на антидепресантах протягом щонайменше 2 місяців

Результати

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: MASC‑C

Примітки

Використовувалася діагностична оцінка після лікування, але не повідомляла про результати ремісії

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: чіткі деталі розподілу послідовності
Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Зарахування учасників до дослідження проводилося співробітником приймальної комісії. Згодом вони були оцінені дослідниками, замаскованими під стан лікування, при цьому обидві сторони були поінформовані про розподіл групи

		після оцінки.
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі та інтерв'ю підгрупи, оцінені клініцистами, сліпими до оригінального діагнозу та групи

Неповні дані про результати (похибка виснаження) Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Детальна інформація про вибуття та наведені причини. Деякі з причин вичерпання потенційно були пов 'язані з розподілом групи, але для управління відсутніми даними були використані відповідні методи підстановки (проведений аналіз рандомізованих пацієнтів).
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати для всіх повідомлених заходів Про деякі заходи повідомлялося в інших місцях.
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Компетентність терапевта та прихильність оцінюються та повідомляються

Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Герберт 2009

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: 6 місяців спостереження

Кількість навчальних центрів та розташування: 1, у США

Методи

Умови дослідження: університетська клініка

Учасники	**N = 73** (група CBT: N = 23; індивід CBT: N = 24; контроль: N = 26) **Середній вік (SD):** CBT‑група: 14,6 (2,8); CBT‑індивід: 14,3 (2,1); контроль: 15,1 (1,4) **Діапазон віку: від** 12 до 17 років **Стать:** 42 (57,5%) жіноча **Критерії включення:** первинний соціальний тривожний розлад, генералізований підтип (на основі ADIS-C); віком від 12 до 17 років; володіння англійською мовою **Виключені критерії:** історія розумової відсталості, поширеного розладу розвитку, органічного психічного розладу, біполярного розладу, психотичного розладу або прикордонного або шизотипового розладу особистості, неминучого суїцидального ризику, зловживання психоактивними речовинами або залежності протягом останнього року, або попереднього випробування поведінки або

КПТ для соціального тривожного розладу

	КПТ (група)
	Інтервенція: психоосвіта, перенавчання дихання, когнітивна перебудова, імітаційний та in vivo вплив фобічних подразників та навчання соціальним навичкам
	Супутні/виключені препарати: дозволені стабілізовані (принаймні 3 місяці без зміни препарату або дози)
	Формат проведення:сесії тільки з дитиною; група
	Час контакту з терапевтом: 24 години (12 x 2 години)
Інтервенції	**Хто здійснює втручання:** просунуті докторанти з клінічної психології

CBT-індивідуальний

Втручання: той самий вміст, що і групова КПТ

Супутні/виключені препарати: дозволені стабілізовані (принаймні 3 місяці без зміни препарату або дози)

Формат проведення: дитячі сесії; індивідуальні

Час контакту з терапевтом: 12 годин (12 x 1 година)

Хто здійснює втручання: просунуті докторанти з клінічної психології

Активний контроль

Втручання: психолого-педагогічна підтримуюча терапія. Обговорення різних тем, що стосуються соціального тривожного розладу. Терапевти пропонували підтримку, але не надавали конкретних

порад, не навчали навичкам, вирішували проблеми або не призначали вправи на вплив.

Супутні/виключені препарати: дозволені стабілізовані (принаймні 3 місяці без зміни препарату або дози)

Формат проведення:сесії тільки з дитиною; група

Час контакту з терапевтом: 24 години (12 x 2 години)

Хто здійснює втручання: просунуті докторанти з клінічної психології

Результати

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування та подальшого спостереження (≤ 6 місяців): SPAI-C

	Зниження симптомів тривоги (батьківський звіт) після лікування та подальшого спостереження (6 місяців): SAS-P
	Використовувалася діагностична оцінка після лікування, але про необхідні результати ремісії не повідомлялося.
Примітки	Активний контроль = контроль уваги

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**

Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар рішення: Блокова рандомізація
Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано

Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Сліпа оцінка результатів
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: детально описується вибуття, розглядаються та повідомляються відмінності між тими, хто закінчив навчання, та тими, хто кинув навчання; повідомляються деталі управління відсутніми даними
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати для всіх повідомлених заходів

Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Підготовлені терапевти, постійний керівник для моніторингу прихильності, надані показники вірності
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Hirshfeld Becker 2010

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження:1 рік неконтрольованого спостереження

Кількість навчальних центрів та розташування: 1, у США

Налаштування дослідження: дослідницька клініка

Методи

Дата дослідження: лютий 2001 р. - січень 2004 р.

Учасники	**N = 64** (КПТ: N = 34; список очікування: N = 30) **Середній вік (SD):** 5,4 (1,0) **Діапазон віку: від** 4 до 7 років **Стать:** 34 (53%) жіноча **Критерії включення:** поточний тривожний розлад DSM‑IV (на основі K‑SADS) **Критерії виключення:** активний психоз, суїцидальність або зловживання психоактивними речовинами у батьків; розумова відсталість у дитини; поточне психіатричне лікування або минула КПТ; якщо консенсус 2 старших клініцистів вважає дитину занадто неоперативною або відволікаючою для участі в дослідженні або занадто сильно симптоматичною, щоб чекати 6 місяців для отримання лікування, на основі суїцидальних думок, серйозних порушень харчових або сплячих звичок, серйозної соціальної ізоляції, серйозних порушень функцій або

відвідуваності школи або важкого ОКР

КПТ

Інтервенція: Бути сміливим: програма для подолання тривоги для маленьких дітей та їх батьків. Вільне моделювання після ручної програми Coping Cat

Супутні/виключені препарати:

Формат проведення: сеанси лише для батьків та сеанси разом з дитиною та батьками; індивідуальні

Час контакту з терапевтом: до 20 сеансів протягом 6 місяців

Інтервенції

Хто здійснює втручання: психологи та докторанти

Список очікування/без лікування

Інтервенція: 6-місячний список очікування

Ремісія діагнозу первинного тривожного розладу після лікування: K-SADS-E

Результати

Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування:K‑SADS‑E

Примітки

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: блокова рандомізація; послідовності розподілу були згенеровані заздалегідь для 2 клітин (наявність або відсутність батьківських тривожних розладів) координатором дослідження
Приховування розподілу (упередження	Низький	Коментар до рішення: Приховано в комп'ютерному файлі від всього іншого персоналу (включаючи клініцистів, які зареєстрували учасників, оцінювачів та клініцистів, які проводили оцінювання,

відбору)	ризик	та клініцистів, які визначили придатність кожної дитини)
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі

Неповні дані про результати (похибка виснаження)		Коментар до рішення: Про вибуття в повному обсязі повідомляється, і за всіма заходами. Досить високий рівень відсутніх даних для CBCL‑I, який потенційно пов'язаний з результатом, але тут не використовується
Усі результати	Низький ризик	
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для всіх заходів
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: втручання, проведене психологами/науковими співробітниками, але без детальної інформації щодо оцінки прихильності та компетентності

Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Holmes 2014

Характеристики дослідження

	Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження
	Загальна тривалість дослідження: неконтрольоване 3-місячне спостереження
Методи	**Кількість навчальних центрів та місцезнаходження:** 1, в Австралії
	N = 42 (CBT: N = 20; список очікування: N = 22)
	Середній вік (SD): 9,64 (1,41)
Учасники	**Діапазон віку: від** 7 до 12 років

	Стать: 28 (66.7%) жіноча
	Критерії включення: вік від 7 до 12 років, первинний діагноз GAD (на основі ADIS-C/P)
	Критерії виключення: поширений розлад розвитку, інтелектуальна вада або нездатність до навчання, поведінкові проблеми, що завдають більшої шкоди, ніж тривога, зловживання психоактивними речовинами, самопошкодження або суїцидальні думки; в даний час отримує психологічну допомогу або медичне лікування
	КПТ
Інтервенції	**Втручання:** Без турбот - цільова непереносимість невизначеності, негативні переконання щодо занепокоєння, негативна орієнтація на проблему, когнітивне уникнення

	Формат проведення: дитина та батьки; група
	Час контакту з терапевтом: 15 годин (10 x 90 хвилин)
	Хто здійснює втручання: аспіранти, які проходять підвищення кваліфікації, під керівництвом
	Список очікування/без лікування
	Втручання: 12-тижневий список очікування
	Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-C/P
Результати	**Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: SCAS‑C**

Зниження симптомів тривоги (звіт батьків) після лікування: SCAS-P

покращення глобального функціонування після лікування: CGAS

Примітки

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**

Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: згенерований комп'ютером, заблокований список рандомізації
Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар судження: на основі комп’ютера, тому навряд чи можна передбачити призначення
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання

Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Оцінювачі сліпі як до експериментального стану, так і до історії клієнта
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Вибуття та причини для них детальні та зрозумілі. Повідомляється про завершений аналіз та порівнюється з рандомізованим рандомізованим паці
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати для всіх повідомлених заходів

Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Прихильність оцінюється та повідомляється; надається тимчасово зареєстрованими психологами з регулярним наглядом
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Hudson 2009

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: 6 місяців спостереження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 1, в Австралії

Методи

Обстановка дослідження: дослідницька клініка

Учасники	**N = 112** (CBT: N = 60; активний контроль: N = 52) **Середній вік (СВ):** КПТ: 10,2 (2,4) (n = 51); активний контроль: 0,2 (2,7) (n = 44) **Діапазон віку: від** 7 до 16 років **Стать:** КПТ: 37,3% жінок (n = 51); активний контроль: 52,3% жінок (n = 44) **Критерії включення:** діагноз первинного тривожного розладу (на основі ADIS-C/P) **Критерії виключення:** розумова відсталість, психози та одночасне психологічне лікування

КПТ

Інтервенція: Cool Kids

Супутні/виключені препарати: дозволені, якщо стабільні

Формат проведення: дитина та батьки; група

Час контакту з терапевтом: 20 годин (10 х 2 години)

Хто здійснює втручання: клінічні психологи або аспіранти

Активний контроль

Інтервенції

Втручання: групова підтримка та увага. Прагніть

	забезпечити сприятливе середовище, заходи, які допоможуть виразити та зрозуміти емоції та побудувати відносини між сім'ями та всередині них. Терапевти дали вказівку не надавати інтерпретації або стратегії КПТ.
	Супутні/виключені препарати: дозволені, якщо стабільні
	Формат проведення: дитина та батьки; група
	Час контакту з терапевтом: 20 годин (10 x 2 години)
	Хто здійснює втручання: клінічні психологи або аспіранти
Результати	**Ремісія діагнозу первинного тривожного розладу після лікування та 3-місячного спостереження:** ADIS-C/P

	Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування та 3-місячного спостереження: ADIS-P
	Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування та 3-місячного спостереження: SCAS -C
	Зниження симптомів тривоги (батьківський звіт) після лікування та 3-місячного спостереження: SCAS-P
Примітки	Активний контроль = контроль уваги

Ризик похибки

Упередження	Авторське судження	Підтримка судження
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Використовувався розклад від генератора випадкових чисел для призначення кожної групи
Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Виконано головним дослідником. Немає подробиць про спробу приховати розподіл
Засліплення учасників та персоналу (упередження	Низький	Коментар до рішення: Відповідні методи приховування відмінностей між контролем та КПТ; учасники розповіли про 1 нове для клініки

продуктивності)	ризик	лікування, як тільки призначення повідомило про їхній стан
Усі результати		
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Достовірність РЕЗУЛЬТАТІВ ADIS оцінюється, але немає подробиць про засліплення оцінювачів/подвійних оцінювачів
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Детально про вибуття. Відповідні методи обробки відсутніх даних. Повідомлялося про завершені аналізи, і рандомізовані пацієнти також проводили порівняння.

Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати для всіх повідомлених заходів
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Терапевти кваліфіковані та під наглядом. Оцінювалася та повідомлялася прихильність до терапії. Детальна процедура управління 1 випадком порушення протоколу
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Ingul 2013

Характеристики дослідження

Методи

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: неконтрольоване 12-місячне спостереження

Кількість дослідницьких центрів та місцезнаходження: Норвегія

Налаштування дослідження: набір через шкільний скринінг

Учасники	**N = 128** (CBT-індивід: N = 36; CBT-група: N = 58; активний контроль: N = 34) **Середній вік (CB):** 14,5 (1,01) (n = 57) **Діапазон віку: від** 13 до 16 років **Стать:** 32 (56,1%) жіноча (n = 57) **Критерії включення:** діагностика первинної проблеми соціальної фобії (на основі ADIS-C) **Критерії виключення:** розумова відсталість або психоз; лікування в інших місцях з приводу психічних розладів

CBT‑індивідуальний

Втручання: посібник Кларка та Уеллса, адаптований для підлітків

Формат проведення: дитячі сесії; індивідуальні

Час контакту з терапевтом: 10 годин (12 x 50 хвилин)

Хто здійснює втручання: клінічний психолог та співтерапевти

КПТ (група)

Інтервенції

Втручання: на основі посібника проекту CAT для КПТ тривожних підлітків, з деякими ігровими

елементами з SET-C

Формат проведення:сесії тільки з дитиною; група

Час контакту з терапевтом: 15 годин (10 х 90 хвилин)

Хто здійснює втручання: клінічний психолог та співтерапевти

Активний контроль

Втручання: плацебо уваги. Немає активних компонентів в КПТ. Соціальна активність, соціальна взаємодія та соціальна підтримка

Формат проведення:сесії тільки з дитиною; група

Час контакту з терапевтом: 15 годин (10 х 90

	хвилин)
	Хто здійснює втручання: досвідчені терапевти середовища
	Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування:SCARED-C
Результати	**Зменшення депресивних симптомів після лікування: CDI**
	Активний контроль = контроль уваги
Примітки	Подальша діагностична оцінка, але тільки групи КПТ

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Попередньо призначений випадковий графік
Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Стан, виконаний на кожному об'єкті, але без додаткових деталей

Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Оцінювачі сліпі
Неповні дані про результати (похибка	Незрозуміли	Коментар до рішення: Високий рівень вибуття та велика кількість відсутніх даних, пов 'язаних з групою лікування, хоча про аналіз

виснаження)	й ризик	рандомізованих пацієнтів повідомляється для підтвердження аналізу завершених
Усі результати		
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати для всіх повідомлених заходів
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Незрозуміли й ризик	Коментар до рішення: Терапевти належної кваліфікації. Прихильність та компетентність оцінюються та повідомляються у 2 групах КПТ, але не контролюються.
Інше упередження	Низький	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел

ризик упередженості

Відкрити в окремому вікні

Ishikawa 2019

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Методи

Загальна тривалість дослідження: неконтрольоване 3-місячне та 6-місячне

	спостереження
	Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: Японія
	Обстановка дослідження: клініка
	Дата дослідження: набір з 2012 по 2015 рік; подальше спостереження завершено в 2017 році
	N = 51 (КПТ: N = 26; список очікування: N = 25)
	Середній вік (SD): 10,9 (2,0)
Учасники	**Діапазон віку: від** 8 до 15 років

Стать: 29 (56,9%) жін

Критерії включення: (a) вік від 7 до 15 років, (b) відвідування програми зі своїми батьками, (c) наявність тривожного розладу (на основі ADI), (d) не відповідає критеріям ПТСР, руйнівних поведінкових розладів, зловживання психоактивними речовинами, розумової відсталості, поширеного розладу розвитку або психотичного розладу, та (e) згода припинити інші форми терапії на час дослідження

КПТ

Втручання: Японська програма когнітивної поведінкової терапії для дітей/підлітків з тривогою

Супутні/виключені лікарські засоби: наразі жоден з пацієнтів не приймає ліки

Інтервенції

Формат доставки: дитина та батьки разом;

індивідуально

Час контакту з терапевтом: 8 годин (8 x 1 година)

Хто здійснює втручання: клінічний психолог

Список очікування/без лікування

Втручання: 2-місячний список очікування

Супутні/виключені лікарські засоби: наразі жоден з пацієнтів не приймає ліки

	Ремісія діагнозу первинного тривожного розладу після лікування: ADIS-C/P (батьки та дитина опитані разом)
	Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування: ADIS-C/P (батьки та дитина опитані разом)
	Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: SCAS‑C
	Зниження симптомів тривоги (звіт батьків) після лікування: SCAS-P
Результати	**Зменшення депресивних симптомів після лікування: CDI**

Примітки	4 учасники відповідали діагностичним критеріям тривожного розладу, але первинним розладом був депресивний розлад. Включено до всіх аналізів, крім діагнозу ремісії первинного тривожного розладу

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
	Низький ризик	Коментар до рішення: Генератор випадкових чисел
Генерація випадкової послідовності (зміщення		

вибору)		
Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Незалежна особа
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі
Засліплення оцінки результатів (упередженість		

виявлення)		
Усі результати		
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Повідомити про рандомізацію та завершення аналізу. Лише 1 вибуття в кожному стані
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати для всіх повідомлених заходів
Інше джерело упередженості -	Низький	Коментар до рішення: Підготовлені терапевти. Оцінка та повідомлення

цілісність терапії	ризик	про прихильність
Інше упередження	Високий ризик	Коментар до рішення: Різниця у термінах після оцінки для КПТ проти списку очікування - коротший період часу для списку очікування (70 днів проти 122). Включені діти з депресивними розладами в якості первинних діагнозів

Відкрити в окремому вікні

Kendall 1994

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: неконтрольоване довгострокове спостереження

Кількість навчальних центрів та розташування: 1, у США

Методи

Умови дослідження: університетська клініка

Учасники	**N = 60** (КПТ: N = 30; список очікування: N = 30) **Діапазон віку: від** 9 до 13 років **Стать:** 40% жіноча (n = 47) **Критерії включення:** діагноз первинного тривожного розладу (тобто надмірно тривожний розлад, тривожний розлад розлуки, уникнення розладів) на основі ADIS-C/P **Критерії виключення:** первинний діагноз специфічної фобії, IQ нижче 80, інвалідність фізичного стану, прояв психотичних симптомів, в даний час використовуються протитривожні препарати

КПТ

Інтервенція: Кіт Копінгу

Супутні/виключені препарати: антитривожні та депресивні препарати виключені

Формат проведення: дитячі сесії; індивідуальні

Час контакту з терапевтом: від 13 до 20 годин (від 16 до 20 х 50-60 хвилин протягом 16 тижнів)

Хто здійснює втручання: докторанти

Інтервенції **Список очікування/без лікування**

Втручання: 8-тижневий список очікування

Супутні/виключені препарати: антитривожні та депресивні препарати виключені

Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-P

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: RCMAS

Зниження симптомів тривоги (батьківський звіт) після лікування: STAIC‐ trait (материнський звіт)

Результати

Зменшення депресивних симптомів після лікування: CDI

Примітки

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано

Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Вкажіть дані спостережень, оцінені сліпими оцінювачами, але не детально про діагностичні оцінки

Усі результати		
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		Коментар до рішення: Кількість вибулих детально та порівняно з тими, хто залишився, але аналізи включають лише тих, хто завершив навчання; недостатньо деталей про те, як були оброблені відсутні дані, або порівняння з рандомізованими пацієнтами
Усі результати	Незрозумілий ризик	
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати для всіх повідомлених заходів
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Терапевти належної кваліфікації, доброчесність оцінюється та

		повідомляється
Інше упередження	Високий ризик	Коментар до рішення: Кінцева точка відрізняється для списку очікування (8 тижнів) та групи КПТ (16 тижнів)

Відкрити в окремому вікні

Kendall 1997

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: неконтрольоване довгострокове спостереження

Кількість навчальних центрів та розташування: 1, у США

Методи

Умови дослідження: університетська клініка

N = 118 (КПТ: N = 69; список очікування: N = 49)

Учасники

Діапазон віку: від 9 до 13 років

Стать: 38% жін (n = 94)

Критерії включення: вік від 9 до 13 років; первинний тривожний розлад (надмірно тривожний розлад, тривожний розлад розлуки, уникнення розладів) на основі ADIS, NB: діагноз на основі повідомлення батьків про розбіжність з повідомленням дитини

Критерії виключення: діагностика первинної специфічної фобії, психотичні симптоми, прийом ліків проти тривоги

КПТ

Інтервенція: Кіт Копінгу

Супутні/виключені препарати: антитривожні та депресивні препарати виключені

Інтервенції

Формат проведення: дитячі сесії та батьківські

	збори; індивідуальні
	Час контакту з терапевтом: 18 годин (18 x 1 година)
	Хто здійснює втручання: докторанти
	Список очікування/без лікування
	Втручання: 8-тижневий список очікування
	Супутні/виключені препарати: антитривожні та депресивні препарати виключені
	Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-P
Результати	
	Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після

лікування: RCMAS

Зниження симптомів тривоги (батьківський звіт) після лікування: CBCL- шкала тривоги (мати)

Зменшення депресивних симптомів після лікування: CDI

Примітки

Ризик похибки

Упередження	Авторське судження	Підтримка судження
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Засліплення учасників та персоналу (упередження	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від

продуктивності)		запланованого втручання
Усі результати		
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Наведені цифри вибуття та повідомлення про відсутність різниці між вибуттям та завершенням за характеристиками попереднього лікування, але про причини вибуття не повідомляється. Немає подробиць про відсутні дані для окремих заходів або про те, як були оброблені відсутні дані для

		анкет
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для всіх заходів
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Терапевти належної кваліфікації. Цілісність оцінюється незалежно.
Інше упередження	Високий ризик	Коментар до рішення: Час кінцевої точки (після оцінки) відрізнявся між списком очікування та групою лікування

Відкрити в окремому вікні

Kendall 2008

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: неконтрольоване довгострокове спостереження

Кількість навчальних центрів та розташування: 1, у США

Методи

Умови дослідження: університетська клініка

Дата дослідження: направлено 2000-2006 рр.

N = 161 (індивід CBT: N = 55; сімейство CBT: N = 56; активний контроль: N = 50)

Діапазон віку: від 7 до 14 років

Стать: 71 (44%) жіноча

Критерії включення: вік від 7 до 14 років; первинний тривожний розлад (на основі ADIS-C/P), принаймні 1 з батьків володіє англійською мовою

Учасники

Критерії виключення: психотичні симптоми, розумова відсталість, інвалідність, участь дитини в одночасному лікуванні або прийом дитиною

протитривожних або антидепресантних препаратів

КПТ

Інтервенція: Кіт Копінгу

Супутні/виключені препарати: антитривожні та депресивні препарати виключені

Формат проведення: дитячий (14 сеансів), батьківський (2 сеанси); індивідуальний

Час контакту з терапевтом: до 16 годин (до 16 х 1 години)

Інтервенції

Хто здійснює втручання: терапевти магістерського рівня з досвідом роботи в клініці від

2 до 3 років та психолог докторантури

КПТ

Втручання: сімейний посібник CBT для тривожних дітей (Howard, Chu, Krain,Marrs-Garcia, & Kendall, 2000) і використовував робочий зошит Coping Cat

Супутні/виключені препарати: антитривожні та депресивні препарати виключені

Формат доставки: дитина та батько разом, 2 сеанси дитина та батько окремо; індивідуально

Час контакту з терапевтом: до 16 годин (до 16 x 1 години)

Хто здійснює втручання: терапевти магістерського рівня з досвідом роботи в клініці від 2 до 3 років та психолог докторантури

Активний контроль

Втручання: посібник з сімейного виховання, підтримки та уваги для тривожних дітей і використовував робочий зошит для додавання інтересу/залучення дитини

Супутні/виключені препарати: антитривожні та депресивні препарати виключені

Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-C/P

Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування: ADIS-C/P

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: MASC‑C

Результати

Зниження симптомів тривоги (батьківський звіт) після лікування: CBCL- шкала тривоги

	(мати)
	Зменшення депресивних симптомів після лікування: CDI
	Включити 1-річне спостереження, але контрольна група, яка все ще відповідала критеріям, запропонувала лікування після лікування, тому не включала спостереження тут
Примітки	Активний контроль = контроль уваги

Ризик похибки

Упередження	Авторське судження	Підтримка судження
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Координатор використовував заздалегідь визначений графік (згенеровано випадкове число)
Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Ключ до сліпого зберігається координатором, а не первинним дослідником або терапевтом, але ніяких додаткових подробиць не надається
Засліплення учасників та персоналу (упередження	Незрозуміли	Коментар до рішення: Немає

продуктивності)	й ризик	подробиць щодо сліпоти учасників
Усі результати		
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незалежні експерти та сім 'ї попросили не обговорювати лікування
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Детально описується вибуття та наводяться причини вибуття. ITT-аналіз. Відсутні дані щодо заходів, вжитих належним чином (останнє спостереження перенесено).

Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для всіх заходів
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Терапевти навчаються та контролюються, а цілісність оцінюється. Докази кровотечі CBT у контрольній групі могли вплинути на результати.
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Kennedy 2009

Характеристики дослідження

	Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження
	Загальна тривалість дослідження: 6 місяців (оцінка після лікування)
	Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 1, в Австралії
Методи	**Налаштування дослідження:** університетська клініка

N = 71 (КПТ: N = 35; список очікування: N = 36)

Середній вік (SD): 47,07 місяців (7,05 місяців)

Діапазон віку: від 36 до 58 місяців

Стать: КПТ: 58% жінок; список очікування: 51% жінок

Критерії включення: дитина віком від 36 до 58 місяців, з високим рівнем лабораторного вимірювання поведінкового інгібування (BI), принаймні 1 батько відповідає критеріям DSM‑IV для діагностики тривожного розладу (Примітка: не критерії включення, але всі діти відповідають діагностичним критеріям тривожного розладу на основі ADIS‑P)

Учасники

Критерії виключення: діагностований розлад розвитку або важка мовна затримка у дитини, або батьки, які не змогли заповнити анкети англійською

мовою

КПТ

Втручання: втручання батьків - модифікована програма Cool Kids

Формат надання терапії: тільки з батьками; група

Час контакту з терапевтом: 12 годин (8 х 90 хвилин)

Хто здійснює втручання: клінічний психолог

Інтервенції

Список очікування/без лікування

	Інтервенція: 6-місячний список очікування
	Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування: ADIS-C/P
Результати	**Зниження симптомів тривоги (батьківський звіт) після лікування:** SCAS-P(материнський звіт)
Примітки	Точка оцінки після лікування становить 6 місяців.

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Підкидання монети
Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Засліплення учасників та персоналу (упередження	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від

продуктивності)		запланованого втручання
Усі результати		
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: оцінювачі ADIS пройшли навчання та оцінили надійність, але не деталізували, сліпі вони чи ні
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Вибуття детально, і хоча причини не наведені, невелика кількість та в обох групах

Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для всіх заходів
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Терапія, що проводиться кваліфікованим та досвідченим терапевтом, але чесність не оцінюється/не повідомляється
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Khanna 2010

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Налаштування дослідження: університетська клініка

Методи

Дата дослідження: 2006-2008 рр.

Учасники	**N = 49 рандомізованих** (КПТ: N = 17; комп'ютеризована КПТ: 16; активний контроль: N = 16) (NB: N = 33 включено тут) **Діапазон віку: від** 7 до 13 років **Критерії включення:** первинний тривожний розлад (тривога розлуки, соціальна фобія, ГТР, специфічна фобія або панічний розлад) (на основі ADIS-батьків та дитини, опитаних разом) **Критерії виключення:** IQ < 80, психотичні симптоми, використання ліків проти тривоги або депресії або постійна психотерапія

КПТ

Втручання: індивідуальна КПТ - Кіт Копінгу

Супутні/виключені препарати: використання препаратів проти тривоги або депресії не дозволяється

Формат проведення: тільки дитина, з одним з батьків, включеним у 2 сеанси; індивідуально

Час контакту з терапевтом: 10 годин (12 х 50 хвилин)

Інтервенції

Хто проводить інтервенцію: шкільні психологи, докторанти з психології, клінічний психолог

Активний контроль

Втручання: освітня підтримка та увага за допомогою комп’ютера. Інструкція з навчання, підтримки та уваги (як у Кендала та його колег, 2008 р.) та використання дітьми комп'ютерних ігор, що відповідають віку

Супутні/виключені препарати: використання препаратів проти тривоги або депресії не дозволяється

Формат проведення: дитячі сесії; індивідуальні

Час контакту з терапевтом: 10 годин (12 х 30 хвилин підтримки, 20 хвилин користування комп'ютером дитиною)

Хто проводить інтервенцію: шкільні психологи, докторанти з психології, клінічний психолог

	Ремісія діагнозу первинного тривожного розладу після лікування: ADIS (батьки та дитина опитані разом)
	Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: MASC‑C
	Зменшення депресивних симптомів після лікування: CDI
Результати	**покращення глобального функціонування після лікування**; CGAS
Примітки	Не включає групу "Camp Cope‑A lot" (комп'ютерна КПТ)

Активний контроль = контроль уваги

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Програма генерації випадкових чисел
Приховування розподілу	Низький	Коментар судження: на основі комп’ютера, тому навряд чи можна

(упередження відбору)	ризик	передбачити призначення
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		Коментар до рішення: Немає доказів сліпоти учасників індивідуальної КПТ проти контролю, але як контрольна комп'ютерна програма потенційно нездійсненна
Усі результати	Незрозумілий ризик	
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Оцінювачі сліпі до стану лікування

Неповні дані про результати (похибка виснаження) Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Детальний аналіз вибуття та рандомізованих пацієнтів, з відповідним підрахунком відсутніх даних. 2 учасники контрольної групи вийшли з дослідження через погіршення симптомів.
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати повідомлені/надані
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Терапевт пройшов навчання та під наглядом. Оцінка та повідомлення про прихильність

Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Kidd 2018

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: 6 місяців спостереження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 1, в Австралії

Методи

Умови дослідження: університетська клініка

	N = 49 (КПТ: N = 26; список очікування: N = 23)
	Середній вік (SD): 14,23 (1,76)
	Діапазон віку: від 12 до 18 років
	Стать: 9 (18,4%) жінок
	Критерії включення: відповідають діагностичним критеріям тривожного розладу, з CSR 4+ (на основі ADIS ‑P); здатні продемонструвати клінічний діагноз ASD, розладу Аспергера або поширеного розладу розвитку – не вказано інше (PDD‑NOS); віком від 12 до 18 років; словесний IQ вище 70; здатність читати англійською мовою; не приймати жодних психотропних препаратів або приймати стабільну дозу психіатричних препаратів і, якщо приймаються ліки, згода на це повинна зберігатися протягом усього дослідження
Учасники	**Критерії виключення:** участь у психотерапії, навчанні соціальним навичкам або поведінковому втручанні протягом дослідження; сім'я відвідувала медичні послуги, пов'язані з дитиною, або заняття з

	виховання дітей; прийом психіатричних препаратів або зміна дози протягом періоду втручання; сім'я не змогла взяти участь у програмі втручання
	КПТ
	Втручання: Cool Kids, адаптація до розладів аутистичного спектру
	Супутні/виключені препарати: дозволена стабільна доза та підтримка стабільної дози під час дослідження
	Формат доставки: поєднання дитини наодинці, батька наодинці, дитини та батька разом; група
	Час контакту з терапевтом: 24 години (12 x 2 години)
Інтервенції	**Хто здійснює втручання:** студенти магістратури або

аспірантури з психології

Список очікування/без лікування

Втручання: 4,5-місячний список очікування

Супутні/виключені препарати: дозволена стабільна доза та підтримка стабільної дози під час дослідження

Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-P

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: SCAS‑C

Результати

Зниження симптомів тривоги (звіт батьків) після

лікування: SCAS-P

Зменшення депресивних симптомів після лікування: SMFQ-C

Примітки Зразок з ASD

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**

Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Програмне забезпечення для рандомізації
Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар судження: на основі комп’ютера, тому навряд чи можна передбачити призначення
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання

Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Відсутні дані деталізовані та управляються належним чином
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для всіх заходів

Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Незалежна оцінка доброчесності
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

1998 року

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Умови дослідження: університетська клініка

Дата дослідження: вересень 1993 р. - квітень 1995 р.

Методи

Учасники	**N = 56** (CBT: N = 32; активний контроль: N = 24) **Середній вік (СВ):** КПТ: 11,67 (3,00); активний контроль: 12,40 (2,79) **Діапазон віку: від** 6 до 17 років **Стать:** КПТ: 13 (56%) жінок; активний контроль: 15 (62%) жінок **Критерії включення:** (1) відмова від школи на основі тривоги; (2) поточне зарахування до початкової, середньої або старшої школи; (3) поточний діагноз тривожного розладу DSM-lll-R (на основі K-SADs-P); (4) щонайменше 10% прогулів занять протягом щонайменше 1 місяця до прийому; (5) відсутність поточного діагнозу великої депресії; та (6) відсутність поточного використання психіатричних препаратів

КПТ

Втручання: модифіковане лікування дорослих для лікування відмови від школи на основі тривоги. Експозиція in vivo та самоствердження щодо подолання

Супутні/виключені препарати: психіатричні препарати виключені

Формат проведення: дитина та батьки разом; індивідуально

Час контакту з терапевтом: 12 годин (12 x 1 година)

Інтервенції

Хто проводить втручання: Терапевт. Залучення шкільних контактів

Активний контроль

Втручання: освітня підтримуюча терапія - модифікація контрольної терапії, яка використовувалася раніше: освітні презентації та підтримуюча психотерапія

Супутні/виключені препарати: психіатричні препарати виключені

Формат проведення: тільки дитина?Індивідуальна

Час контакту з терапевтом: 12 годин (12 x 1 година)

Хто проводить втручання: Терапевт. Залучення шкільних контактів

	Ремісія діагнозу первинного тривожного розладу після лікування: K‑SADS (батьки та дитина, скорочена форма)
	Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: STAIC модифікований
Результати	**Зменшення депресивних симптомів після лікування: CDI**
Примітки	Активний контроль = контроль уваги

Ризик похибки

Упередження	Авторське судження	Підтримка судження
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозуміли й ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозуміли й ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
	Незрозуміли й ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Засліплення учасників та персоналу (упередження		

продуктивності)		
Усі результати		
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Оцінювач сліпий до початкового діагнозу, але не наведено подробиць щодо того, чи сліпий до стану
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Високий ризик	Коментар до рішення: Повідомляється про вибуття, але відносно високий рівень вибуття та більший у групі КПТ, при цьому повідомляється лише про аналіз тих, хто завершив навчання

Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати повідомлені/надані
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Вірність лікуванню оцінюється та повідомляється як дуже достовірна
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Lau 2010

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: неконтрольоване 3-місячне та 6-місячне спостереження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 1 у Гонконзі

Методи

Обстановка дослідження: громадська клініка

Учасники	**N = 45 рандомізованих** (Примітка: ми включаємо лише тих, хто відповідав діагностичним критеріям тривожного розладу на етапі включення: N = 38; КПТ: N = 21; список очікування: N = 17) **Діапазон віку: від** 6 до 11 років **Критерії включення:** діагностовані тривожні проблеми/розлади (ми включаємо лише учасників, які відповідають діагностичним критеріям на основі K-SADS) **Критерії виключення:** тільки специфічна фобія, важкі симптоми гіперактивності
Інтервенції	**КПТ** **Втручання:** Програма лікування групи тривоги -

адаптація Кота Копінгу

Формат пологів: дитина, з батьками, яких запрошують спостерігати та зустрічатися з терапевтами на початку деяких сеансів; група

Час контакту з терапевтом: 18 годин (9 x 2 години)

Список очікування/без лікування

Втручання: 13-тижневий список очікування

Ремісія діагнозу первинного тривожного розладу після лікування: K-SADS

Результати

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: SCAS-C (модифікований, лише 4

підшкали)

Зниження симптомів тривоги (батьківський звіт) після лікування: SCAS-P (модифікований, лише 4 підшкали)

Примітки

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**

Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання

Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незалежний кодер, сліпий до стану лікування, оцінив підмножину інтерв'ю
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Немає відсутніх даних
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Звіт про результати заходів

Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Підготовлені терапевти, оцінка прихильності та повідомлення
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Lau 2017

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: 6 місяців (оцінка після лікування); неконтрольоване 12-місячне спостереження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 1, в Австралії

Навчальні умови: залучення через центри догляду за дітьми та дошкільні заклади; проведення інтервенцій в університетських умовах

Методи

Учасники	**N = 72** (КПТ: N = 39; список очікування: N = 33) **Середній вік (SD):** 52,1 місяця **Діапазон віку: від** 36 до 65 місяців **Стать:** 34 (47,2%) жіноча **Критерії включення:** (1) вік від 36 до 66 місяців на момент набору; (2) мінімум 30 (1,15 SD вище норми) за оцінкою соціального підходу дитини за короткою шкалою темпераменту для дітей; (3) мінімум 30 за щонайменше 1 оцінкою батьків за шкалою депресивного тривожного стресу; (4) невідомий діагноз будь-яких серйозних розладів розвитку; і (5) батьки, які змогли заповнити анкети англійською мовою (NB: всі діти відповідали діагностичним критеріям тривожного розладу (на основі ADIS-P), але це не було критерієм включення)

КПТ

Втручання: втручання батьків та дитини. Батько: Круті маленькі діти. Дитина: програма Social Skills Facilitated Play

Формат проведення:сесії з батьками та сесії з дитиною; група

Час контакту з терапевтом: всього 18 годин (6 x 90 хвилин - батьки; 6 x 90 хвилин - дитина)

Хто здійснює втручання: клінічний психолог (батьки), аспіранти або студенти випускного курсу (дитина)

Інтервенції

Список очікування/без лікування

	Інтервенція: 6-місячний список очікування
	Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування: ADIS-C/P
Результати	**Зниження симптомів тривоги (звіт батьків -матері) після лікування:** дошкільна шкала тривоги -переглянутий (PAS-R) - звіт матері
Примітки	Точка оцінки після лікування становить 6 місяців.

Ризик похибки

Упередження	Авторське судження	Підтримка судження
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Підкидання монети
Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Монета, підкинута науковим співробітником, який був сліпим до деталей базової оцінки, була використана для розподілу сімей на 2 умови
Засліплення учасників та персоналу (упередження	Низький	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого

продуктивності)	ризик	втручання
Усі результати		
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Інтерв'юери сліпі до стану лікування
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		Коментар до рішення: Вибуття та відсутність детальних даних анкети. Тільки 1 вибуття. Використовував відповідне підставу для управління відсутніми даними елемента.
Усі результати	Низький ризик	Материнський звіт про низьку частоту відсутніх даних

Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Повідомити про всі результати
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: кваліфікація терапевта детально описана, але немає додаткової інформації щодо оцінки/моніторингу компетентності/прихильності
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Lebowitz 2019

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Кількість навчальних центрів та розташування: 1, у США

Методи

Обстановка дослідження: клініка

	N = 124 (CBT: N = 60; контроль: N = 64)
	Середній вік (SD): 9,4 (2,41)
	Діапазон віку: від 7 до 12 років
	Стать: 66 (53%) жіноча
	Критерії включення: первинний діагноз тривожного розладу DSM-5 (на основі ADIS-C/P); вік від 7 до 14 років; проживання з матір'ю щонайменше 50% часу; вільне володіння англійською мовою; без ліків або на стабільній дозі антидепресанту або стимулятора, коли дитина та батьки погодилися утримуватися від змін протягом періоду дослідження; інформований дозвіл та згода батьків; згода дитини
Учасники	**Критерії виключення:** зловживання наркотиками або алкоголем; психотичні симптоми; розлад аутистичного спектру; будь-який супутній розлад, більш погіршуючий, ніж найважчий тривожний розлад; одночасна психотерапія або прийом ліків, крім стабільної дози антидепресантів або

	стимуляторів; серйозний суїцидальний намір або ризик
	КПТ
	Втручання: посібник, що використовувався в Silverman 2009. Психоосвіта, ієрархія впливу, когнітивна перебудова
	Супутні/виключені препарати: дозволена стабільна доза антидепресантів або стимуляторів
	Формат пологів: тільки для дитини (Примітка: терапевт зустрівся з батьками, щоб надати інформацію про терапію дитини); індивідуально
	Час контакту з терапевтом: 12 годин (12 x 1 година)
Інтервенції	
	Хто здійснює втручання: студенти-психологи

докторантурита докторантури

Активний контроль

Втручання: посібник SPACE (Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions). Сімейні модифікації, заплановані та цільові розміщення, обрані для модифікації, модулі для вирішення труднощів, пов'язаних з реакцією дитини на зменшення розміщення

Супутні/виключені препарати: дозволена стабільна доза антидепресантів або стимуляторів

Формат доставки: тільки батьківський; індивідуальний

Час контакту з терапевтом: 12 годин (12 x 1 година)

Хто здійснює втручання: студенти-психологи

	докторантурита докторантури
	Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування: ADIS-C/P
	Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування:SCARED‑C
Результати	**Зниження симптомів тривоги (звіт батьків) після лікування:** SCAS-P
Примітки	Активний контроль (ABM) = альтернативне лікування

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Комп 'ютеризований алгоритм рандомізації
Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар судження: на основі комп’ютера, тому навряд чи можна передбачити призначення

Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незалежні оцінювачі, замасковані під призначення лікування
Неповні дані про результати (похибка	Низький	Коментар до рішення: Зосередьтеся на виправданому аналізі завершення. Повідомляйте про частоту ремісії, порівняння між

виснаження)	ризик	учасниками, які завершили, та учасниками, які не завершили, та відсутню систематичну помилку даних
Усі результати		
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для всіх заходів
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Підготовлені терапевти, регулярний нагляд, перевірка вірності
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел

упередженості

Відкрити в окремому вікні

Leutgeb 2012

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Методи

Кількість навчальних центрів та

розташування: 1, в Австрії

Налаштування дослідження: університет

N = 30 (КПТ: N = 16; список очікування: N = 14)

Середній вік (SD): CBT: 137,3 (15) місяців; список очікування: 138,5 (21,0) місяців

Діапазон віку: від 8 до 14 років

Стать: 100% жінки

Критерії включення: віком від 8 до 14 років, фобія павуків (на основі DIPS-K), не приймає медикаменти, права рука, жінка

Учасники

Критерії виключення: будь-який інший

психічний розлад

КПТ

Втручання: Односесійна КПТ (OST)

Супутні/виключені препарати: не допускається

Формат проведення: дитячі сесії; індивідуальні

Час контакту з терапевтом: всього 4 години

Інтервенції

Список очікування/без лікування

Втручання: список очікування на 1 тиждень

Супутні/виключені препарати: не допускається

Результати

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: STAIC‑C модифікований

Примітки

Ризик похибки

Упередження	Авторське судження	Підтримка судження
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозуміли й ризик	Коментар до рішення: не детально
Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозуміли й ризик	Коментар до рішення: не детально
Засліплення учасників та персоналу (упередження	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу

продуктивності)		від запланованого втручання
Усі результати		
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: не деталізовано, але не використовувалася діагностична оцінка після лікування
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Немає відсутніх даних

Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати повідомлені/надані
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Masia Warner 2005

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження:неконтрольоване 9-місячне спостереження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 2 школи в США

Методи

Умови дослідження: школи

	N = 42 (CBT: N = 21; список очікування: N = 21)
	Середній вік (СВ): 14,8 (0,81) (n = 35)
	Віковий діапазон: від 13 до 17 років (n = 35)
	Стать: 26 (74,3%) жінок (n = 35)
Учасники	**Критерії включення:** діагностичні критерії соціального тривожного розладу (на основі ADIS-P)
	Критерії виключення: діагноз розладу, пов'язаного з вживанням психоактивних речовин, опозиційного зухвалого розладу, розладу поведінки або великої депресії, яка була більшої тяжкості, ніж соціальна фобія; психотичні симптоми або поточні суїцидальні або вбивчі думки; або наявність поточної серйозної життєвої події, що вимагає негайної уваги (наприклад, смерть батька)

КПТ

Втручання: SASS (Навички соціального та академічного успіху)

Супутні/виключені препарати: поточне фармакологічне лікування виключено

Формат проведення: дочірні сесії, плюс батьківські зустрічі; група плюс індивідуальні зустрічі

Час контакту з терапевтом: всього 17,5 годин (12 x 40 хв. - група, 2 x 15 хв. - індивідуально, 4 x 90 хв. - групові соціальні заходи, 2 x 45 хв. - батьки, 2 x 45 хв. - вчителі)

Інтервенції

Хто здійснює втручання: клінічний психолог та аспірант клінічної психології

Список очікування/без лікування

Втручання: список очікування

Супутні/виключені препарати: поточне фармакологічне лікування виключено

Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-C/P

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: SPAI‑C

Зниження симптомів тривоги (батьківський звіт) після лікування: SAS‑A (батьки)

Результати

Зменшення депресивних симптомів після

лікування: CDI

покращення глобального функціонування після лікування: CGAS

Примітки

Заходи щодо симптомів тривоги - це заходи щодо симптомів соціальної тривоги.

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**

Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання

Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Детально про вибуття. Звіт про аналізи, виконані учасником та ITT, та відсутність відмінностей у результатах
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для всіх заходів

Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: кваліфіковані терапевти, але не надано детальної інформації щодо оцінки компетентності або прихильності
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Masia Warner 2007

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: 6 місяців спостереження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 2 школи в США

Навчальні умови: початкові школи

Методи

Вилучення: 1 учасник помер після розподілу та не включений до числа рандомізованих

Учасники	**N = 36** (CBT: N = 19; активний контроль: N = 17) **Середній вік (SD):** 15,6 **Діапазон віку: від** 14 до 16 років **Стать:** 30 (83,3%) жінок **Критерії включення:** діагноз первинного тривожного розладу (на основі ADIS-C/P) **Виключені критерії:** 1) поточне психологічне або психофармакологічне лікування, 2) поточний діагноз вживання психоактивних речовин або розлад поведінки, 3) супутній психічний розлад більшої тяжкості, ніж соціальна фобія, і 4) психотичні симптоми або поточні суїцидальні або вбивчі думки

КПТ

Втручання: Навички академічного та соціального успіху (SASS)

Супутні/виключені препарати: поточне фармакологічне лікування виключено

Формат проведення: дитячі сесії, плюс батьківські сесії; група, плюс 4 індивідуальні

Час контакту з терапевтом: всього 17,5 годин (12 x 40 хв. - група, 2 x 15 хв. - індивідуально, 4 x 90 хв. - групові соціальні заходи, 2 x 45 хв. - батьки, 2 x 45 хв. - вчителі)

Інтервенції

Хто здійснює втручання: випускники клінічних психологів та клінічної психології

Активний контроль

Втручання: ідентична професійна увага та формат, як у SASS. Методи психоосвіти або загальної релаксації, підтримка орієнтації на симптоми соціальної тривоги

Супутні/виключені препарати: поточне фармакологічне лікування виключено

Формат проведення: дитячі сесії, плюс батьківські сесії; група, плюс 4 індивідуальні

Час контакту з терапевтом: всього 17,5 годин (12 x 40 хв. - група, 2 x 15 хв. - індивідуально, 4 x 90 хв. - групові соціальні заходи, 2 x 45 хв. - батьки, 2 x 45 хв. - вчителі)

Хто здійснює втручання: клінічні психологи та випускники клінічної психології

	Ремісія діагнозу первинного тривожного розладу після лікування та12-місячного спостереження: ADIS-P
	Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування та 12-місячного спостереження: ADIS-P
	Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування та 6-місячного спостереження: SPAI‑C
	Зниження симптомів тривоги (батьківський звіт) після лікування та 6-місячного спостереження: SAS‑A
	Зменшення депресивних симптомів після лікування:BDI‑II
Результати	**покращення глобального функціонування після лікування:** CGAS

	Дані про ремісію повідомляються в Warwick 2016.
	Заходи щодо симптомів тривоги - це заходи щодо симптомів соціальної тривоги.
Примітки	Активний контроль = контроль уваги

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**

Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		Коментар до рішення: учні не знали учнів в іншому стані, щоб запобігти зараженню, але не надали жодних подробиць щодо того, чи були учасники сліпі до отримання «втручання» або «контролю»
Усі результати	Незрозумілий ризик	

Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: детальні аналізи вибулих, тих, хто завершив, та рандомізованих пацієнтів, з відповідним підрахунком
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для всіх заходів

Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Кваліфіковані терапевти. Заходи щодо забезпечення цілісності лікування
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Masia Warner 2011

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: неконтрольоване 3-місячне спостереження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: США

Налаштування дослідження: дитяча первинна медична допомога та лікарі спеціальності

Методи

Учасники	**N = 40** (КПТ: N = 20; список очікування: N = 20) **Середній вік (SD):** 12,4 (2,6) **Діапазон віку: від** 8 до 16 років **Стать:** 26 (65%) жінок **Критерії включення:** вік від 8 до 16 років з функціональними фізичними скаргами (насамперед шлунково-кишковими симптомами) та основним тривожним розладом (на основі ADIS-C/P), дозволені психіатричні препарати, якщо вони приймаються протягом 6 місяців і стабільні під час фази втручання

КПТ

Втручання: TAPS (Лікування тривоги та фізичних симптомів). Спільне вирішення проблем тривоги та фізичних симптомів шляхом визначення контекстів, в яких симптоми виникають та взаємодіють

Супутні/виключені препарати: дозволені діти, які отримують психіатричні препарати більше 6 місяців та стабільні препарати під час фази втручання

Формат проведення: дитячі сесії з додатковими батьківськими зборами; індивідуальні

Час контакту з терапевтом: від 11 до 14 годин (12 х 45-60 хвилин (дитина), 3 х 45 хвилин (батьки))

Інтервенції

Хто здійснює втручання: клінічні психологи рівня PhD, які пройшли навчання з КПТ

Список очікування/без лікування

Втручання: 8-тижневий список очікування

Супутні/виключені препарати: дозволені діти, які отримують психіатричні препарати більше 6 місяців та стабільні препарати під час фази втручання

Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-C/P

Результати

покращення глобального функціонування після лікування: CGAS

Примітки

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Таблиця випадкових чисел
Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Заздалегідь визначено, але не надано додаткової інформації

Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі
Неповні дані про результати (похибка	Низький	Коментар до рішення: 1 вибуття в контрольній групі. n повідомляється

виснаження)	ризик	про результати.
Усі результати		
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для всіх заходів
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Клінічний психолог-терапевт з підготовкою з КПТ, жодних подробиць щодо нагляду або прихильності
Інше упередження	Високий ризик	Коментар до рішення: Оцінка часу після лікування відрізняється в

різних групах

Відкрити в окремому вікні

Masia Warner 2016

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Методи

Загальна тривалість навчання: набір протягом 3 академічних років. 5 місяців подальшого

	спостереження
	Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 2 школи в США
	Навчальні умови: початкові школи
	Вилучення: 2 видалені (в P-SASS) - нерегулярне відвідування школи, невідкладна медична допомога (Примітка: відносяться до критеріїв включення, тому не включені до числа рандомізованих)
	N = 136 (CBT (C-Sass): N = 46; CBT (P-Sass): N = 47; активний контроль: N = 43)
Учасники	**Середній вік (SD):** 15,42 (0,81)

Діапазон віку: від 13 до 17 років

Стать: 92 (67,7%) жіноча

Критерії включення: діагноз соціального тривожного розладу (на основіADIS-C/P); якщо присутні інші розлади, SAD повинен бути рівного або більшого ступеня тяжкості

Критерії виключення: потребують негайної допомоги, ненадійне відвідування школи, отримання КПТ

КПТ (C-SASS)

Втручання: Навички академічного та соціального успіху, що надаються шкільними консультантами (C-SASS)

Супутні/виключені препарати: ліки від тривоги дозволені, якщо вони стабільні

Формат проведення: дитячі сесії, плюс батьківські сесії; група, плюс 2 індивідуальні

Час контакту з терапевтом: 16 годин - 12 x 40 хвилин (група), 2 x 15 хвилин (індивідуально), 2 x 45 хвилин (батьки), 4 x 90 хвилин соціальних заходів

Інтервенції

Хто здійснює втручання: шкільні консультанти рівня магістра

КПТ (P-SASS)

Втручання: Навички академічного та соціального успіху, надані психологами (P-SASS)

Супутні/виключені препарати: ліки від тривоги дозволені, якщо вони стабільні

Формат проведення: дитячі сесії, плюс 2 батьківські сесії; група, плюс 2 індивідуальні

Час контакту з терапевтом: 16 годин - 12 x 40 хвилин (група), 2 x 15 хвилин (індивідуально), 2 x 45 хвилин (батьки), 4 x 90 хвилин соціальних заходів

Хто здійснює втручання: клінічні психологи докторського рівня

Активний контроль

Втручання: Навички для життя - неспецифічна

програма консультування

Супутні/виключені препарати: ліки від тривоги дозволені, якщо вони стабільні

Формат проведення: дитячі сесії, плюс 1 батьківська сесія; група, плюс 1 коротка індивідуальна

Час контакту з терапевтом: 9 годин (12 x 40 хвилин (група), 1 x 15 хвилин (індивідуально), 1 x 45 хвилин (батьки))

Хто здійснює втручання: шкільні консультанти рівня магістра

Ремісія діагнозу первинного тривожного розладу після лікування та 5-місячного спостереження: ADIS-P

Результати

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини)

	після лікування та 5-місячного спостереження: SCAS -C
	Зниження симптомів тривоги (батьківський звіт) після лікування та 6-місячного спостереження: SPAI-P
	Активний контроль = контроль уваги
Примітки	Вимірювання симптомів соціальної тривоги

Ризик похибки

Упередження	Авторське судження	Підтримка судження
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Незалежна рандомізація
Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Незалежна особа
	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Засліплення учасників та персоналу (упередження		

продуктивності)		
Усі результати		
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		Коментар до рішення: Вибуття, деталізоване по групах, та вивчення відмінностей між вибулими та тими, хто завершив навчання, та аналіз тих, хто завершив навчання, порівняно з рандомізованим
Усі результати	Низький ризик	рандомізовани

Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для всіх заходів
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: кваліфікація терапевта детально описана, а прихильність до лікування оцінена та повідомлена (Примітка: забруднення в 42% контрольних сеансів, але за 1 винятком, було легким, тому припускайте низький ризик упередженості)
Інше упередження	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Кількість часу контакту з терапевтом та соціальних подій не є однаковою в різних умовах

Відкрити в окремому вікні

McConachie 2014

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: оцінюється через 3 місяці (після лікування), 6 місяців та 9 місяців

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: Великобританія

Методи

Налаштування дослідження: направлення від команд

CAMHS в Англії

N = 32 (КПТ: N = 17; список очікування: N = 15)

Середній вік (СВ): КПТ: 11,7 (1,4); список очікування: 11,8 (1,3)

Діапазон віку: від 9 до 13 років

Стать: КПТ: 2 (11,8%); список очікування: 2 (13,3)

Критерії включення: дитина мала підтверджений діагноз ASD, відповідала критеріям принаймні 1 тривожного розладу (на основі ADIS-P), у віці від 9 років до 13 років 11 місяців з інтелектуальними здібностями в середньому діапазоні (повна шкала IQ > 69). Батьки також повинні були бути готові відвідувати групову терапію паралельно зі своєю дитиною.

Учасники

Критерії виключення: діти з нелікованим СДУГ або опозиційною поведінкою, яка, як вважалося, може

порушити обстановку в малих групах

КПТ

Втручання: вивчення почуттів з незначними коригуваннями для Великобританії

Супутні/виключені лікарські засоби: лікаря просять уникнути змін у прийомі препарату

Формат проведення: дочірні та батьківські сесії; група

Час контакту з терапевтом: загалом 28 годин (7 х 2 години - дитина; 7 х 2 години - батьки), сеанси з батьками та дитиною проходять одночасно

Інтервенції

Хто здійснює втручання: стажери-психологи, без

попередньої кваліфікації КПТ

Список очікування/без лікування

Втручання: затримка лікування, 9 місяців очікування (оцінка 3 місяці, 6 місяців, 9 місяців)

Супутні/виключені лікарські засоби: лікаря просять уникнути змін у прийомі препарату

Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-P

Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування: ADIS-P

Результати

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після

лікування: SCAS‑C

Зниження симптомів тривоги (звіт батьків) після лікування: SCAS-P

Повідомлялося про результати симптомів тривоги через 6 та 9 місяців спостереження, але лише про зміну балів.

Примітки Зразок з ASD

Ризик похибки

Упередження	Авторське судження	Підтримка судження
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Випадкові переміщені блоки різної довжини (www.randomization.com)
Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Заходи щодо забезпечення прихованого розподілу
Засліплення учасників та персоналу (упередження	Низький	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело

продуктивності)	ризик	до відходу від запланованого втручання
Усі результати		
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Детально про вибуття. Тільки 1 вибуття. Використовувати останнє спостереження, перенесене для цього випадку, для анкетування

Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для всіх заходів
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Терапевти пройшли навчання та під наглядом, а вірність оцінювалася та повідомлялася
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

McNally Keehn 2013

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: неконтрольоване 2-місячне спостереження

Кількість навчальних центрів та розташування: 1, у США

Умови дослідження: університетська клініка

Методи

Дата дослідження: червень-вересень 2009 р.;

	оцінювання післята після завершення до квітня 2010 р.
	N = 22 (CBT: N = 12; список очікування: N = 10)
	Середній вік (SD): 11,26 (1,53)
	Діапазон віку: від 8 до 14 років
	Стать: 1 (4,5%) жіноча
Учасники	**Критерії включення:** a) діагностика аутизму на основі Графіку діагностичного спостереження за аутизмом (ADOS), переглянутого діагностичного інтерв 'ю з аутизмом (ADI-R) та експертного клінічного судження на основі критеріїв DSM-IV, (b) діагностика тривожного розладу, соціальної фобії або GAD (на основі ADI-P), c) IQ > 70, d) вік від 7 до 14 років та e) англійська мова як основна мова

КПТ

Втручання: Модифікований Кіт Копінгу для адаптації до стилів навчання розладу аутистичного спектру

Супутні/виключені лікарські засоби: дозволені звичайні лікарські засоби

Формат проведення: дочірні сесії, плюс 2 батьківські сесії; індивідуальні

Час контакту з терапевтом: від 16 до 24 годин (від 16 х 60 до 90 хвилин)

Інтервенції

Хто здійснює втручання: провідний автор

Список очікування/без лікування

Втручання: 16-тижневий список очікування

Супутні/виключені лікарські засоби: дозволені звичайні лікарські засоби

Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-P

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: SCAS‑C

Результати

Зниження симптомів тривоги (звіт батьків) після лікування: SCAS-P

	Автор надав дані щодо ремісії тривожного розладу при розлученні, соціальної фобії та ГТР, які неможливо використати.
Примітки	Зразок з ASD

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення	Низький	Коментар до рішення: блокувати

вибору)	ризик	рандомізовані, стратифіковані
Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі

виявлення)		
Усі результати		
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Детально без вибуття до післялікування
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для всіх заходів
Інше джерело упередженості -	Низький	Коментар до рішення: Прихильність

цілісність терапії	ризик	оцінюється та повідомляється
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Melfsen 2011

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: 10 місяців подальшого спостереження для групи лікування (6 місяців після лікування)

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 1 в Німеччині

Обстановка дослідження: клініка

Методи

Дата дослідження: набір 2004-2006 рр.

N = 44 (КПТ: N = 21; список очікування: N = 23)

Середній вік (СВ): КПТ: 10,60 (1,64); список очікування: 10,76 (1,90)

Діапазон віку: від 8 до 14 років

Стать: 21 (47,8%) жіноча

Критерії включення: a) критерії соціальної фобії DSM‑IV (на основі DIPS ‑K), (b) дитина відчувала соціальну фобію протягом щонайменше 6 місяців, (c) соціальна фобія вважалася основною поточною проблемою дитини, (d) дитина віком від 8 до 13 років, (e) дитина та батьки погодилися не розпочинати будь-яке додаткове лікування під час дослідження

Учасники

Критерії виключення: психотичні симптоми, поточна суїцидальна або самошкідлива поведінка або поточна участь в іншому психосоціальному або психофармакологічному лікуванні проблем фобії та

тривоги

КПТ

Втручання: психоосвіта, когнітивна перебудова, поведінкові експерименти, рецидив

Супутні/виключені препарати:
психофармакологічне лікування не дозволяється

Формат проведення: дитина та батьки разом; індивідуально

Час контакту з терапевтом: 20 годин (20 х 50 хвилин, 4 х батьківські сесії)

Інтервенції

Хто здійснює втручання: просунуті аспіранти

	докторантури
	Список очікування/без лікування
	Втручання: 4-місячний список очікування
	Супутні/виключені препарати: психофармакологічне лікування не дозволяється
	Ремісія діагнозу первинного тривожного розладу після лікування:DIPS-K
	Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування: DIPS-K
Результати	**Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування:** SPAIK-C

Зменшення депресивних симптомів після лікування: CDI

покращення глобального функціонування після лікування; K‑GAS

Примітки

Зверніться до подальшого спостереження, але не повідомляйте дані подальшого спостереження

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**

Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Генератор комп'ютеризованого плану рандомізації на базі Інтернету
Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Незалежний асистент розмістив учасників у списку рандомізації в наступному доступному слоті
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання

Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Оцінювач не сліпий, а відеозаписи оцінок, переглянуті та оцінені сліпим експертом
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: детальний опис вибуття та використання відповідного підрахунку, а також звіт про ITT
Вибіркова звітність (звітна	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати повідомлені/надані Не повідомляти дані подальшого спостереження для групи втручання, але група подальшого спостереження, оскільки

упередженість)		немає групи порівняння, тому не буде мати права на включення сюди
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Терапія, що проводиться випускниками аспірантури, оцінюється прихильність
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Muris 2002

Характеристики дослідження

	Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження
	Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 2 початкові школи в Нідерландах
Методи	**Навчальні умови:** початкові школи
Учасники	**N = 20** (КПТ: N = 10; контроль: N = 10) (Примітка: дослідження також включає 10 учасників (не випадково), яким не призначено контроль лікування, не включений до цього списку)

Середній вік (SD): 10 (0,8)

Діапазон віку: від 9 до 12 років

Стать: 13 (65%) жінок

Критерії включення: підвищений бал за шкалою RCADS; генералізований тривожний розлад, тривожний розлад розлуки або діагноз соціальної фобії (на основі DISC)

КПТ

Втручання: Коала Копінгу

Інтервенції

Формат проведення:сесії тільки з дитиною; група

Час контакту з терапевтом: 6 годин (12 х 30

хвилин)

Хто проводить втручання: студент клінічної психології

Активний контроль

Втручання: емоційне розкриття

Формат проведення:сесії тільки з дитиною; група

Час контакту з терапевтом: від 6 до 8 годин (12 х 30-40 хвилин)

Хто проводить втручання: студент клінічної психології

	Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: шкала тривожності RCADS-C
Результати	**Зниження депресивних симптомів після лікування:** шкала RCADS-C-депресії
	Учасники, рандомізовані до КПТ, порівняно з активним контролем. Дослідження також не включає контроль лікування, але нерандомізоване розподілення, тому не включається в це дослідження.
Примітки	Активний контроль = контроль уваги

Ризик похибки

Упередження	Авторське судження	Підтримка судження
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано

Усі результати		
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Анкети, які проводяться психологом, який не бере участі в лікуванні
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: повідомляє про відсутність вибулих

Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для всіх заходів
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Терапевт перебував під наглядом, але не було надано жодної деталі щодо підтримки прихильності
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Murphy 2017

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: 12-місячне спостереження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 3 клініки CAMHS у Великобританії

Методи

Умови дослідження: клініки

Дата дослідження: набір з квітня 2011 року по квітень 2013 року

N = 36 (CBT: N = 17; активний контроль: N = 19)

Середній вік (СВ): КПТ: 14,94 (1,63); активний контроль: 15,56 (1,91)

Діапазон віку: від 12 до 18 років

Стать: 14 (38,9%) жінок

Критерії включення: діагнози ASD та тривожного розладу (тривога розлуки, соціальна тривога, специфічна фобія та/або генералізована тривога) на основі ADOS, ADI-R,ADIs-C/P); відвідувати основну школу

Учасники

Критерії виключення: первинний діагноз ОКР, агорафобія з/без панічного розладу, ПТСР, психоз, депресія, зловживання психоактивними

	речовинами; отримання поточної психологічної терапії з іншого джерела
	КПТ
	Інтервенція: Мультимодальна тривога та інтервенція соціальних навичок для підлітків з ASD (MASSI). КПТ на тривогу, а також стратегії, спрямовані на дефіцит соціальних навичок
	Супутні/виключені препарати: не змінювати дози препаратів під час втручання
	Формат проведення: тільки дитина, батьки включені в кінці всіх сеансів; індивідуально та групово
Інтервенції	**Час контакту з терапевтом:** 10 годин (плюс групові заняття) (12 x 50 хвилин індивідуальних занять)

Хто здійснює втручання: клініцисти NHS

Активний контроль

Втручання: консультування, що пропонується в Національній службі охорони здоров'я, стосувалося тривоги, коли клієнт піднімав її, підтримуючи, але не зосереджуючись на фізичних симптомах або когнітивних здібностях

Супутні/виключені препарати: не змінювати дози препаратів під час втручання

Формат проведення: тільки дитина, батьки включені в кінці всіх сеансів; індивідуально та групово

Час контакту з терапевтом: 10 годин (плюс групові заняття) (12 x 50 хвилин індивідуальних занять)

	Хто здійснює втручання: клініцисти NHS
Результати	**Зниження симптомів тривоги (батьківський звіт) після лікування та подальшого спостереження (< 6 місяців):** шкала тривожності CASI-ASD
	Діагностична оцінка після лікування, але не потрібні дані про ремісію
	Зразок з ASD
Примітки	Активний контроль = альтернативне лікування (консультування)

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Заздалегідь визначена випадкова послідовність незалежним статистиком
Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Рандомізацією керував статистик, не пов'язаний з дослідженням, який підготував послідовно пронумеровані конверти, що містять

		статус розподілу
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Немає подробиць щодо сліпоти учасників
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі

Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Детально про вибуття. Звіт про аналізи рандомізованих пацієнтів та метод управління відсутніми даними.
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати повідомлені/надані
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Кваліфіковані терапевти. Оцінка вірності та звітність.

Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

O'Brien 2007

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: 10 тижнів; в кінці 10 тижнів групі TAU запропонували КПТ

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 1 в Ірландії

Методи

Обстановка дослідження: клініка

N = 14 (CBT: N = 7; TAU: N = 7)

Учасники

Середній вік (SD): CBT: 13,8 (0,5); TAU: 12,5 (1,0)

Діапазон віку: від 7 до 15 років

Стать: 7 (50%) жіноча

Критерії включення: діагноз тривожного розладу DSM‑IV‑R (на основі ADI)

Критерії виключення: діти з інтелектуальними порушеннями, поширеним розладом розвитку або нещодавніми психотичними симптомами в анамнезі

	КПТ
	Інтервенція: групова КПТ: Друзі для молоді
	Супутні/виключені препарати: дозволена стабільна доза
	Формат проведення:сесії з дитиною та сесії з батьками; група
	Час контакту з терапевтом: 19,5 годин (10 x 90 хвилин - дитина; 3 x 90 хвилин - батьки)
	Хто здійснює втручання: фахівці з психічного здоров'я та під керівництвом головного автора
Інтервенції	**TAU**

	Втручання: 10 тижнів TAU. Отримано максимум 4 відгуки з первинним клініцистом - огляд прогресу, прийому ліків та підтримуючого підходу
	Супутні/виключені препарати: дозволена стабільна доза
	Формат проведення: індивідуальний
	Час контакту з терапевтом: максимум 4 сеанси
	Хто проводить втручання: первинний клініцист
Результати	**Зменшення депресивних симптомів після лікування: CDI**

Примітки	Результати симптомів тривоги повідомлялися лише після того, як обидві групи отримали втручання КПТ.

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: генерації послідовності бракує деталей, і незрозуміло, як управляється вік в процесі

Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: стосується того, що особа, яка виконує рандомізацію, сліпа, але не вистачає додаткових деталей
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)	Низький ризик	Коментар до рішення: не деталізовано, але не використовувалася діагностична оцінка після лікування

Усі результати		
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Повідомлені дані
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: не повідомляв про результати для всіх заходів під час післяоцінки окремо для 2 груп
Інше джерело упередженості -	Низький ризик	Коментар до рішення: Досвідчені керівники. Сеанси, записані для моніторингу та забезпечення прихильності, хоча не вистачає деталей про те, як оцінювалася

цілісність терапії		прихильність
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Olivares 2005

Характеристики дослідження

	Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження
	Загальна тривалість дослідження: 6 місяців спостереження
	Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: Іспанія
Методи	**Навчальні умови:** школи (скринінг)
	N = 34 (КПТ: N = 17; список очікування: N = 17)
Учасники	**Середній вік (SD):** 15,03 (0,86)

Діапазон віку: від 14 до 17 років

Стать: 60% жіноча

Критерії включення: діагностика соціальної фобії (на основі ADIS-C)

КПТ

Втручання: IAFS (багатокомпонентна програма: Втручання у підлітків з соціальною фобією)

Формат проведення:сесії тільки з дитиною; група

Інтервенції

Час контакту з терапевтом: 18 годин (12 x 90 хвилин)

Список очікування/без лікування

Втручання: список очікування

Ремісія діагнозу первинного тривожного розладу після лікування та 6-місячного спостереження: ADIS-C

Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування та 6-місячного спостереження: ADIS-C

Результати

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування та 6-місячного спостереження: SPAI‑C

Примітки	Вимірювання симптомів тривоги - симптоми соціальної тривоги

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано

Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)	Низький ризик	Коментар до рішення: Незалежний оцінювач провів діагностичне інтерв'ю та оцінку

Усі результати

Неповні дані про результати (похибка виснаження)

Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Немає відсутніх даних
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для всіх заходів
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: бракує деталей

Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Olivares 2014

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 9 середніх шкіл в Іспанії

Методи

Навчальні умови: школи

N = 117 (CBT (експерт): N = 39; CBT (недосвідчений): N = 39; список очікування: N = 39)

Середній вік (SD): 15,42 (0,97)

Учасники

Діапазон віку: від 14 до 17 років

Стать: 61,8% жіноча

Критерії включення: генералізована соціальна фобія (на основі ADIS-C)

Критерії виключення: депресія, прикордонний розлад особистості, нарцисичний розлад, параноїдальний розлад, тривала історія зловживання психоактивними речовинами, агресивна поведінка, пропущені 3 послідовні сеанси лікування та раніше не отримували психологічного лікування

КПТ (експерт)

Втручання: IAFS (багатокомпонентна програма: Втручання у підлітків з соціальною фобією)

Формат проведення:сесії тільки з дитиною; група

Час контакту з терапевтом: 18 годин (12 x 90 хвилин)

Хто здійснює втручання: клінічні психологи (ступінь з психології) з досвідом роботи більше 2 років, які лікують окремі випадки та застосовують психологічне лікування до груп з соціальною тривожністю

КПТ (недосвідчена)

Інтервенції

Втручання: IAFS (багатокомпонентна програма:

	Втручання у підлітків з соціальною фобією)
	Формат проведення:сесії тільки з дитиною; група
	Час контакту з терапевтом: 18 годин (12 х 90 хвилин)
	Хто здійснює втручання: психологи (ступінь з психології), які не мають досвіду застосування психологічного лікування
	Список очікування/без лікування
	Втручання: список очікування
Результати	**Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-C**/P

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: SAS-A

|||UNTRANSLATED_CONTENT_START|||**Reduction in anxiety symptoms (parent report) post‑treatment:** SAS‑P|||UNTRANSLATED_CONTENT_END|||

Примітки	Симптоми тривоги вимірюють симптоми соціальної тривоги

Ризик похибки

Упередження **Підтримка судження**

Авторське

		судження
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання

Усі результати		
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: оцінювачі пройшли навчання, а компетентність терапевта замаскована, але не вказує, чи сліпий до списку очікування проти лікування
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Надається виснаження, але лише звіти про аналізи, виконані учасником. Немає згадки про те, як були оброблені відсутні дані

Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для всіх заходів
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Вірність вимірюється
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Olivares 2019

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: неконтрольоване довгострокове спостереження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 9 середніх шкіл в Іспанії

Методи

Навчальні умови: школи

Учасники	**N = 108 рандомізованих** (CBT‑IAFS: N = 36; CBT‑IAFS без навчання соціальним навичкам: N = 36; список очікування: N = 36) **Середній вік:** 15,4 (1,11) **Діапазон віку: від** 14 до 17 років **Стать:** 63% жінки **Критерії включення:** відповідають діагностичним критеріям соціальної фобії (на основі ADIS-C/P) **Критерії виключення:** відсутність письмової згоди батьків, відповідність діагностичним критеріям для важкої психопатології (наприклад, депресія або нарцисичний розлад), довгий анамнез зловживання психоактивними речовинами, агресивна поведінка, відсутність 3 послідовних сеансів лікування, і раніше не отримували

	психологічного або психіатричного лікування
	КПТ
	Втручання: IAFS (багатокомпонентна програма: Втручання у підлітків з соціальною фобією)
	Формат проведення:сесії тільки з дитиною; група
	Час контакту з терапевтом: 18 годин (12 x 90 хвилин)
	Хто здійснює втручання: випускники психології
Інтервенції	**КПТ**
	Втручання: IAFS без навчання соціальним

	навичкам
	Формат проведення:сесії тільки з дитиною; група
	Час контакту з терапевтом: 18 годин (12 x 90 хвилин)
	Хто здійснює втручання: випускники психології
	Список очікування/без лікування
	Втручання: список очікування
Результати	**Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-C**

Примітки	Заходи щодо симптомів повідомляються лише до зміни.

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано

Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі

Усі результати		
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Незрозуміли й ризик	Коментар до рішення: Велика кількість вибулих в 1 групі КПТ
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для відповідного заходу
	Незрозуміли й ризик	Коментар до рішення: Досвідчені терапевти, більше ніяких подробиць
Інше джерело упередженості -		

цілісність терапії

Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Ollendick 2009

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: 6 місяців спостереження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 2; Швеція та США

Умови дослідження: клініки

Методи

Дата дослідження: 2001-2006 рр.

Учасники	**N = 196** (CBT: N = 85; активний контроль: N = 70; список очікування: N = 41) **Середній вік (SD):** Вірджинія: 10,9 (1,7); Стокгольм: 11,1 (1,9) **Діапазон віку: від** 7 до 16 років **Стать:** 106 (43,3%) **Критерії включення:** вік від 7 до 16 років; специфічний діагноз фобії, наявний протягом 6 місяців з CSR 4+ (на основі ADIS-C/P); припинити іншу психотерапію або прийом препаратів проти тривоги на час дослідження **Критерії виключення:** первинна велика депресія, поширений розлад розвитку, зловживання наркотиками або алкоголем, психотичні симптоми

КПТ

Втручання: Лікування одним сеансом (OST) (дотримання Ost, але гнучко реалізоване)

Супутні/виключені препарати: антитривожні препарати не дозволяються

Формат проведення: дитячі сесії; індивідуальні

Час контакту з терапевтом: 3 години 45 хвилин (інтерв'ю перед лікуванням 45 хвилин, лікування 3 години)

Інтервенції

Хто здійснює втручання: клініцисти з мінімальним ступенем магістра, навчені

Активний контроль

Втручання: підтримуюча терапія освіти

Супутні/виключені препарати: антитривожні препарати не дозволяються

Формат проведення: дитячі сесії; індивідуальні

Час контакту з терапевтом: 3 години

Хто здійснює втручання: клініцисти з мінімальним ступенем магістра, навчені

Список очікування/без лікування

Втручання: 4-тижневий список очікування

Супутні/виключені препарати: антитривожні

	препарати не дозволяються
	Ремісія діагнозу первинного тривожного розладу після лікування: ADIS-C/P (міні-версія для оцінки діагнозів до лікування)
	Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: MASC‑C
Результати	**Зменшення депресивних симптомів після лікування: CDI**
Примітки	Автор підтвердив діагноз вільний = вільний від первинного розладу
	Про небажані явища під час лікування не

повідомлялося

Активний контроль = контроль уваги

Повідомлялося про симптоматичні заходи для кожного об 'єкта окремо.

Подальше спостереження включає учасників списку очікування, повторно рандомізованих на ЗПТ, в порівнянні з активним контролем

КПТ в порівнянні з списком очікування та КПТ в порівнянні з активним контролем (не розділили групу КПТ, як включено в окремі порівняння)

Ризик похибки

Упередження	Авторське судження	Підтримка судження
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: комп'ютеризовані процедури рандомізації або генератори випадкових чисел
Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар до рішення: рандомізаційні завдання зберігалися в непрозорих конвертах, які залишалися нерозкритими до моменту призначення
Засліплення учасників та персоналу (упередження	Незрозуміли	Коментар до рішення: не вказано, чи були учасники сліпими до "активного" проти "контрольного"

продуктивності)	й ризик	лікування
Усі результати		
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: повідомляє про відсутність вибулих

Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для всіх заходів
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Терапевти пройшли навчання, під наглядом та під контролем прихильності та компетентності
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Ost 2001

Характеристики дослідження

	Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження
	Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: США
Методи	**Налаштування дослідження:** направлення з дитячих психіатричних служб та шкільних служб

Учасники	**N = 60** (КПТ (дитина): N = 21; КПТ (дитина + батьки) N = 20; список очікування: N = 19) **Середній вік (SD):** 11,7 (2,8) **Діапазон віку: від** 7 до 17 років **Стать:** 37 (61%) жіноча **Критерії включення:** віком від 7 до 17 років, первинна специфічна фобія, з CSR 4+ та наявністю протягом мінімум 1 року (НА основі ADIS-C/P), бути мотивованим для лікування **Критерії виключення:** первинна депресія, зловживання наркотиками або психоактивними речовинами, порушення розвитку, психотичні симптоми

КПТ (дитина)

Втручання: лікування за один сеанс (OST), адаптоване до віку розвитку

Формат проведення: дитячі сесії; індивідуальні

Час контакту з терапевтом: 3 години 45 хвилин (інтерв'ю перед лікуванням 45 хвилин, лікування 3 години)

Хто здійснює втручання: досвідчений клінічний психолог, досвідчений у лікуванні специфічних фобій за допомогою КПТ

КПТ (дитина + батьки)

Інтервенції

Втручання: лікування за один сеанс (OST), адаптоване до віку розвитку Ті ж умови, що й з

дитиною, присутні лише батьки

Формат проведення: дитина та батьки разом; індивідуально

Час контакту з терапевтом: 3 години 45 хвилин (інтерв'ю перед лікуванням 45 хвилин, лікування 3 години)

Хто здійснює втручання: досвідчений клінічний психолог, досвідчений у лікуванні специфічних фобій за допомогою КПТ

Список очікування/без лікування

Втручання: 4-тижневий список очікування

	Ремісія діагнозу первинного тривожного розладу після лікування: ADIS-C/P (міні-версія для оцінки діагнозів до лікування)
	Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: RCMAS
Результати	**Зменшення депресивних симптомів після лікування: CDI**
Примітки	Автор надав ремісію всіх діагнозів лише для пацієнтів з діагнозами до лікування.

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Засліплення учасників та персоналу (упередження	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від

продуктивності)		запланованого втручання
Усі результати		
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Оцінювачі сліпі до стану лікування
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Не зрозуміло, чи були випадки вибуття/відсутні дані/підхід до управління відсутніми даними, але автор надав дані

Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для всіх заходів
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Досвідчені терапевти, але не надано жодної інформації щодо оцінки прихильності
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Perrin 2019

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: 10-тижневий період лікування; 3-місячне неконтрольоване спостереження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: перенаправлення з 11 центрів у 1 Трастовому фонді NHS у Великобританії

Методи

Налаштування дослідження: направлення від служб CAMHS та спеціалізованого клініциста

	тривоги в NHS Trust
	N = 40 (КПТ: N = 20; список очікування: N = 20)
	Середній вік (СВ): КПТ: 13,2 (2,4); список очікування: 13,6 (2,8)
	Діапазон віку: від 10 до 18 років
	Стать: 25 (62,5%) жіноча
Учасники	**Критерії включення:** (1) вік від 10 до 18 років; (2) направлення на лікування тривоги; (3) поточний, первинний діагноз ГТР DSM‑IV (на основі ADIS ‑C/P); (4) відсутність інших психіатричних проблем, що потребують більш термінового лікування (включаючи самопошкоджуючі думки/поведінку або вживання/зловживання психоактивними речовинами); (5) відсутність одночасного психологічного або фармакологічного лікування будь-якого розладу; і (6) відсутність помірних або серйозних труднощів у навчанні, про що свідчать медичні або шкільні записи або про що

	повідомив референал/батько/мати під час досудового скринінгу
	КПТ
	Втручання: адаптація КПТ з урахуванням потреб дитини для підходу GAD
	Супутні/виключені препарати: одночасне фармакологічне лікування будь-якого розладу не дозволяється
	Формат проведення: лише дитина, один з батьків запрошений приєднатися до 1 сеансу та приєднатися до кінця сеансів; індивідуально
Інтервенції	**Час контакту з терапевтом:** 10 сеансів
	Хто здійснює втручання: клінічні психологи

	докторського рівня
	Список очікування
	Втручання: 10-тижневий список очікування
	Супутні/виключені препарати: одночасне фармакологічне лікування будь-якого розладу не дозволяється
	Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-C/P
	Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування: ADIS-C/P
Результати	
	Зниження симптомів тривоги (звіт дитини)

після лікування:SCARED‑C

Зниження симптомів тривоги (звіт батьків) після лікування: SCAS-P

Зменшення депресивних симптомів після лікування: MFQ-C

покращення глобального функціонування після лікування: CGAS

Примітки

Ризик похибки

Упередження	Авторське судження	Підтримка судження
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Онлайн-програма випадкового розподілу
Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар до рішення: онлайн-програма випадкового розподілу, створена CTU, розподіл після початкової оцінки
Засліплення учасників та персоналу (упередження	Низький	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу

продуктивності)	ризик	від запланованого втручання
Усі результати		
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар судження: низьке та детальне виснаження. Повідомити про ITT

Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для всіх заходів
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Підготовлений та супервізор-терапевт. Оцінювання прихильності
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Pincus 2010

Характеристики дослідження

	Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження
	Кількість навчальних центрів та розташування: 1, у США
Методи	**Налаштування дослідження:** університетська дослідницька клініка

Учасники	**N = 26** (CBT: N = 13; активний контроль: N = 13) **Середній вік (SD):** 15,75 (1,10) **Діапазон віку: від** 14 до 17 років **Стать:** 19 (73,1%) жіноча **Критерії включення:** діагноз панічного розладу, з агорафобією або без неї, CSR 4+ (НА основі ADIS-C/P)

КПТ

Втручання: Програма лікування паніки (PCT-A) подовження лікування контролю паніки

Супутні/виключені препарати: необхідний період стабілізації до оцінки

Формат доставки: тільки дитина, з одним з батьків, включеним у 2 сеанси; індивідуально

Час контакту з терапевтом: 9 годин (11 x 50 хвилин)

Активний контроль

Інтервенції

Втручання: контроль уваги. 8-тижневий самомоніторинг, зустрічайтеся з терапевтом кожні два тижні, щоб обговорити самомоніторинг паніки

	та тривоги
	Супутні/виключені препарати: необхідний період стабілізації до оцінки
	Формат проведення: дитячі сесії; індивідуальні
	Час контакту з терапевтом: 2 години (4 x 30 хвилин)
	Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: MASC‑C
Результати	**Зменшення депресивних симптомів після лікування: CDI**

	Використовуйте МІНІ-АДІ після лікування. Результати ремісії не повідомляються/не надаються.
Примітки	Активний контроль = контроль уваги

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності	Незрозуміли	Коментар до рішення: подробиць не

(зміщення вибору)	й ризик	надано
Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозуміли й ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість	Незрозуміли	Коментар до рішення: Не вказано

виявлення)	й ризик	
Усі результати		
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Незрозуміли й ризик	Коментар до рішення: виснаження та те, як відсутні дані були деталізовані, але високий рівень відсутніх даних (24% для анкет)
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати повідомлені/надані
Інше джерело упередженості -	Низький	Коментар до рішення: Прихильність оцінюється незалежними

цілісність терапії	ризик	оцінювачами та повідомляється
Інше упередження	Високий ризик	Коментар до рішення: Момент часу для оцінки після лікування варіюється в залежності від умов

Відкрити в окремому вікні

Rapee 2005

Характеристики дослідження

Методи	**Дизайн дослідження:** рандомізоване контрольоване дослідження **Загальна тривалість дослідження:** 11-річне спостереження **Кількість навчальних центрів та місцезнаходження:** 1, в Австралії **Налаштування дослідження:** скринінг у 95 дошкільних закладах
Учасники	**N = 146 рандомізованих** (NB: ми включили N = 111 осіб, які відповідали діагностичним критеріям тривожного розладу на етапі включення. КПТ: N = 60; без втручання: N = 51) **Середній вік (SD):** CBT: 47,23 (5,08); без втручання:

	45,71 (4,15)
	Діапазон віку: від 36 до 62 місяців
	Стать: 64 (57,7%) жіноча
	Критерії включення: інгібовані діти (оцінка > 1,5 SD вище середнього) та задоволені поведінковим інгібуванням за лабораторною оцінкою. Ми включили в огляд лише дітей, які відповідали діагностичним критеріям.
	КПТ
Інтервенції	**Втручання:** навчання батьків. Характер тривожності, ведення батьків, вплив, когнітивна перебудова для батьків, застосування когнітивних принципів з дитиною

Формат надання терапії: тільки з батьками; група

Час контакту з терапевтом: 9 годин (6 х 90 хвилин)

Хто здійснює втручання: клінічний психолог

Немає лікування

Втручання: моніторинг стану. Без втручання

Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування: ADIS-P

Результати

Зниження симптомів тривоги (звіт батьків) після лікування: дошкільна шкала тривоги

Примітки	Ми включили лише дітей, які відповідали діагностичним критеріям тривожного розладу на етапі включення.

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано

Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі

Усі результати		
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Автор надав дані
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати повідомлені/надані
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Досвідчений терапевт провів інтервенцію. Більше ніяких подробиць

Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Rapee 2006

Характеристики дослідження

Методи	**Дизайн дослідження:** рандомізоване контрольоване дослідження
	Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 1, в Австралії
	Умови дослідження: університетська клініка
	Дата дослідження: набір 1999-2002 рр.
Учасники	**N = 267 рандомізованих** (NB: ми включили N = 177, рандомізовані до КПТ: N = 90; список очікування: N = 87)
	Середній вік (SD): CBT: 113,7 місяців (20,4); список очікування: 114,1 місяців (19,1)

Діапазон віку: від 6 до 12 років

Стать: КПТ: 52,3% жінок; список очікування: 29,9% жінок

Критерії включення: 1-6 клас у школі (віком від 6 до 12 років), первинний тривожний розлад (на основі ADIS-C/P), батьки, здатні читати стандартну англійську газету

КПТ

Інтервенція: Cool Kids

Супутні/виключені препарати: стабільна доза за місяць до цього дозволена

Інтервенції

Формат проведення: дочірні та батьківські сесії;

	група
	Час контакту з терапевтом: 18 годин (9 x 2 години)
	Хто здійснює втручання: аспіранти з клінічної психології
	Список очікування/без лікування
	Втручання: 3-місячний список очікування
	Супутні/виключені препарати: стабільна доза за місяць до дозволеного
Результати	**Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування:** ADIS-C/P

	Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування: ADIS-C/P
	Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: SCAS‑C
	Зниження симптомів тривоги (звіт батьків) після лікування: SCAS-P
	Дослідження включало групу "бібліотерапії" (тільки батьківський стан без контакту обличчям до обличчя, тому не включається).
Примітки	Повідомляти про відсутність небажаних явищ під час лікування

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: блокова рандомізація, графік випадкових чисел
Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Графік випадкових чисел відомий лише координатору дослідження

Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Інтерв'юери сліпі до стану лікування
Неповні дані про результати (похибка	Низький	Коментар до рішення: Детально про вибуття. Надано аналіз рандомізованих пацієнтів та осіб, які завершили дослідження, включаючи

виснаження)	ризик	відповідний метод обчислення відсутніх даних.
Усі результати		
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для всіх заходів
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Досвідчений терапевт. Немає подробиць щодо прихильності
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел

упередженості

Відкрити в окремому вікні

Reaven 2012

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Методи

Загальна тривалість дослідження: 4-місячний

інтервенційний період

Кількість навчальних центрів та розташування: 1, у США

Обстановка дослідження: дослідницька клініка

N = 50 (CBT: N = 24; TAU: N = 26)

Середній вік (SD): CBT: 125,75 місяців (21,47); TAU: 125,00 місяців (20,45)

Діапазон віку: від 7 до 14 років

Стать: 48 (96%) жіноча

Учасники

Критерії включення: вік від 7 до 14 років; діагноз ASD (визначений експертами-клінічними

	психологами на основі огляду недавнього ADOS та анкети соціальної комунікації); розмова в повному обсязі, складні речення, як відображено в недавній стандартизованій когнітивній оцінці, та клінічно значущі симптоми тривоги (Примітка: включати ADIS-P та учасники відповідали діагностичним критеріям)
	Виключені критерії: первинні психіатричні симптоми, що відображають інший стан, такий як депресія або психоз; дитина не демонструє «готовність до групи» під час перших 3 сеансів Facing Your Fears; 1 з батьків не міг взяти на себе зобов'язання відвідувати 80% сеансів
	КПТ
	Втручання: зіткнення зі своїми страхами. Адаптована програма КПТ для дітей з РАС
Інтервенції	**Супутні/виключені лікарські засоби:** дозволені лікарські засоби

Формат проведення: дитина та батьки; група

Час контакту з терапевтом: 18 годин (12 х 90 хвилин)

Хто здійснює втручання: клінічний психолог та співтерапевти

TAU

Втручання: підтримував поточні втручання та дозволив проводити нові втручання протягом 4 місяців

Супутні/виключені лікарські засоби: дозволені лікарські засоби

	Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-P
Результати	**Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування:** ADIS-P
	Використовуйте дані, опубліковані в огляді Warwick 2016
Примітки	Зразок з ASD

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: створено комп’ютером
Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар судження: на основі комп’ютера, тому навряд чи можна передбачити призначення
Засліплення учасників та персоналу (упередження	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від

продуктивності)		запланованого втручання
Усі результати		
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Детальна інформація про вибуття, звіт про рандомізацію. Діагностичні результати тільки релевантні результати

Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для відповідного заходу
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Підготовлені терапевти, регулярний нагляд, перевірка вірності
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: 3 місяці спостереження

Кількість навчальних центрів та розташування: 1, у США

Методи

Умови дослідження: університетська клініка

Учасники	**N = 22** (CBT: N = 11; активний контроль: N = 11) **Середній вік (CB):** 13,2 (2,1) **Діапазон віку: від** 9 до 17 років **Стать:** 13 (59,1%) жіноча **Критерії включення:** підтверджений діагноз запального захворювання кишечника (ЗЗК) та відповідність діагностичним критеріям тривожного розладу DSM‑IV (на основі ADIS‑C/P) **Критерії виключення:** поточні суїцидальні думки, що вимагають негайної клінічної уваги; поточне використання психотропних препаратів, призначених протягом останніх 2 місяців; поточний розлад вживання психоактивних речовин, розлад поведінки або поширений розлад розвитку; шизофренія або інший психоз; анамнез або поточний біполярний розлад; або основний діагноз

посттравматичного стресового розладу

КПТ

Втручання: Лікування тривоги та фізичних симптомів, пов'язаних з IBD (TAPS + IBD)

Супутні/виключені препарати: виключено поточне використання психотропних препаратів, призначених протягом останніх 2 місяців

Формат проведення: дитина та батьки разом; індивідуально

Час контакту з терапевтом: 16 годин (13 x 1 година; 3 x 1-годинні батьківські сесії)

Інтервенції

Хто здійснює втручання: докторанти з

клінічної/педагогічної психології

Активний контроль

Втручання: недирективна підтримуюча терапія. Запропонована соціальна та емоційна підтримка шляхом використання недирективних методів (наприклад, рефлексії, узагальнення), емпатичного спілкування та допоміжних тверджень

Супутні/виключені препарати: виключено поточне використання психотропних препаратів, призначених протягом останніх 2 місяців

Формат проведення: дитина та батьки разом; індивідуально

Час контакту з терапевтом: 16 годин (13 х 1 година; 3 х 1-годинні батьківські сесії)

Хто здійснює втручання: докторанти з

	клінічної/педагогічної психології
	Ремісія діагнозу первинного тривожного розладу після лікування та 12-місячного спостереження: ADIS-C/P
	Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування та 12-місячного спостереження: ADIS-P
Результати	**Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування та 3-місячне спостереження:** Шкала специфічної тривоги IBD
Примітки	Вимірювання тривожних симптомів Вимірювання тривожності, пов'язаної з симптомами IBD

Активний контроль = альтернативне лікування

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: діаграми випадкових чисел
Приховування розподілу	Незрозуміли	Коментар до рішення: подробиць не

(упередження відбору)	й ризик	надано
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Незрозуміли й ризик	Коментар до рішення: Немає подробиць щодо засліплення учасника
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Сліпі незалежні оцінювачі

Неповні дані про результати (похибка виснаження) Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Виснаження та відсутні детальні дані. Детальний метод управління відсутніми даними для звітування про аналізи рандомізованих пацієнтів
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для всіх заходів
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Терапевти пройшли навчання та під наглядом. Прихильність та забруднення в контролі оцінюються та повідомляються

Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Rosa Alcazar 2009

Характеристики дослідження

	Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження
	Загальна тривалість дослідження: 6- та 12-місячне спостереження
	Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: Іспанія
Методи	**Навчальні умови:** школи (скринінг)
	N = 77 (КПТ: N = 20; активний контроль (психоосвіта): N = 19; активний контроль: N = 18; список очікування: N = 20)
Учасники	**Середній вік (SD):** 14,87 (0,80)

Діапазон віку: від 14 до 17 років

Стать: 75% жіноча

Критерії включення: загальний діагноз соціальної фобії (на OCHOBIADIS-C), згода батьків

КПТ

Втручання: IAFS (Intervención en Adolescentes con Fobia Social)

Формат проведення:сесії тільки з дитиною; група

Інтервенції

Час контакту з терапевтом: 18 годин (12 x 90

хвилин)

Хто здійснює втручання: терапевти

Активний контроль

Втручання: психоосвіта

Формат проведення:сесії тільки з дитиною; група

Час контакту з терапевтом: 18 годин (12 х 90 хвилин)

Хто здійснює втручання: терапевти

Активний контроль

Втручання: медична освіта

Супутні/виключені препарати:

Формат проведення:сесії тільки з дитиною; група

Час контакту з терапевтом: 18 годин (12 x 90 хвилин)

Хто здійснює втручання: терапевти

Список очікування/без лікування

Втручання: список очікування

Ремісія діагнозу первинного тривожного розладу після лікування та 6-місячного спостереження: ADIS-C

Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування та 6-місячного спостереження: ADIS-C

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування, 6-місячнеспостереження та 12-місячне спостереження: SPAIC

Зниження симптомів тривоги (батьківський звіт) після лікування, 6-місячне спостереження та 12-місячне спостереження: SAS-P

Результати

Активний контроль = контроль уваги

Примітки

Порівняння: КПТ (розділена група КПТ) проти активного контролю, КПТ (розділена група КПТ)

проти активного контролю, КПТ (загальна група КПТ) проти списку очікування

Симптоми тривоги вимірюють заходи щодо симптомів соціальної тривоги

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Відсутність деталей

Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Відсутність деталей

Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Автор надав дані
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для всіх заходів
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Відсутність деталей

Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Salari 2018

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 1, Іран

Методи

Умови дослідження: університетська амбулаторія

N = 42 (CBT: N = 20; список очікування: N = 22)

Середній вік (СВ): КПТ: 8,5 (2,5); список очікування: 8,1 (1,9)

Діапазон віку: від 6 до 12 років

Учасники

Стать: КПТ: 47,4% жінок; список очікування:

21,4% жінок

Критерії включення: критерії DSM‑IV для первинної діагностики ГТР, тривожного розладу при розлученні, соціальної фобії або специфічної фобії (на основі K-SADS), 1 СІЗЗС (селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну) у стабільній дозі принаймні за 8 тижнів до етапу включення

Виключені критерії: 1) діагностовані як основні психіатричні/неврологічні розлади; 2) зміна ліків під час дослідження; 3) батьки пропустили більше 2 з 6 сеансів лікування

КПТ

Втручання: навчання батьків - група КПТ «Друзі на все життя» (елемент навчання батьків, перекладена версія)

Інтервенції

Супутні/виключені препарати: дозволена стабільна доза СІЗЗС принаймні за 8 тижнів до

етапу включення

Формат надання терапії: тільки з батьками; група

Час контакту з терапевтом: 12 годин (6 х 2 години)

Хто проводить втручання дитячого психіатра та спільно з науковим співробітником дитячої психіатрії

Список очікування/без лікування

Втручання: 6-тижневий список очікування

Супутні/виключені препарати: дозволена стабільна доза СІЗЗС принаймні за 8 тижнів до етапу включення

	Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: RCMAS
	Зменшення депресивних симптомів після лікування: CDI
Результати	**покращення глобального функціонування після лікування:** CGAS
Примітки	Автор підтвердив відсутність діагностичної оцінки після лікування.

Ризик похибки

Упередження	Авторське судження	Підтримка судження
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозуміли й ризик	Коментар до рішення: Інформації не надано
Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозуміли й ризик	Коментар до рішення: Інформації не надано
Засліплення учасників та персоналу (упередження	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу

продуктивності)		від запланованого втручання
Усі результати		
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Інформація відсутня, але не використовується діагностична оцінка після лікування
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: не включав учасників, які пропустили більше 2 сеансів, що є потенційним джерелом упередженості. 25% вибули з групи КПТ, але автор надав дані

Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: не повідомляв про результати діагностики, але автор підтвердив відсутність діагностичної оцінки після лікування
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Надання лікування психіатром. Див. рейтинги прихильності, але про подальші подробиці не повідомляється
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Salum 2018

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: США

Дата дослідження: набір з липня 2011 року по вересень 2012 року

Методи

Вилучення: N = 96 спочатку рандомізовані, але 17

	вийшли до першого сеансу і не знали про розподіл - не включені
	N = 79 (модифікація CBT + Attention Bias N = 21; тренінг CBT + Attention Control: N = 21; активна контрольна терапія + модифікація Attention Bias: N = 17; активна контрольна терапія + тренінг Attention Control: N = 20)
	Діапазон віку: від 7 до 11 років
	Критерії включення: первинний діагноз генералізованого тривожного розладу, тривожного розладу розлуки або соціального тривожного розладу (на основі K-SADS)
Учасники	**Критерії виключення:** (i) інший психічний розлад, який, на думку клініциста, викликає більше порушень або розладів, ніж GAD, тривожний розлад розлуки або соціальний тривожний розлад; (ii) будь-який анамнез лікування психічного здоров 'я; (iii) IQ нижче 70

	КПТ (КПТ + зміна упередженості уваги)
	Втручання: Друзі на все життя (групова КПТ) + зміна упередженості уваги (160 випробувань)
	Формат проведення: дитина та батьки; група
	Час контакту з терапевтом: 15 годин (10 х 90 хвилин)
	Хто здійснює втручання: підготовлені психологи
	КПТ (КПТ + тренінг з контролю уваги)
Інтервенції	**Втручання:** Друзі на все життя (групова КПТ) + тренінг з контролю уваги (160 випробувань)

Формат проведення: дитина та батьки; група

Час контакту з терапевтом: 15 годин (10 х 90 хвилин)

Хто здійснює втручання: підготовлені психологи

Активний контроль (контрольна терапія + модифікація зміщення уваги)

Втручання: контрольна терапія - навчальні завдання та психоосвіта + модифікація упередженості уваги (160 досліджень)

Формат проведення: дитина та батьки; група

Час контакту з терапевтом: 15 годин (10 х 90 хвилин)

Хто здійснює втручання: підготовлені психологи

Активний контроль (контрольна терапія + тренінг з контролю уваги)

Втручання: контрольна терапія - навчальні завдання та психоосвіта + тренінг з контролю уваги (160 випробувань)

Формат проведення: дитина та батьки; група

Час контакту з терапевтом: 15 годин (10 х 90 хвилин)

Хто здійснює втручання: підготовлені психологи

Результати

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини)

після лікування: SCAS‑C

Зниження симптомів тривоги (звіт батьків) після лікування: SCAS-P

Зменшення депресивних симптомів після лікування: CDI

Порівняння

- CBT + модифікація упередженості уваги в порівнянні з активною контрольною терапією + модифікація упередженості уваги
- КПТ + тренінг з контролю уваги проти активної контрольної терапії + тренінг з контролю уваги

Примітки

Активна контрольна терапія + зміна упередженості уваги = альтернативне лікування

Терапія активного контролю + тренінг з контролю уваги = контроль уваги

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення	Низький	Коментар до рішення: згенеровані комп 'ютером номери, що

вибору)	ризик	використовуються для розподілу учасників на кожну групу
		Цитата: "Розподіл на групи був прихований, тому терапевти не знали розподілу групи учасника до проведення першого сеансу терапії".
Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Незалежна особа
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Учасники та слідчі були сліпими

Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Високий ризик	Коментар до рішення: детально описується вибуття, повідомляються дані Однак була велика кількість вибулих (23/79), і вибулих були пов'язані з СВТ + зміною упередженості уваги.
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати повідомлені/надані

Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Підготовлені терапевти. Вірність контролюється під наглядом.
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

|||UNTRANSLATED_CONTENT_START|||Sanchez Garcia 2009|||UNTRANSLATED_CONTENT_END|||

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: скринінг у 17 школах Іспанії

Навчальні умови: початкові школи

Вилучення: 7 виключено, оскільки вони не відвідували 3 послідовні сесії (Примітка: про групу не повідомлялося)

Методи

Учасники	**N = 82** (включено: N = 53, рандомізовано до: КПТ: N = 28; список очікування: N = 25) **Діапазон віку: від** 10 до 14 років **Критерії включення:** діагностика генералізованої соціальної фобії (НА основі ADIS-C) **Критерії виключення:** не відвідав 3 послідовних сеанси лікування
Інтервенції	**КПТ** **Втручання:** Втручання у підлітків з соціальною фобією (IAFS), версія для 10-14-річних. Освіта, навчання соціальним навичкам, експозиція,

когнітивна перебудова

Формат проведення:сесії тільки з дитиною; група

Час контакту з терапевтом: 18 годин (12 x 90 хвилин)

Список очікування/без лікування

Втручання: список очікування

Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-C/P

Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування: ADIS-C/P

Результати

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини)

після лікування: SPAI‑C

Дослідження включає третю групу (IAFS без когнітивної реструктуризації), яка не використовується в огляді.

Примітки

Вимірювання симптомів тривоги - симптоми соціальної тривоги

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**

Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Інформації не надано
Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Інформації не надано
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання

Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Інформації не надано
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: вибуття (крім тих, що виключені) та відсутні дані не деталізовані
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Автор надав дані про результати діагностики

Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Інформації не надано
Інше упередження	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Учасники, які пропустили сеанси лікування, були виключені

Відкрити в окремому вікні

Santucci 2013

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: США

Навчальна обстановка: університетська дослідницька клініка (проводиться протягом 3-х літ поспіль)

Методи

Учасники

N = 29 (КПТ: N = 15; список очікування: N = 14)

Середній вік (SD): 9,18 (1,58)

Діапазон віку: від 7 до 12 років

Стать: 100% жінка

Критерії включення: діагноз тривожного розладу розділення (на основі ADIS-C/P); жінки

Критерії виключення: біполярний або психотичний розлад; симптоми тривоги або настрою були в першу чергу пов'язані з медичним/фізичним станом

КПТ

Втручання: Багатоденна програма дитячої тривоги (CMAP) при SAD. Психоосвіта, управління соматичною тривожністю, когнітивна перебудова, вирішення проблем, поступовий вплив. Проводиться протягом 7 днів, накопичується під час ночівлі. Батьківські сесії включають "Формування довіри"

Супутні/виключені препарати: дозволена послідовна доза психотропних препаратів

Формат проведення: дочірні сесії та батьківські сесії; батьки присутні на деяких дочірніх сесіях; група

Час контакту з терапевтом: 38 годин (4 x 5 годин; 1 x 3 години; 1 x 15 годин (ночівля))

Інтервенції

Хто здійснює втручання: розробники лікування та

асистенти докторантів/кандидатів наук

Список очікування/без лікування

Втручання: 8-тижневий список очікування

Супутні/виключені препарати: дозволена послідовна доза психотропних препаратів

Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-C/P

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: SCAS‑C

Зниження симптомів тривоги (звіт батьків) після лікування: SCAS-P

Результати

покращення глобального функціонування після лікування: CGAS

Примітки

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності	Незрозуміли	Коментар до рішення: Інформації не

(зміщення вибору)	й ризик	надано
Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозуміли й ризик	Коментар до рішення: Інформації не надано
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість	Низький	Коментар до рішення: сліпі

виявлення)	ризик	оцінювачі
Усі результати		
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Детально про вибуття. Невелика кількість відсутніх даних та метод обчислення даних для відсутніх значень деталізовані та доречні
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати повідомлені/надані
Інше джерело упередженості -	Незрозуміли	Коментар до рішення: Терапевти пройшли навчання, і нагляд

цілісність терапії	й ризик	використовується для моніторингу/перегляду протоколу, але немає конкретних деталей щодо прихильності
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Schneider 2011

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 1 в Німеччині

Умови дослідження: університетська клініка

Методи

Дата дослідження: 2004-2009 рр.

Учасники	**N = 43** (КПТ: N = 21; список очікування: N = 22) **Середній вік (SD):** CBT: 6,29 (1,01); список очікування: 6,18 (0,73) **Діапазон віку: від** 5 до 7 років **Стать:** 25 (58,1%) жінок **Критерії включення:** первинний діагноз тривожного розладу розлуки відповідно до DSM‐IV‐TR (на основі Kinder‐DIPS); знання місцевої мови; вік від 5 до 7 років; письмова інформована згода батьків та усна згода дитини **Критерії виключення:** прийом психотропних препаратів

КПТ

Втручання: сімейна терапія сепараційної тривоги (TAFF) - розлад-специфічна КПТ

Супутні/виключені препарати: психотропні препарати виключені

Формат проведення: дитячі сесії, батьківські сесії та сімейні сесії; індивідуальні

Час контакту з терапевтом: 13 годин, 20 хв (4 x 50 хв - дитина, 4 x 50 хв - батьки, 8 x 50 хв - сім 'я/батьки) протягом 12 тижнів

Хто проводить втручання дитячого психіатра та спільно з науковим співробітником дитячої психіатрії

Інтервенції

	Список очікування/без лікування
	Втручання: 12-тижневий список очікування
	Супутні/виключені препарати: психотропні препарати виключені
	Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-C/P
	Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування
Результати	**Зниження симптомів тривоги (звіт батьків) після лікування:** RCMAS

Примітки	Діагностична оцінка після лікування = 4-тижнева оцінка після лікування

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Рандомізація, проведена статистиком з використанням комп 'ютеризованого переміщеного блочного дизайну

Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Завдання приховані до моменту призначення групи
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі

Усі результати		
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Детально про вибуття. Відповідні методи, що використовуються для управління відсутніми даними.
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати повідомлені/надані
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Терапевти пройшли навчання та під наглядом. Оцінка та повідомлення про

		прихильність
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Sciberras 2018

Характеристики дослідження

	Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження
	Загальна тривалість навчання: 5 місяців
	Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 1, в Австралії
Методи	**Налаштування дослідження:** Клініка оцінки синдрому дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ)
	N = 12 (КПТ: N = 6; звичайний догляд: N = 6)
Учасники	**Середній вік (СВ):** КПТ: 10,4 (1,3); звичайний догляд: 11,6 (0,6)

Діапазон віку: від 8 до 12 років

Стать: 1 (8,3%) жіноча

Критерії включення: відповідають критеріям СДУГ та генералізованого, соціального або роздільного тривожного розладу (на основіADIS-P); вік від 8 до 12 років

Критерії виключення: отримання допомоги спеціаліста для управління тривожністю

КПТ

Втручання: Cool Kids КПТ; адаптації, щоб зробити їх прийнятними для дітей з СДУГ

Супутні/виключені ліки: дозволені ліки від тривоги, якщо стабільна доза протягом 6 тижнів до включення

Формат доставки: дитина та батько разом, дитина та батько окремо; індивідуально

Час контакту з терапевтом: 10 годин (8 x 1 година, 2 x 1 година)

Інтервенції

Хто здійснює втручання: навчені фасилітатори

TAU

Втручання: продовжували отримувати звичайне лікування СДУГ

Супутні/виключені ліки: дозволені ліки від тривоги, якщо стабільна доза протягом 6 тижнів до включення

Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування: ADIS-C/P

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: SCAS‑C

Результати

Зниження симптомів тривоги (звіт батьків) після лікування: SCAS-P

Примітки	Оцінка після лікування = 5 місяців після рандомізації, приблизно 6 тижнів після лікування

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Незалежний статистик створив графік рандомізації, використовуючи комп 'ютеризовану послідовність випадкових чисел

Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Незалежний статистик. Розподіл був прихований від сімей та дослідників за допомогою запечатаних непрозорих конвертів до отримання згоди батьків.
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі

виявлення)		
Усі результати		
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: повідомляє про відсутність вибулих
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для всіх заходів
Інше джерело упередженості -	Незрозуміли	Коментар до рішення: Навчені фасилітатори проводили лікування.

цілісність терапії	й ризик	Подальші подробиці відсутні.
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Шахнаваз 2016

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: 1 рік подальшого спостереження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 2 у Швеції

Умови дослідження: стоматологічні клініки

Дата дослідження: набір з січня 2013 року по березень 2014 року

Методи

	N = 30 (CBT: N = 13; TAU: N = 17)
	Середній вік (СВ): 10 (3,1)
	Діапазон віку: від 7 до 18 років
	Стать: 22 (73,3%) жіноча
Учасники	**Критерії включення:** 1) пацієнт та всі основні опікуни погодилися взяти участь; 2) пацієнт мав основний діагноз специфічної фобії (стоматологічна тривога або інтраоральна ін 'єкційна фобія) відповідно до DSM‐IV‐TR (адаптована DAWBA); 3) жодних інших психіатричних діагнозів або діагнозів, пов' язаних з розвитком, які вважаються основним діагнозом; 4) пацієнт не отримував одночасного психологічного лікування та не мав призначень для психологічного обстеження в іншому місці; і 5) пацієнт потребував стоматологічної допомоги, але не невідкладної допомоги; і практичні вимоги

КПТ

Втручання: посібник, розроблений дослідницькою групою. Поведінковий аналіз, психоосвіта, освіта батьків, вплив стоматологічних процедур як in vivo, так і у фільмах, методи релаксації, інформація про процедурне лікування болю та когнітивна реструктуризація

Формат проведення: дитина та батьки разом; індивідуально

Час контакту з терапевтом: 10 годин (10 x 1 година)

Хто здійснює втручання: психологи, тренінг з КПТ

TAU

Інтервенції

Втручання: відволікання, премедикація мідазоламом, седація закисом азоту, загальна

	анестезія
	Ремісія діагнозу первинного тривожного розладу після лікування та12-місячного спостереження: ADIS-P
	Зменшення симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування та 12-місячне спостереження: Графік опитування дітей щодо страху: стоматологічна підшкала
Результати	**Зменшення симптомів тривоги (батьківський звіт) після лікування та 12-місячне спостереження:** Графік опитування дітей щодо страху: стоматологічна підшкала
Примітки	Симптоми тривоги вимірюють симптоми фобії зубів

Про небажані явища в групі КПТ не повідомлялося.

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Істинний список рандомізації, створений на сайті www.random.org
Приховування розподілу	Низький	Коментар до рішення: Зовнішня особа. Розподіл після оцінки відповідності вимогам, погоджено до

(упередження відбору)	ризик	включення
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі

Неповні дані про результати (похибка виснаження) Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Детальна інформація про вибуття та причини, наведені для невеликої кількості вибулих. Результати, повідомлені для тих, хто завершив
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати повідомлені/надані
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Підготовлені терапевти з регулярним наглядом, де контролюється прихильність та компетентність

Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Sharma 2017

Характеристики дослідження

	Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження
	Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 1 в Індії
Методи	**Умови дослідження:** університетська клініка
	N = 63 рандомізовані (NB: N = 61 вік від 10 до 18 включений тут: CBT: N = 30; TAU: N = 31)
	Діапазон віку: від 10 до 18 років
Учасники	**Критерії включення:** віком від 10 до 19 років (NB: 19-річні не включені до аналізу в огляді); поточний діагноз ICD тривожного розладу (міні-дитина); поточний діагноз Міжнародного товариства головного болю первинного головного болю; базове читання та письмо; відсутність суттєвих змін ліків за останні 4 тижні; відсутність органічного розладу

	в анамнезі; готовність до рандомізації
	Критерії виключення: депресія виключена на основі CDI
	КПТ
	Втручання: трансдіагностична КПТ
	Формат проведення:сесії тільки з дитиною; група
	Час контакту з терапевтом: 24 години (12 х 2 години)
	TAU
Інтервенції	
	Втручання: продовження прийому TAU-фармакотерапія, відвідування психіатра для

	огляду лікарських засобів
	Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-P
	Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування: ADIS-C/P
	Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: STAIC ‑C модифікований
Результати	**покращення глобального функціонування після лікування:** CGAS
Примітки	Автор надав дані щодо осіб віком до 19 років.

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: створено комп’ютером
Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар судження: на основі комп’ютера, тому навряд чи можна передбачити призначення

Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Незрозуміли й ризик	Коментар до рішення: не детально
		Коментар до рішення: Наведені дані
Неповні дані про результати (похибка	Низький	

виснаження)	ризик	

Усі результати

Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати повідомлені/надані
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Перегляд змісту лікування комітетом, але без додаткових деталей
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Shortt 2001

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: неконтрольоване 12-місячне спостереження

Методи

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 1, в Австралії

Умови дослідження: університетська клініка

N = 71 (КПТ: N = 54; список очікування: N = 17)

Середній вік (СВ): КПТ: 7,83 (1,33); список очікування: 7,88 (1,32)

Діапазон віку: від 6 до 10

Стать: КПТ: 57% жінок; список очікування: 65% жінок

Критерії включення: основний діагноз генералізованого тривожного розладу, сепараційного тривожного розладу або соціальної фобії (визначається за допомогою DISCAP)

Учасники

Критерії виключення: всі діти з інтелектуальними або тяжкими фізичними порушеннями, або які в даний час беруть участь у психосоціальних або

	психофармакологічних втручаннях
	КПТ
	Втручання: FRIENDS. Діти працюють через робочий зошит, буклет батьків з батьківськими стратегіями
	Супутні/виключені лікарські засоби: дозволені лікарські засоби
	Формат проведення: дитячіта батьківські сесії, з батьками та дитиною разом для деяких сесій; група
Інтервенції	**Час контакту з терапевтом:** 15 годин (10 x 1 година (дитячі сеанси), 10 x 30 хв (батьківські сеанси))

Хто проводить втручання: клінічні докторанти

Список очікування/без лікування

Втручання: 10-тижневий список очікування

Супутні/виключені лікарські засоби: не дозволені лікарські засоби

Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування: ADIS-C/P

Результати

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: RCMAS

Примітки

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: співвідношення 3:1, але без додаткових деталей

Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі

Усі результати		
Неповні дані про результати (похибка виснаження) Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: повідомляється про виснаження. Аналізи завершених та рандомізованих пацієнтів для діагностичних результатів. Відсутні дані обробляються належним чином.
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати для всіх повідомлених заходів
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Цілісність оцінюється та повідомляється

Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Шовк 2018

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: 12-місячне спостереження

Методи

Кількість навчальних центрів та розташування: 1, у США

Учасники	**N = 133** (CBT: N = 90; активний контроль: N = 43) **Середній вік (СВ):** КПТ: 10,943 (1,395); список очікування: 10,981 (1,633) **Діапазон віку: від** 9 до 14 років **Стать:** КПТ: 50 (55,6%) жінок; активний контроль: 24 (55,8%) жінки **Критерії включення:** відповідають критеріям поточного генералізованого тривожного розладу, сепараційного тривожного розладу та/або соціального тривожного розладу (на основі K-SAD) **Критерії виключення:** IQ нижче 70, психоактивні препарати; гостра суїцидальність або ризик заподіяння шкоди собі або іншим; наявність металевих предметів в організмі; поточний первинний діагноз великого депресивного розладу, ОКР, ПТСР, розлад поведінки, зловживання психоактивними речовинами або залежність або СДУГ. Тривожні

молоді люди також виключалися, якщо вони мали докази розладу аутистичного спектру або довічний діагноз біполярного розладу, психотичної депресії, шизофренії або шизоафективного розладу.

КПТ

Інтервенція: Кіт Копінгу Сеанси управління тривожністю; сеанси експозиції

Супутні/виключені препарати: психоактивні препарати не дозволяються

Формат проведення: дочірні сесії, плюс 2 батьківські сесії; індивідуальні

Час контакту з терапевтом: 16 сеансів

Інтервенції

Хто здійснює втручання: терапевти

магістерського та докторського рівня

Активний контроль

Втручання: Дитяча орієнтована терапія (CCT). Ручна недирективна підтримуюча психотерапія, заснована на гуманістичних принципах, таких як безумовне позитивне ставлення, емпатія та щирість терапевта

Супутні/виключені препарати: психоактивні препарати не дозволяються

Формат проведення: дочірні сесії, плюс 2 батьківські сесії; індивідуальні

Час контакту з терапевтом: 16 сеансів

Хто здійснює втручання: терапевти магістерського та докторського рівня

	Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування та12-місячного спостереження: ADIS-P
	Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування та 12-місячного спостереження: SCARED‑C
Результати	**Зниження симптомів тривоги (батьківський звіт) після лікування та 12-місячного спостереження: SCARED** ‑P
Примітки	Активний контроль (АВМ) = альтернативне лікування

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано

Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Немає подробиць щодо сліпоти учасників
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Сліпі незалежні оцінювачі
Неповні дані про результати (похибка	Низький ризик	Коментар до рішення: детальна інформація про вибуття та належне управління відсутніми

виснаження)		даними
Усі результати		
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для всіх заходів
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Підготовлені терапевти, оцінка доброчесності та подання звітів
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел

упередженості

Відкрити в окремому вікні

Silverman 1999a

Характеристики дослідження

Методи

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: 12-місячне

спостереження

Кількість навчальних центрів та розташування: 1, у США

Умови дослідження: університетська клініка

N = 104 рандомізовані (NB: N = 64 включені тут, рандомізовані до: КПТ: N = 41; активний контроль: N = 23)

Середній вік (СВ): КПТ: 10,3 (2,6); активний контроль: 9,7 (2,9)

Діапазон віку: від 6 до 16 років

Учасники

Стать: КПТ: 20 (48,8%) жінок; активний контроль: 14

(60,9%) жінок

Критерії включення: первинний фобічний розлад (проста фобія-більшість; соціальна фобія або агорафобія) (ADIS-C/P)

Критерії виключення: поширені розлади розвитку, психотичні симптоми, поточна участь у психосоціальному або психофармакологічному лікуванні

КПТ

Втручання: експозиція + самоконтроль. Полегшити градуйований вплив, використовуючи процедури когнітивного самоконтролю. Викладав когнітивні стратегії та розробив ієрархію страху, виконував експозицію під час сеансу тапоза ним

Супутні/виключені препарати:
психофармакологічне лікування не дозволяється

Формат проведення: дочірні сесії та батьківські сесії, а також частина сесії разом; індивідуальна

Час контакту з терапевтом: 13 годин 20 хв (10 x 80 хв)

Інтервенції

Хто здійснює втручання: докторанти

Активний контроль

Інтервенція: освітній супровід. Освіта щодо фобій та лікування. Немає інформації про терапевтичні стратегії або їх впровадження

Супутні/виключені препарати:
психофармакологічне лікування не дозволяється

Формат проведення: дочірні сесії та батьківські сесії, а також частина сесії разом; індивідуальна

Час контакту з терапевтом: 13 годин 20 хв (10 x 80 хв)

Хто здійснює втручання: докторанти

	Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-C/P
	Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування, 6-місячнеспостереження та12-місячне спостереження: RCMAS-C
	Зниження симптомів тривоги (батьківський звіт) після лікування, 6-місячне спостереження та 12-місячне спостереження: RCMAS-P
Результати	**Зменшення депресивних симптомів після лікування: CDI**
Примітки	Дослідження включає непередбачене управління станом - поведінкове втручання, яке тут не включено.

Активний контроль = контроль уваги

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: не детально

Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: не детально
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: не детально
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: не детально

Усі результати		
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		Коментар до рішення: Детально про вибуття. Відсутні дані для заходів та порядок управління відсутніми даними не деталізовані. Схоже, що повідомлялося лише про аналіз заповнювача.
Усі результати	Незрозумілий ризик	
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати повідомлені/надані
	Низький ризик	
Інше джерело упередженості -		Коментар до рішення: Терапевти пройшли навчання та під наглядом.

цілісність терапії		Оцінювання доброчесності.
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Silverman 1999b

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: неконтрольоване 12-місячне спостереження

Кількість навчальних центрів та розташування: 1, у США

Методи

Умови дослідження: університетська клініка

N = 56 (CBT: N = 37; список очікування: N = 19)

Учасники

Середній вік (SD): 9,96

Діапазон віку: від 6 до 16 років

Стать: КПТ: 17 (46%) жінок; список очікування 5 (26%) жінок

Критерії включення: первинний діагноз соціальної фобії, надмірного тривожного розладу або ГТР (на ОСНОВІ ADIS-C/P)

Критерії виключення: поширений розлад розвитку, психотичні симптоми, сучасне психологічне або психофармакологічне лікування

КПТ

Втручання: групова КПТ - батьки та дитина. Управління суміжністю, вплив, саморозмова з дитиною

Супутні/виключені препарати:
психофармакологічне лікування не дозволяється

Формат проведення:сесії з дитиною та сесії з батьками, а також сесії з дитиною, до яких приєдналися батьки

Час контакту з терапевтом:? сесії по 40 хвилин кожна + 15 хвилин разом

Інтервенції

Хто здійснює втручання: психолог та докторант

Список очікування/без лікування

Втручання: 10-тижневий список очікування

Супутні/виключені препарати:
психофармакологічне лікування не дозволяється

Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-C/P

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування

Зниження симптомів тривоги (звіт батьків) після лікування: RCMAS-P

Результати

Зменшення депресивних симптомів після

лікування: CDI

Примітки

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
		Коментар до рішення: не детально
Генерація випадкової послідовності	Незрозуміли	

(зміщення вибору)	й ризик	
Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозуміли й ризик	Коментар до рішення: не детально
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість	Низький	Коментар до рішення: Підвибірка, оцінена незалежними оцінювачами, хоча засліплення оцінювачів не

виявлення)	ризик	зазначено
Усі результати		
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		Коментар до рішення: Детально про вибуття. 27% вибуття. Учасники, які завершили дослідження, порівняно з учасниками, які не завершили дослідження, за вихідними характеристиками. Схоже, що повідомлялося лише про аналіз заповнювача, і в ньому не вказується порівняння з рандомізованим пацієнтом.
Усі результати	Незрозумілий ризик	
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати повідомлені/надані

Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Цілісність оцінюється та повідомляється
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Simon 2011

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: 24-місячне спостереження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: Великобританія

Методи

Навчальні умови: школи (скринінг)

Учасники	**N = 412 рандомізованих** (NB: N = 75 включено тут, КПТ (батьківська): N = 27; КПТ (дитяча): N = 18; без лікування: N = 30) **Середній вік (SD):** CBT (батьки): 9,67 (1,04); CBT (дитина): 9,61 (1,15); без лікування: 10,10 (1,27) **Діапазон віку: від** 8 до 13 років **Стать:** 33 (44% жінок) **Критерії включення:** найвищий бал 15% за шкалою FARES ‑71 у скринінгу (Примітка: ми включили в огляд лише тих, хто відповідає діагностичним критеріям тривожного РОЗЛАДУ на основі ADIS ‑C/P)

КПТ (батьківська)

Втручання: орієнтована на батьків КПТ

Формат проведення: тільки батьки; група (і телефон)

Час контакту з терапевтом: 5 годин 45 хвилин (3 х 90 хвилин (група); 5 х 15 хвилин (телефон))

Хто здійснює втручання: випускники психології

КПТ- дитина

Інтервенції

Втручання: КПТ,орієнтована на дитину

Формат проведення:сесії тільки з дитиною; група

Час контакту з терапевтом: 12 годин (8 x 90 хвилин)

Хто здійснює втручання: випускники психології

Список очікування/без лікування

Втручання: без втручання

Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування та 24-місячного спостереження: ADIS-P

Результати

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування та 24-місячного спостереження:

SCARED -C

Ми включили лише дітей, які відповідали діагностичним критеріям тривожного розладу на етапі включення.

Примітки Оцінка після лікування = 12 місяців

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**

Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: не детально
Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: не детально
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання

Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: не детально
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Надано детальну інформацію про відсутні дані
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Дані про результати, надані автором

Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Підготовлені терапевти, оцінка доброчесності та подання звітів
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Smith 2014

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: неконтрольоване 3-місячне спостереження

Кількість навчальних центрів та розташування: 1, у США

Методи

Умови дослідження: університетська клініка

Учасники	**N = 31** (КПТ: N = 18; список очікування: N = 13) **Середній вік (SD):** 9,80 (1,78) **Діапазон віку: від** 7 до 13 років **Стать:** 12 (38,7%) **Критерії включення:** відповідали діагностичним критеріям DSM‑IV для 1 або більше з наступного: тривожний розлад розлуки, соціальний тривожний розлад, специфічна фобія та/або генералізований тривожний розлад **Критерії виключення:** коморбідний повсюдний розлад розвитку, черепно-мозкова травма, органічне ураження головного мозку, психотичні симптоми або участь у паралельній психотерапії тривоги

КПТ

Втручання: індивідуальне втручання батьків. Включає психоосвіту та стратегії адаптивного реагування на дитячу тривогу, а також демонструє методи КПТ для батьків, щоб навчати своїх дітей

Супутні/виключені препарати: одночасне фармакологічне лікування тривоги вимагало стабільних доз за 1 місяць до та під час участі

Формат доставки: тільки батьківський; індивідуальний

Час контакту зтерапевтом: 10 годин (10 х 1 година)

Інтервенції

Хто здійснює втручання: аспірант докторантури з психології

Список очікування

Втручання: 10-тижневий список очікування

Супутні/виключені препарати: одночасне фармакологічне лікування тривоги вимагало стабільних доз за 1 місяць до та під час участі

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: MASC‑C

Результати

Зниження симптомів тривоги (звіт батьків) після лікування: MASC-P

Примітки

Використовувалася діагностична оцінка після лікування, але про необхідні результати ремісії не

повідомлялося.

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: не детально

Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: не детально
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі

Усі результати		
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Високий рівень відсутніх даних анкети
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати для всіх повідомлених заходів
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Підготовлені терапевти. Регулярний нагляд, контроль вірності

Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Southam Gerow 2010

Характеристики дослідження

	Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження
	Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: США
Методи	**Налаштування дослідження:** набрано з 6 клінік психічного здоров 'я
	N = 48 (CBT: N = 24; TAU: N = 24)
	Середній вік (SD): 10,9 (2,0)
Учасники	**Діапазон віку: від** 8 до 15 років

Стать: 56,2% жінки

Критерії включення: первинний діагноз ГТР, тривожний розлад при розлученні, соціальна фобія, специфічна фобія (на основі DISC); тривога - пріоритет лікування

Критерії виключення: а) поширений розлад розвитку, (б) психотичний розлад або (в) розумова відсталість

КПТ

Інтервенція: Кіт Копінгу

Супутні/виключені лікарські засоби: використання лікарських засобів відстежувалося під час лікування

Формат проведення: дитячі сесії; індивідуальні

Час контакту з терапевтом: 16 сеансів

Інтервенції

Хто здійснює втручання: соціальні працівники/психологи докторантури/психологи магістратури/інші (наприклад, шлюбні та сімейні терапевти)

	TAU
	Втручання: звичайний догляд. Терапевти використовували процедури лікування, які регулярно використовуються і вважаються ефективними в клінічній практиці.
	Супутні/виключені лікарські засоби: використання лікарських засобів відстежувалося під час лікування
	Формат проведення: дитячі сесії; індивідуальні
	Хто здійснює втручання: соціальні працівники/психологи докторантури/психологи магістратури/інші (наприклад, шлюбні та сімейні терапевти)
Результати	**Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування:** ADIS-P

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: STAIC ‑C модифікований

Зниження симптомів тривоги (батьківський звіт) після лікування: STAIC‑ trait

Примітки

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**

Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: блокувати рандомізовані, стратифіковані
Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано

Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		Коментар до рішення: Виснаження повністю описано. Відповідний метод використовувався для обробки звіту про відсутні дані - діагностичні результати для тих, хто завершив навчання та використовував рандомізовані пацієнти, і досліджував, чи є будь-які відмінності між тими, хто має відсутні дані та без них.
Усі результати	Низький ризик	
Вибіркова звітність	Низький	Коментар до рішення: Результати

(звітна упередженість)	ризик	для всіх повідомлених заходів
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Терапевти пройшли навчання та під наглядом. Оцінювання прихильності
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Spence 2000

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: неконтрольоване 6-місячне та 12-місячне спостереження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 1, в Австралії

Методи

Умови дослідження: університетська клініка

	N = 51 (КПТ (дитина + батьки): N = 17; КПТ (тільки дитина): N = 19; список очікування: N = 15)
	Середній вік (SD): КПТ (дитина + батьки): 10,94 (1,92), n = 17; КПТ (тільки дитина): 11 (2,45), n = 19; список очікування: 9,93 (1,77), n = 14
	Діапазон віку: від 7 до 14 років
	Стать: КПТ (дитина + батьки): 7 (41,2%) жінок, n = 17; КПТ (тільки дитина): 9 (47,4%), n = 19; список очікування: 3 (21,4%) жінки, n = 14
	Критерії включення: основний діагноз соціальної фобії (на основі ADIS-C/P)
Учасники	**Критерії виключення:** не повідомляти про будь-яке уникнення або занепокоєння, пов 'язане з будь-якою соціальною ситуацією в SWQ-PU, серйозними труднощами в навчанні, прийомом ліків від

	психологічного розладу
	КПТ (дитина + батьки)
	Втручання: навчання соціальним навичкам, методам релаксації, вирішенню соціальних проблем, позитивному самонавчанню, когнітивному виклику та ступені впливу. Батьки спостерігають за дитячими сесіями та відвідують батьківські тренінги.
	Супутні/виключені лікарські засоби: виключені лікарські засоби
	Формат проведення: дитячі сесії (батьківські спостереження), а також батьківські сесії; група
Інтервенції	**Час контакту з терапевтом:** 24 години (дитина: 12 x 1 година + 12 x 30 хвилин; батьки: 6 годин)

Хто здійснює втручання: підготовлені психологи

КПТ- дитина

Втручання: навчання соціальним навичкам, методам релаксації, вирішенню соціальних проблем, позитивному самонавчанню, когнітивному виклику та ступені впливу.

Супутні/виключені лікарські засоби: виключені лікарські засоби

Формат проведення:сесії тільки з дитиною; група

Час контакту з терапевтом: 18 годин (12 х 1 година + 12 х 30 хв)

Хто здійснює втручання: підготовлені психологи

	Список очікування/без лікування
	Втручання: 12-тижневий список очікування
	Супутні/виключені лікарські засоби: виключені лікарські засоби
	Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-C/P
	Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-C/P
Результати	**Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування:** RCMAS

Примітки

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано

Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпий оцінювач не вказаний для подальшого лікування, але незалежний оцінювач оцінив підмножину інтерв 'ю

Усі результати		
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Дані про результати, надані автором
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати для всіх повідомлених заходів
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: кваліфіковані терапевти, але без додаткових деталей щодо оцінки/моніторингу

		прихильності/компетентності
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Spence 2006

Характеристики дослідження

	Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження
	Загальна тривалість дослідження: 12-місячне спостереження
	Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 1, в Австралії
Методи	**Умови дослідження:** університетська клініка
Учасники	**N = 72 рандомізовані** (NB: N = 45 включені тут, рандомізовані до КПТ: N = 22; список очікування: N = 23)
	Середній вік (СВ): КПТ: 10,26 (2,05); список

очікування: 9,70 (1,73)

Діапазон віку: від 7 до 14 років

Стать: КПТ: 40,90% жінок; список очікування: 43,50% жінок

Критерії включення: первинний діагноз тривожного розладу (на основі ADIS-P), вік від 7 до 14 років, вміння читати та писати англійською мовою та доступ до Інтернету вдома

Критерії виключення: немає суттєвих відмінностей у демографічних або клінічних змінних

КПТ

Втручання: клінічна група. Компоненти включали ідентифікацію фізіологічних симптомів тривоги; прогресуючу м 'язову релаксацію, керовані образи та глибоке дихання; самостійну розмову та когнітивну реструктуризацію; градуйований вплив; вирішення проблем; а також самооцінкута винагороду. Батьківський компонент включав психоосвіту про (а) дитячу тривогу, (б) управління непередбаченими ситуаціями та (в) способи надання допомоги своїй дитині у навчанні релаксації, когнітивній реструктуризації, ступені впливу та вирішенні проблем.

Супутні/виключені препарати: не допускається

Формат доставки: тільки для дитини, тільки для батьків; група

Інтервенції

Час контакту з терапевтом: 16 годин (10 x 1 година (дитина), 6 x 1 година (батьки))

Хто здійснює втручання: підготовлені психологи

Список очікування/без лікування

Втручання: 10-тижневий список очікування

Супутні/виключені препарати: не допускається

Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-P

Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-C/P

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: SCAS‑C

Результати

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після

лікування: SCAS‑C

Примітки	Дослідження включало «ВЕБ» стан (онлайн-проведення), який ми не включили в огляд.

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності	Низький	Коментар рішення: Монета була

(зміщення вибору)	ризик	підкинута
Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: призначається заздалегідь, але ніяких додаткових деталей не надається, наприклад, якщо він є незалежним
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість	Незрозумілий	Коментар до рішення: Оцінюється надійність Interrater, при цьому оцінювач сліпий до оригінальних діагнозів, але не вказує, чи були

виявлення)	й ризик	оцінювачі сліпими до стану
Усі результати		
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Повідомити про рандомізацію та завершення аналізу. Детально про виснаження.
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати повідомлені/надані
Інше джерело упередженості -	Низький	Коментар до рішення: Незалежна

цілісність терапії	ризик	оцінка доброчесності
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Spence 2011

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: 12-місячне спостереження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 1, в Австралії

Налаштування дослідження: 3 університетські клініки

Методи

Учасники	**N = 115 рандомізованих** (NB: N = 71 включено тут: КПТ: N = 44; список очікування: N = 27) **Діапазон віку: від** 12 до 18 років **Критерії включення:** первинний діагноз тривожного розладу розлуки, соціальної фобії, ГТР або специфічної фобії (ADIS-C/P); вік від 12 до 18 років; доступ до комп'ютера та Інтернету вдома; вміння читати та писати англійською мовою на відповідному віковому рівні **Критерії виключення:** первинний діагноз панічного розладу, ОКР, ПТСР, розлад настрою з КСВ 6+, поширений розлад розвитку, розлад навчання, значна поведінка, зловживання психоактивними речовинами, суїцидальні думки або поточна шкода собі

КПТ

Втручання: BRAVE CLINIC. Ручна індивідуальна КПТ для підліткової тривоги, адаптована з дитячої версії (еквівалентна онлайн-програмі за змістом, кількістю та тривалістю сеансів)

Формат проведення: дитина та батьки разом; індивідуально

Час контакту з терапевтом: 16 годин (10 x 1 година (дитина), 6 x 1 година (батьки))

Хто здійснює втручання: підготовлені психологи

Інтервенції

Список очікування/без лікування

	Втручання: 12-тижневий список очікування
	Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-P
	Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-C/P
	Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: SCAS‑C
	Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: SCAS‑C
Результати	**покращення глобального функціонування після лікування:** CGAS

Примітки	Дослідження включало «ВЕБ» стан (онлайн-проведення), який ми не включили в огляд.

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: створено комп’ютером

Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Заздалегідь, реалізований незалежним дослідником
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі

Усі результати		
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		Коментар до рішення: повідомляється про виснаження. Повідомляється про аналізи заповнювача та рандомізованих пацієнтів для діагностичних результатів, а рандомізовані пацієнти для безперервних Вивчено
Усі результати	Низький ризик	та повідомлено про вплив відсутніх даних
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати повідомлені/надані
	Низький ризик	
Інше джерело упередженості -		Коментар до рішення: Підготовлені терапевти, регулярний нагляд,

цілісність терапії		перевірка вірності
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Storch 2013

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: неконтрольоване 3-місячне спостереження

Кількість навчальних центрів та розташування: 1, у США

Методи

Умови дослідження: університетська клініка

Учасники	**N = 45** (CBT: N = 24: TAU: N = 21) **Середній вік (СВ):** 8,89 (13,4) **Діапазон віку: від** 7 до 11 років **Стать:** 9 (20%) жін **Критерії включення:** діагноз аутистичного розладу, синдрому Аспергера або поширеного розладу розвитку - не вказано інше; первинний діагноз тривожного розладу розділення, соціальної фобії, генералізованого тривожного розладу або обсесивно-компульсивного розладу (на основі ADIS-C/P) **Критерії виключення:** повномасштабне або словесне розуміння IQ менше 70 за стандартизованим тестом; одночасна участь у психосоціальних втручаннях (за винятком ерготерапії/логопедії та груп з навчання соціальним навичкам, які не включали домашнє завдання і були менш ніж 90 хвилин на тиждень, враховуючи, що ефективність лікування тривоги

була обмежена, і батьки часто не бажають відмовлятися від послуг); активна суїцидальність або участь у суїцидальній поведінці протягом 6 місяців до зарахування; або біполярний або психотичний розлад

КПТ

Втручання: Поведінкові втручання при тривозі у дітей з аутизмом (BIACA)

Супутні/виключені препарати: дозволена стабільна доза перед скринінгом

Формат проведення: дитина та батьки разом; індивідуально

Час контакту з терапевтом: від 16 до 24 годин (від 16 х 60 до 90 хвилин)

Інтервенції

Хто здійснює втручання: докторанти або

докторанти з клінічної або шкільної психології

TAU

Втручання: вільний почати, продовжити, змінити або утриматися від будь-якого психосоціального або фармакологічного лікування

Супутні/виключені препарати: не допускається

Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-C/P

Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-C/P

Результати

Зниження симптомів тривоги (звіт батьків)

після лікування: MASC-P

Зразок з ASD

Примітки

Ремісія за всіма діагнозами тривоги, зареєстрованими в Warwick 2016.

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**

Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: створено комп’ютером
Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар судження: на основі комп’ютера, тому навряд чи можна передбачити призначення
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання

Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Виснаження та відсутні детальні дані. Невелика кількість відсутніх даних та відповідні методи, що використовуються для управління відсутніми даними
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати повідомлені/надані

Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Терапевти пройшли навчання. Оцінка вірності та звітність.
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Storch 2015

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: 1-місячне неконтрольоване спостереження

Кількість навчальних центрів та розташування: 1, у США

Методи

Умови дослідження: університетська клініка

	N = 31 (CBT: N = 16: TAU: N = 15)
	Середній вік (SD): 12,74 (1,34)
	Діапазон віку: від 12 до 16 років
	Стать: 6 (19,4%) жінок
	Критерії включення: відповідають критеріям (1) діагнозу аутизму, синдрому Аспергера або первазивного розладу розвитку - інше не вказано
Учасники	; (2) одночасний діагноз тривожного розладу розлуки, генералізованого тривожного розладу, обсесивно-компульсивного розладу або соціальної фобії (на основі ADIS-C/P); (3) оцінка 13 за шкалою оцінки дитячої тривожності (PARS); та (4) IQ 80, оцінений за скороченою шкалою інтелекту Векслера або оглядом стандартизованого тестування, що відбувалося протягом попередніх 2 років

Критерії виключення: (1) початок прийому нових лікарських засобів протягом 6 тижнів (протипсихотичні засоби, ліки від синдрому дефіциту уваги та гіперактивності) або 12 тижнів (антидепресанти) до включення до дослідження; (2) одночасна участь у психотерапії, навчання соціальним навичкам понад 90 хв на тиждень або інші програмні поведінкові втручання (наприклад, прикладний поведінковий аналіз); (3) активна суїцидальність; (4) історія манії, психозу або зловживання психоактивними речовинами протягом життя

КПТ

Втручання: розроблена модифікована версія посібника з поведінкових втручань для лікування тривоги у дітей з аутизмом (BIACA). Мінімум 3 сеанси були витрачені на розвиток навичок подолання (наприклад, поведінкова активація, когнітивна реструктуризація) з принаймні 8 сеансами експозиційної терапії.

Супутні/виключені лікарські засоби: дозволені будь-які стабільні лікарські засоби

Формат доставки: тільки дитина, з одним з батьків, включеним у 2 сеанси; індивідуально

Час контакту з терапевтом: від 16 до 24 годин (від 16 x 60 до 90 хвилин)

Інтервенції

Хто здійснює втручання: докторанти або докторанти з клінічної або шкільної психології, які мають принаймні 1 рік досвіду роботи з КПТ для

	дитячої тривоги
	TAU
	Втручання: учасники можуть звернутися за будь-яким психосоціальним або фармакологічним лікуванням, яке вони обрали, або не звертатися за лікуванням протягом 16 тижнів
	Супутні/виключені лікарські засоби: продовжували приймати попередньо існуючі лікарські засоби або терапію або змогли ініціювати зміни дозування або нові лікарські засоби з постачальником, що призначає
	Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-C/P
Результати	**Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування:** ADIS-C/P

	Зниження симптомів тривоги (звіт батьків) після лікування: MASC-P
	Ремісія всіх діагнозів тривожних розладів, наведених у Warwick 2016.
Примітки	Зразок з ASD

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**

Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: створено комп’ютером
Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар судження: на основі комп’ютера, тому навряд чи можна передбачити призначення
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання

Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Відсутність вибуття для оцінки після лікування. Відсутні дані обробляються належним чином.
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати повідомлені/надані

Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Терапевти пройшли навчання та під наглядом, а прихильність оцінювалася та повідомлялася
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Thirlwall 2013

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: неконтрольоване 6-місячне спостереження та 3-5-річне спостереження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 1, Великобританія

Умови **дослідження:** університетська клініка

Дата дослідження: набір з квітня 2008 року по грудень 2010 року

Методи

	N = 194 (КПТ (повна): N = 64: КПТ (коротка): N = 61; список очікування: N = 69)
	Діапазон віку: від 7 до 12 років
	Стать: КПТ (повна): 30 (46,9%) жінок; КПТ (коротка): 30 (49,2%) жінок; список очікування: 34 (49,3%) жінок
Учасники	**Критерії включення:** вік від 7 до 12 років, первинний діагноз ГТР, соціальна фобія, тривожний розлад при розлученні, панічний розлад/агорафобія або специфічна фобія (на основі ADIS-C/P), відсутність значних фізичних або інтелектуальних порушень, якщо призначаються психотропні препарати, стабільна доза (батьки та дитина), особа, яка здійснює первинний догляд, не має поточного тривожного розладу або іншого серйозного розладу психічного здоров 'я, батьки не мають значних інтелектуальних порушень

КПТ (повна)

Втручання: лікування КБТ під керівництвом батьків. Батьки, яким надається самодопомога, записуються та отримують повні вказівки, деякі особисто, а деякі по телефону.

Супутні/виключені препарати: дозволена стабільна доза

Формат доставки: тільки батьківський; індивідуальний

Час контакту з терапевтом: 5 годин 20 хвилин

Хто проводить інтервенцію: певний клінічний досвід або новачок (певний досвід проведення КПТ або роботи з клінічними популяціями)

Інтервенції

КПТ (коротко)

Втручання: лікування КБТ під керівництвом батьків. Батьки, яким надається самодопомога, записуються та отримують повні вказівки, деякі особисто, а деякі по телефону.

Супутні/виключені препарати: дозволена стабільна доза

Формат доставки: тільки батьківський; індивідуальний

Час контакту з терапевтом: 2 години 40 хвилин

Хто проводить інтервенцію: певний клінічний досвід або новачок (певний досвід проведення КПТ або роботи з клінічними популяціями)

Список очікування/без лікування

Втручання: 12-тижневий список очікування

Супутні/виключені препарати: дозволена стабільна доза

Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-C/P

Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування: ADIS-C/P

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: SCAS‑C

Зниження симптомів тривоги (звіт батьків) після лікування: SCAS-P

Результати

Зменшення депресивних симптомів після

лікування: SMFQ-дитина

Примітки

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності	Низький	Коментар до рішення: Централізована служба телефонної рандомізації в Центрі статистики в медицині Оксфордського

(зміщення вибору)	ризик	університету
Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар до рішення: централізований
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі
Засліплення оцінки результатів (упередженість		

виявлення)		
Усі результати		
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Виснаження та відсутні детальні дані. Аналіз чутливості, що використовується для вивчення впливу відсутніх даних.
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для всіх заходів
Інше джерело упередженості -	Низький	Коментар до рішення: Терапевти відвідують навчання та регулярний

цілісність терапії	ризик	нагляд. Оцінка та повідомлення про прихильність
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Villabo 2018

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: неконтрольоване довгострокове спостереження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 5 клінік у Норвегії

Умови **дослідження: клініки**

Дата дослідження: набір з вересня 2008 року по жовтень 2011 року

Методи

N = 165 (CBT (індивідуальна CBT): N = 55: CBT (групова CBT): N = 55; список очікування: N = 55)

Середній вік (SD): 10,46 (1,49)

Діапазон віку: від 7 до 13 років

Стать: CBT (ICBT): 24 (43,6%) жінка; CBT (GCBT): 25 (45,5%) жінка; список очікування: 26 (47,3%) жінка

Критерії включення: вік від 7 до 13 років, первинний діагноз SAD, GAD або соціальний тривожний розлад (на основі ADIS-C/P), значні функціональні порушення, IQ 70+, 1 з батьків + володіє норвезькою мовою

Учасники

Критерії виключення: (a) розлад психічного здоров 'я з вищим пріоритетом лікування, (b) поширений розлад(и) розвитку, (c) психоз або (d)

поточне використання анксіолітичних препаратів

CBT‑індивідуальний

Втручання: норвезький переклад Coping Cat

Супутні/виключені препарати: поточне використання анксіолітичних препаратів не дозволяється

Формат проведення: дитина та батьки разом; індивідуально

Час контакту з терапевтом: 14 сеансів

Інтервенції

Хто здійснює втручання: громадські терапевти (психологи, соціальні працівники, резиденти

психіатрії)

КПТ (група)

Втручання: норвезький переклад Coping Cat

Супутні/виключені препарати: поточне використання анксіолітичних препаратів не дозволяється

Формат доставки: тільки для дитини, тільки для батьків; група

Час контакту з терапевтом: 14 сеансів

Хто здійснює втручання: громадські терапевти (психологи, соціальні працівники, резиденти психіатрії)

Список очікування/без лікування

Втручання: 12-тижневий список очікування

Супутні/виключені препарати: поточне використання анксіолітичних препаратів не дозволяється

Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-C/P

Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування: ADIS-C/P

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: MASC‑C

Результати

Зниження симптомів тривоги (звіт батьків)

після лікування: MASC-P

покращення глобального функціонування після лікування: CGAS

Примітки

Ризик похибки

Упередження	Авторське судження	Підтримка судження

Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: комп'ютерна процедура перманентного блокування
Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар судження: на основі комп’ютера, тому навряд чи можна передбачити призначення
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання

Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: повідомляється про виснаження. Відповідні методи, що використовуються для управління відсутніми даними.
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для всіх заходів

Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Терапевти з широким досвідом. Оцінка та повідомлення про прихильність
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Walkup 2008

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: довгостроковеспостереження (6 років) на сьогоднішній день

Кількість навчальних центрів та розташування: 1, у США

Умови дослідження:університетські клініки

Методи

Дата дослідження: 2002-2007 рр.

N = 488 (тільки CBT: N = 139: CBT + сертралін: N = 140; тільки сертралін: N = 133; плацебо препарату: N = 76)

Середній вік (СВ): тільки КПТ: 10,5 (2,9); КПТ + сертралін: 10,7 (2,8); тільки сертралін: 10,8 (2,8); плацебо препарату: 10,6 (2,8)

Діапазон віку: від 7 до 17 років

Стать: тільки КПТ: 72 (51,8%) жінки; КПТ + сертралін: 72 (51,4%) жінки; тільки сертралін: 61 (45,9%) жінка; плацебо препарату: 37 (48,7%) жінка

Критерії включення: вік від 7 до 17 років, первинний діагноз відокремлення або генералізована або соціальна фобія, суттєве порушення (НА основі ADIS-C/P), IQ 80+

Учасники

Критерії виключення: нестабільний стан здоров 'я, відмовлялися відвідувати школу через тривогу або намагалися, але не мали відповіді на 2 адекватні випробування СІЗЗС або адекватне

випробування КПТ. Дівчата, які були вагітними або сексуально активними і не використовували ефективний метод контролю народжуваності, також були виключені. Діти, які отримували психоактивні препарати, крім стабільних доз стимуляторів, і у яких були психіатричні діагнози, які робили участь у дослідженні клінічно неприйнятним (тобто поточний великий депресивний розлад або розлад, пов 'язаний з вживанням психоактивних речовин; немедикаментозний СДУГ, комбінований тип; або біполярні, психотичні або поширені розлади розвитку в анамнезі), або які представляли гострий ризик для себе або інших, також були виключені.

Інтервенції

Тільки КПТ

Втручання: на основі корекції CAT

Супутні/виключені препарати: виключено прийом психоактивних препаратів, крім стабільних доз стимуляторів

Формат доставки: лише дитина, прибуття батьків і лише 2 батьків

Час контакту з терапевтом: 14 годин (14 x 1 година)

Хто проводить втручання: досвідчені психотерапевти, сертифіковані за протоколом Coping Cat

КПТ + сертралін

Втручання: на основі Coping Cat + сертралін (Золофт)

Супутні/виключені препарати: виключено прийом психоактивних препаратів, крім стабільних доз стимуляторів

Формат доставки: лише дитина, прибуття батьків і лише 2 батьків

Час контакту з терапевтом: від 18 до 22 годин: 14 годин (14 х 1 година) + 4-8 годин (8 х 30-60 хвилин)

Хто проводить втручання: досвідчені психотерапевти, сертифіковані за протоколом Coping Cat Психіатри та медсестри-клініцисти з досвідом лікування дітей з тривожними розладами

Сертралін окремо

Втручання: сертралін (Золофт)

Супутні/виключені препарати: виключено прийом психоактивних препаратів, крім стабільних доз стимуляторів

Час контакту з терапевтом: від 4 до 8 годин (8 х 30-60 хвилин)

Хто здійснює втручання: психіатри та медсестри-клініцисти з досвідом лікування дітей з тривожними розладами

Препарат плацебо

Втручання: плацебо препарату

Супутні/виключені препарати: виключено прийом психоактивних препаратів, крім

	стабільних доз стимуляторів
	Час контакту з терапевтом: від 4 до 8 годин (8 х 30-60 хвилин)
	Хто здійснює втручання: психіатри та медсестри-клініцисти з досвідом лікування дітей з тривожними розладами
	Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування та 36-тижневеспостереження: MASC-C
	Зниження симптомів тривоги (батьківський звіт) після лікування та 36-тижневеспостереження: MASC-P
	покращення глобального функціонування після лікування: CGAS
Результати	
	Зменшення депресивних симптомів після

	лікування: MFQ-C
	Повідомлялося про небажані явища.
Примітки	Про довгострокові результати ремісії повідомлялося в інших джерелах.

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**

Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: створено комп’ютером
Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар до рішення: керована центральна аптека
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Плацебо препарату тримається в таємниці від учасників
Засліплення оцінки	Низький	Коментар до рішення: сліпі

результатів (упередженість виявлення)	ризик	оцінювачі
Усі результати		
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Викидання чіткі та процедури управління чіткими та надійними
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для всіх заходів

Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар судження: Досвідчені терапевти. Постійний нагляд Оцінювання вірності.
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Waters 2009

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 1, в Австралії

Методи

Умови дослідження: університетська клініка

	N = 80 (КПТ (батьки + дитина): N = 31; КПТ (лише батьки): 38; список очікування: N = 11)
	Середній вік (SD): КПТ (батьки + дитина): 6,89 (1,2); КПТ (тільки батьки): 6,68 (1,20); список очікування: 6,68 (1,20)
	Діапазон віку: від 4 до 8 років
	Стать: КПТ (батьки + дитина): 17 (54,8%) жінок; КПТ (лише батьки): 20 (64,5%) жінок; список очікування: 5 (45,5%) жінок
	Критерії включення: специфічна фобія, соціальна фобія, ГТР та/або діагноз тривожного розладу при розлученні (на основі ADIS-P)
Учасники	**Критерії виключення:** коморбідний розлад екстерналізації, поширений розлад розвитку, органічне ураження головного мозку або психоз. Діти, які брали участь у психологічному або фармакологічному лікуванні тривожних розладів,

були виключені.

КПТ (батьки + дитина)

Втручання: Вжийте заходів. Діти: психоосвіта, навчання релаксації, виявлення тривожних розмов про себе, стратегії подолання, вплив, вирішення проблем, соціальні навички. Сесії для батьків: надається робочий зошит для дитини, обкладинка: психоосвіта, батьківські стратегії управління тривогою, висвітлення кроків дій, які діти виконують щотижня, позитивне подолання батьків, навички спілкування та вирішення проблем

Супутні/виключені препарати: не допускається

Формат проведення:сесії з дитиною та сесії з батьками; група

Інтервенції

Час контакту з терапевтом: 20 годин (10 х 1

година (дитина); 10 х 1 година (батьки))

Хто здійснює втручання: психологи, навчені КПТ для дитячої тривоги

КПТ (батьківська)

Втручання: те саме, що і батьківські сесії у батьків + дитина вище

Супутні/виключені препарати: не допускається

Формат проведення: дитина та батьки; група

Час контакту зтерапевтом: 10 годин (10 х 1 година)

Хто здійснює втручання: психологи, навчені КПТ

для дитячої тривоги

Список очікування/без лікування

Втручання: очікування приблизно 10 тижнів

Супутні/виключені препарати: не допускається

Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-P

Результати

Ремісія всіх діагнозів тривожного розладу після лікування: ADIS-C/P

Примітки	Показник симптомів тривоги не повідомляється для списку очікування, тому його не можна використовувати в огляді.

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано

Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: подробиць не надано
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі

Усі результати		
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Повідомити про вибуття. Велика кількість вибулих, але звітують про аналізи завершених та рандомізованих пацієнтів та однакові висновки
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: не повідомляв батьків про симптоми дитячої тривоги для списку очікування
Інше джерело упередженості -	Низький ризик	Коментар до рішення: Підготовлені терапевти, регулярний нагляд. Контрольний список терапевта, який використовується для підтримки

цілісність терапії		цілісності.
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Wergeland 2014

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Загальна тривалість дослідження: неконтрольоване 1-річне спостереження

Кількість навчальних центрів та місцезнаходження: 7 державних дитячих та підліткових психіатричних амбулаторій у Норвегії

Умови **дослідження: клініки**CAMHS

Методи

Дата дослідження: 2008-2010 рр.

Учасники	**N = 182** (CBT (iCBT): N = 77; CBT (GCBT): N = 67; список очікування: N = 38) **Середній вік (SD):** 11,5 (2,1) **Діапазон віку: від** 8 до 15 років **Стать:** 96 (52,7%) жін **Критерії включення:** основний тривожний розлад SAD, SOP, GAD (НА основі ADIS-C/P) **Критерії виключення:** поширений розлад розвитку, психотичний розлад та/або розумова відсталість

	CBT (iCBT)
	Втручання: індивідуальна КПТ - Друзі
	Супутні/виключені препарати: дозволена стабільна доза
	Формат проведення: тільки дитина, дитина + батьки протягом 2 сесій та частини 8 сесій; індивідуально
	Час контакту зтерапевтом: 10 годин (10 x 1 година)
Інтервенції	**Хто здійснює втручання:** клінічні психологи, клінічні педагоги, клінічний соціальний працівник

CBT (GCBT)

Втручання: група CBT ‑ Friends

Супутні/виключені препарати: дозволена стабільна доза

Формат проведення: тільки дитина, дитина + батьки протягом 2 сесій та частини 8 сесій; індивідуально

Час контакту з терапевтом: 15 годин (10 x 90 хвилин)

Хто здійснює втручання: клінічні психологи, клінічні педагоги, клінічний соціальний працівник

Список очікування/без лікування

Втручання: 10-тижневий список очікування

Супутні/виключені препарати: дозволена стабільна доза

Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-C/P

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: SCAS‑C

Зниження симптомів тривоги (звіт батьків) після лікування: SCAS-P

Результати

Зменшення депресивних симптомів після лікування: MFQ-дитина

Примітки

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Блокування рандомізації, більше ніяких подробиць

Приховування розподілу (упередження відбору)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Блокування рандомізації, більше ніяких подробиць
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)	Незрозумілий ризик	Коментар до рішення: Оцінювач не сліпий до підходу до лікування

Усі результати		
Неповні дані про результати (похибка виснаження) Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Відповідні методи, що використовуються для управління відсутніми даними. Звіт про рандомізовані пацієнти, а також проведені аналізи завершених пацієнтів
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати повідомлені/надані
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Прихильність та компетентність оцінюються та повідомляються

Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

White 2013

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Кількість навчальних центрів та розташування: 1, у США

Умови дослідження: університетська клініка

Методи

Дата дослідження: набір з жовтня 2008 року по жовтень 2010 року

N = 30 (КПТ: N = 15; список очікування: N = 15)

Учасники

Середній вік (SD): 15 років

Діапазон віку: від 12 до 17 років

Стать: 7 (23%) жінок

Критерії включення: вік від 12 до 17 років, діагноз ASD за підтримки ADOS, відповідність критеріям соціальної фобії GAD, специфічної фобії або тривожного розладу розлуки (НА основі ADIS-C/P)

Критерії виключення: первинний ОКР, панічний розлад або панічний розлад з агорафобією або серйозними проблемами поведінки

КПТ

Інтервенція: мультимодальна тривога та інтервенція соціальних навичок (MASSI). Індивідуальне, групове та батьківське навчання. Виберіть відповідні модулі з посібника

Супутні/виключені препарати: супутній прийом психіатричних препаратів дозволявся, якщо доза була стабільною протягом щонайменше 4 тижнів без запланованих змін протягом періоду рандомізованого дослідження

Формат доставки: лише дитина, батьки відвідують частину сеансу; індивідуально та групово

Час контакту з терапевтом: від 21 до 23 годин (13 x 60 до 70 хвилин (індивідуально), 7 x 75 хвилин (група))

Інтервенції

Хто здійснює втручання: головний дослідник та

	докторанти
	Список очікування/без лікування
	Втручання: 14-тижневий список очікування
	Супутні/виключені препарати: супутній прийом психіатричних препаратів дозволявся, якщо доза була стабільною протягом щонайменше 4 тижнів без запланованих змін протягом періоду рандомізованого дослідження
	Зниження симптомів тривоги (звіт батьків) після лікування: шкала тривоги CASI
Результати	**покращення глобального функціонування після лікування:** DD-CGAS

Примітки	Зразок з ASD

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: імена, витягнуті з коробки

Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар до рішення: зроблено особою, яка не пов 'язана з дослідженням. Базові заходи завершені до розподілу
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі експерти для відповідних заходів

Усі результати		
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Відповідні методи, що використовуються для управління відсутніми даними.
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати повідомлені/надані
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Підготовлені та керовані терапевти. Сесії записані та переглянуті. Вірність оцінюється

		незалежно.
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Wood 2009

Характеристики дослідження

Методи	**Дизайн дослідження:** рандомізоване контрольоване дослідження **Кількість навчальних центрів та розташування:** 1, у США
Учасники	**N = 40** (КПТ: N = 17; список очікування: N = 23) **Середній вік (СВ):** КПТ: 9,18 (1,42); список очікування: 9,22 (1,57) **Стать:** КПТ: 5 (29%) жінок; список очікування: 8 (35%) жінок **Критерії включення:** 1) діагноз аутизм/синдром Аспергера або первазивний розлад розвитку – не вказано інше (PDD-NOA); 2) тривожний розлад розділення, соціальна фобія або ОКР (на основі ADIS-C/P); 3) відсутність психіатричних препаратів або стабільна доза протягом щонайменше 1 місяця і

	підтримується протягом усього дослідження
	Критерії виключення: лише діагноз GAD, IQ менше 70, поточна психотерапія або навчання соціальним навичкам, сімейна терапія або коучинг батьків
	КПТ
	Інтервенція: зміцнення довіри
	Супутні/виключені препарати: дозволена стабільна доза
	Формат проведення: тільки дитина та батьки/сім'я з дитиною; індивідуальний
Інтервенції	
	Час контакту з терапевтом: від 16 до 24 годин

(від 16 х 60 до 90 хвилин)

Хто здійснює втручання: докторанти

Список очікування/без лікування

Втручання: 3-місячний список очікування

Супутні/виключені препарати: дозволена стабільна доза

Зниження симптомів тривоги (звіт дитини) після лікування: MASC‑C

Результати

Зниження симптомів тривоги (звіт батьків) після лікування: MASC-P

	Повідомляти про ремісію лише з 4 вхідних діагнозів
Примітки	Зразок з ASD

Ризик похибки

Упередження	**Авторське судження**	**Підтримка судження**
Генерація випадкової послідовності	Низький	Коментар до рішення: Комп 'ютерна

(зміщення вибору)	ризик	програма рандомізації
Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Приховано від слідчих
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання
Засліплення оцінки результатів (упередженість	Низький ризик	Коментар до рішення: сліпі оцінювачі

виявлення)		
Усі результати		
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Повідомлення про вибуття. Повідомлено про аналізи рандомізованих пацієнтів та осіб, які заверши
Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати для всіх повідомлених заходів
Інше джерело упередженості -	Низький	Коментар до рішення: Терапевти, які пройшли навчання та під наглядом,

цілісність терапії	ризик	та заходи щодо прихильності
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

Wood 2015

Характеристики дослідження

Дизайн дослідження: рандомізоване контрольоване дослідження

Кількість навчальних центрів та розташування: 2, у США

Методи

Умови **дослідження:** університетські клініки

N = 33 (КПТ: N = 19; список очікування: N = 14)

Середній вік (СВ): КПТ: 12,3 (1,14); список очікування: 12,2 (0,98)

Діапазон віку: від 11 до 15 років

Учасники

Стать: КПТ: 6 (32%) жінок; список очікування: 4

	(29%) жінки
	Критерії включення: критерії розладу аутистичного спектра та 1 тривожного розладу (НА основі ADIS-C/P)
	Критерії виключення: отримання КПТ, навчання соціальним навичкам з домашнім завданням або прикладним поведінковим аналізом, початок прийому антидепресантів або антипсихотиків протягом 12 або 6 тижнів, відповідно, до лікування, ризик суїциду, біполярне розлади, шизофренія або зловживання психоактивними речовинами
	КПТ
Інтервенції	**Втручання:** Поведінкові втручання при тривозі у дітей з аутизмом (BIACA)
	Супутні/виключені препарати: дозволена

стабільна доза

Формат проведення: дитина та батьки разом; індивідуально

Час контакту з терапевтом: від 16 до 24 годин (від 16 х 60 до 90 хвилин)

Хто здійснює втручання: постдокторські клінічні співробітники або докторанти

Список очікування/без лікування

Втручання: 16-тижневий список очікування

Супутні/виключені препарати: дозволена стабільна доза

	Ремісія діагнозу первинної тривоги після лікування: ADIS-C/P
Результати	**Зниження симптомів тривоги (звіт батьків) після лікування:** MASC-P
Примітки	Зразок з ASD

Ризик похибки

Упередження **Підтримка судження**

Авторське

		судження
Генерація випадкової послідовності (зміщення вибору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Комп 'ютерна програма рандомізації
Приховування розподілу (упередження відбору)	Низький ризик	Коментар до рішення: Приховано від слідчих
Засліплення учасників та персоналу (упередження продуктивності)	Низький ризик	Коментар до рішення: Незважаючи на те, що засліплення було неможливим, ми вирішили, що навряд чи це призвело до відходу від запланованого втручання

Усі результати		
Засліплення оцінки результатів (упередженість виявлення)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Сліпі незалежні оцінювачі
Неповні дані про результати (похибка виснаження)		
Усі результати	Низький ризик	Коментар до рішення: Детально про вибуття. Припускається відсутність даних, але невелика кількість відсутніх даних

Вибіркова звітність (звітна упередженість)	Низький ризик	Коментар до рішення: Результати, повідомлені для всіх заходів
Інше джерело упередженості - цілісність терапії	Низький ризик	Коментар до рішення: Терапевти пройшли навчання та під наглядом, а прихильність оцінювалася та повідомлялася
Інше упередження	Низький ризик	Коментар до судження: Дослідження, як видається, не містить інших джерел упередженості

Відкрити в окремому вікні

ADI‑R: Інтерв 'ю з діагностикою аутизму - переглянутеADIS ‑C/P: Розклад інтерв' ю з симптомами тривожного розладу для дітей- інтерв 'ю з дітьми та батькамиADOS: Розклад діагностичного спостереження за аутизмом ASD: Розлад спектру аутизмуBDI ‑II: Інвентаризація депресії Бека - IICAMHS: Послуги з психічного здоров' я дітей та підлітківCASI: Інвентаризація симптомів дитини та підлітківCBCL: Контрольний список поведінки дітейCBT: когнітивна поведінкова терапіяCDI: Інвентаризація депресії дітейCGAS: Дитяча глобальна шкала оцінкиCSR: Рейтинг клінічної тяжкостіCTU: Підрозділ клінічних випробуваньDAWBA: Оцінка розвитку та благополуччяD ‑CGAS: Глобальна оцінка розвитку дітей з інвалідністю ScaleDIPS ‑K: Діагностичні інтерв 'ю bei psychischen Störungen im Kindes ‑ und JugendalterDISC: Графік діагностичного інтерв' ю ChildrenDISCAP: Diagnostic Interview Schedule for Children, Adolescents, and ParentsDSM ‑IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders‑4th editionDSM ‑5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders‑5th editionICD: International Classification of DiseaseIQ: intelligence quotientITT: intention‑to‑treatK ‑GAS: Children 's Global Assessment Scale (German Version)K‑ SADs: Kiddie Schedule for Affective Disorders and SchizophreniaMASC ‑C/P: Multidimensional Anxiety Scale for Children‑Child/Parent reportMFQ ‑C: Mood and Feelings Questionnaire‑Child reportMINI ‑KID: Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and AdolescentsPAS ‑R: Preschool Шкала тривоги ‑ Переглянута шкала тривожності та депресії для дітейRCMAS: Переглянута шкала тривоги для дітейSAS ‑A: Шкала соціальної тривоги для підлітківSAS ‑C/P: Шкала соціальної тривоги для дітей‑ Звіт про дитину/батьківSET ‑C: Терапія соціальної ефективності для дітейSCAS ‑C/P: Шкала дитячої тривоги Спенса ‑ Звіт про дитину/батьківSCARED ‑C/P: Скринінг на дитячу тривогу, пов' язану з емоційними розладами‑ Звіт про дитину/батьківSD: стандартне відхиленняSMFQ ‑ C: Опитувальник короткого настрою та почуттів SPAI ‑C: Соціальна фобія та тривога для дітей SPIKE ‑C: Соціальна фобія та тривога для дітей (німецька версія) Staic: Стан‑ Трактивність для дітей TAU: лікування як зазвичай

Перейти:

Характеристика виключених досліджень [упорядковано за ідентифікатором дослідження]

Дослідження	Причина виключення
Asbrand	Дані не аналізуються
Asbrand 2019	Дані не аналізуються
Baer 2005	Дані не аналізуються

Beidel 2000	Не мануалізована/модульна КПТ
Beidel 2007	Не мануалізована/модульна КПТ
Bergman 2013	Не мануалізована/модульна КПТ
Bernstein 2005	Не всі учасники відповідали діагностичним критеріям тривожного розладу.

Bodden 2008a	Не RCT
Clementi 2019	Відсутність контролю/порівняння без КПТ
Cobham 2012	Не RCT
Cotton 2019	Не мануалізована/модульна КПТ

Ebrahiminejad 2016	Не мануалізована/модульна КПТ
Flatt 2010	Дані не аналізуються
Gil Bernal 2009	Відсутність базової структурованої діагностичної оцінки/учасники не відповідали діагностичним критеріям тривожного розладу
Ginsburg 2019b	Не всі учасники відповідали діагностичним критеріям тривожного розладу.

Hayward 2000	Не RCT
Jansen 2012	Відсутність базової структурованої діагностичної оцінки/учасники не відповідали діагностичним критеріям тривожного розладу
Kerns 2016	Відсутність базової структурованої діагностичної оцінки/учасники не відповідали діагностичним критеріям тривожного розладу
Kujawa 2019	Не RCT

Lyneham 2006	Відсутність прямого контакту з батьками/дитиною/не обличчям до обличчя
Mendlowitz 1999	Не RCT
Nauta 2003	Не RCT
NCT00576719	Дані не аналізуються

Oerbeck 2014	Не мануалізована/модульна КПТ
Ollendick 2018	Не мануалізована/модульна КПТ
Ost 2015	Не мануалізована/модульна КПТ
Ozyurt 2018	Не мануалізована/модульна КПТ

Pereira 2014	Не всі учасники відповідали діагностичним критеріям тривожного розладу.
Rudy 2017	Не мануалізована/модульна КПТ
Salzer 2018	Дорослі (≥ 19 років) (включаючи 20-річних)
Sevi Tok 2016	Відсутність базової структурованої діагностичної оцінки/учасники не відповідали діагностичним критеріям тривожного розладу

Storch 2019	Не мануалізована/модульна КПТ
Sung 2011	Відсутність базової структурованої діагностичної оцінки/учасники не відповідали діагностичним критеріям тривожного розладу
Weisz 2012	Не всі учасники відповідали діагностичним критеріям тривожного розладу.

Відкрити в окремому вікні

КПТ: когнітивно-поведінкова терапія RCT
: рандомізоване контрольоване дослідження

Перейти:

Характеристика досліджень, що очікують класифікації [упорядковано за ідентифікатором дослідження]

ACTRN12613000217707

Методи	RCT
Учасники	Критерії включення: вік від 12 до 19 років, клінічні рівні набутої черепно-мозкової травми

Інтервенції КПТ

Результати Основні: SCAS, FARS, ADIS

Примітки

Відкрити в окремому вікні

ACTRN12615000730505

Методи	RCT CBT проти списку очікування
	Критерії включення: тривожний розлад, проблеми зі сном
Учасники	Вік: від 13 до 17 років
Інтервенції	Когнітивно-поведінкова терапія для підлітків з тривогою та проблемами, пов 'язаними зі сном
Результати	Основні: НПД (тривога). Безсоння (Індекс тяжкості безсоння)

Примітки	Статус: ще не завербований

Відкрити в окремому вікні

ACTRN12619000619145

Методи	RCT
Учасники	Ціль: N = 80 Критерії включення: вік від 10 до 14 років; діагноз діабет,

клінічна або субклінічна тривожність

КПТ

Інтервенції Список очікування

Результати Основний: YAM‑5

Примітки Ще не завербовано

Відкрити в окремому вікні

DRKS00012823

Методи	RCT
	Ціль: N = 420
Учасники	Критерії включення: депресивний розлад або тривожний розлад; вік від 6 до 18 років
Інтервенції	КПТ

Психодинамічна психотерапія

Результати Первинна: кількість психіатричних діагнозів

Примітки

Відкрити в окремому вікні

IRCT20181006041250N

Методи	RCT
Учасники	Критерії включення: жінки; вік від 8 до 12 років; симптоми тривоги (відсіченняSCAS), легкий або помірний тривожний розлад, що не потребує медикаментозної терапії
Інтервенції	КПТ: група, на основі Coping Cat Контроль: група, оповідання
Результати	SCAS, SDQ, CDI

Примітки Завершити

Відкрити в окремому вікні

ISRCTN59518816

Методи RCT

Учасники N = 228

Критерії включення: віком від 8 до 12 років; синдром дефіциту

	уваги та гіперактивності; тривожний розлад (генералізований тривожний розлад, соціальний тривожний розлад, тривожний розлад розлуки)
	КПТ
Інтервенції	TAU=лікування як зазвичай.
Результати	Ремісія тривожного розладу (ГТР, соціальний тривожний розлад, тривожний розлад розлуки)
Примітки	Завершити

Відкрити в окремому вікні

JPRN-UMIN000008724

Методи	RCT
Учасники	Критерії включення: вік від 7 до 18 років; тривожний розлад (на ОСНОВІ ADI); припинити іншу психотерапію для дослідження
Інтервенції	КПТ

Контроль (без лікування)

Результати Первинний: ADIS

Примітки

Відкрити в окремому вікні

JPRN-UMIN000032275

Методи	RCT
Учасники	Критерії включення: вік від 9 до 15 років; клінічний або субклінічний діагноз тривожного розладу або депресивного розладу
	КПТ
Інтервенції	Контроль (без лікування)
Результати	Первинний: ADIS

Примітки

Відкрити в окремому вікні

JPRN-UMIN000033218

Методи RCT

Учасники Ціль: N = 60

Критерії включення: вік від 10 до 16 років; IQ в середньому

	діапазоні; діагноз розладів аутистичного спектру; клінічний рівень тривожності (напівструктуроване інтерв'ю)
	КПТ
Інтервенції	Активний контроль
Результати	Первинні: симптоми тривоги
Примітки	Більше не набирають

Відкрити в окремому вікні

NCT02810171

Методи	RCT
	Ціль: N = 280
Учасники	Інклюзія: вік від 7 до 17 років; клінічно значуща тривога, визначена за допомогою структурованого клінічного інтерв'ю; тривожність є першочерговим занепокоєнням

КПТ

Інтервенції Релаксаційна терапія

Первинна: функція/структура мозку

Результати Вторинна: шкала оцінки дитячої тривожності

Примітки Розпочато в грудні 2016 року

Відкрити в окремому вікні

NCT02977962

Методи	RCT
Учасники	Ціль: N = 44 Критерії включення: вік від 16 до 21 року; розлад аутистичного спектра; діагноз 1 з наступних тривожних розладів: тривожний розлад розлуки, специфічна фобія, панічний розлад, генералізований тривожний розлад, соціальна фобія або обсесивно-компульсивний розлад, а також мінімальний бал 14 за шкалою тривоги Гамільтона
Інтервенції	КПТ

	TAU
Результати	Первинна: шкала тривожності Гамільтона (зміна відносно етапу включення)
Примітки	Не всі учасники матимуть право на участь.

Відкрити в окремому вікні

NCT03412227

Методи	RCT
	Ціль: N = 200
Учасники	Критерії включення: вік від 9 до 17 років; первинний тривожний розлад DSM-5 або депресивний розлад
	Індивідуальна терапія поведінкової активації (IBAT)
	Програма PASCET для молодіжних депресивних розладів
Інтервенції	Копінг-кат (КПТ)

	Список очікування
Результати	Первинна: шкала клінічного загального ступеня тяжкості враження (CGIS) (зміна)
Примітки	

Відкрити в окремому вікні

NCT03899948

Методи	RCT
	Ціль n = 135
Учасники	Критерії включення: відвідування початкової школи, підвищені симптоми тривоги та рейтинг клінічної тяжкості 3+ за ADI
	Програма тривоги вчителя для учнів початкових класів
Інтервенції	Тренінг з тривожності вчителів (TAT)

Результати	Вторинний: зміна модифікованих ADI
Примітки	Діагностика тривожності не потрібна.

Відкрити в окремому вікні

ADIS: Розклад інтерв'ю з тривожним розладом для дітей
CBT:когнітивно-поведінкова терапія
CDI: Дитячий опитувальник депресії
IQ: коефіцієнт інтелекту
RCT: рандомізоване контрольоване дослідження SCARED
:скринінг емоційних розладів, пов' язаних з
дитячою тривогою SCAS: дитяча шкала тривоги
SpenceSDQ: опитувальник сильних сторін та труднощів
YAM-5: молодіжна шкала тривоги для DSM-5

Перейти:

Характеристика поточних досліджень [упорядковано за ідентифікатором дослідження]

ACTRN12616001552471

Назва дослідження	Ефективність шкільної групової терапії прийняття та зобов'язань для дітей з тривожністю: рандомізоване контрольоване дослідження
Методи	RCT
Учасники	Ціль n = 130 Критерії включення: Віком від 7 до 17 років. 2. Відповідати

	критеріям первинного діагнозу тривожного розладу. 3. Доступний/здатний відвідувати Дитячу лікарню в Вестміді для попереднього лікування, негайного після лікування та 6-місячних оцінок після лікування, а також відвідувати мінімум 80% сеансів терапії. 4, Мати батька/опікуна, який готовий відвідувати та брати участь у оцінці, а також у 2 батьківських сесіях
Інтервенції	Проактивна (групова програма мануальної терапії на основі прийняття та зобов 'язань, яку проводять шкільні консультанти) проти списку очікування (10 тижнів)
	Первинні результати
	Зміна балу за шкалою оцінки дитячої тривожності (PARS) - оцінка лікаря, дитини та батьків (до, після лікування та через 6 місяців після лікування)
Результати	
	Зміна шкали тривожності Спенса для дітей (SCAS) - оцінка дитини та батьків (до, після лікування та через 6 місяців після

лікування)

Дата початку 28 вересня 2016 р.

Dr Karen Hancock

SCHN, CHW Кафедра психологічної медицини Locked Bag 4001 Westmead NSW 2145

Австралія

Контактна інформація karen.hancock@health.nsw.gov.au

Примітки	www.who.int/trialsearch/Trial2.aspx?Ідентифікатор дослідження =ACTRN12616001552471
	anzctr.org.au/ACTRN12616001552471.aspx

Відкрити в окремому вікні

NCT02725619

Назва дослідження	Нейронні механізми КПТ при тривожності у дітей з аутизмом: рандомізоване контрольоване дослідження

Методи	RCT
	Ціль n = 150
Учасники	Критерії включення: вік від 8 до 14 років; діагноз розладу аутистичного спектру; діагноз тривожного розладу та клінічно значущий рівень тривожності; повномасштабний IQ та вербальний IQ > 70; немедикаментозний або стабільний прийом ліків без запланованих змін протягом дослідження; здатний відповідати вимогам щодо безпеки МРТ (наприклад, відсутність металевих медичних імплантатів) та якості даних (наприклад, здатний нерухомо тримати голову під час сканування)
Інтервенції	КПТ проти психоосвіти та підтримуючої терапії (ПСТ)

	Первинні результати
	Шкала оцінки дитячої тривожності (PARS) (зміна від початкового рівня - середня точка; зміна від початкового рівня - кінцева точка)
	Шкала загального клінічного враження-покращення (CGI-I) (зміна відносно етапу включення - середини; зміна відносно етапу включення - кінцевої точки)
Результати	Сигнал, залежний від рівня оксигенації крові (BOLD) під час зниження регуляції порівняно з пасивним переглядом афективних зображень (зміна від вихідного рівня - середина; зміна від вихідного рівня - кінцева точка)
Дата початку	Квітень 2016

Denis Sukhodolsky

Єльський дитячий навчальний центр

Нью-Гейвен, Коннектикут, США

Контактна інформація

denis.sukhodolsky@yale.edu

Примітки

clinicaltrials.gov/show/nct02725619

Відкрити в окремому вікні

NCT02908321

Назва дослідження	Когнітивно-поведінкова терапія тривожного розладу у дітей зкоморбідним розладом аутистичного спектру
Методи	RCT
	Цільове значення N = 50
	Критерії включення: віком від 7 до 14 років; діагностований розлад аутистичного спектру та симптоми тривоги, що погіршують якість життя
Учасники	Критерії виключення: IQ до 70 років; невідповідність діагностичним критеріям діагностики первинної тривожності за ADI; активний психоз; нелікований синдром дефіциту уваги та гіперактивності; сім'ї, які не можуть

	дотримуватися програми
Інтервенції	CBT (Cool Kids ASD) проти списку очікування
Результати	Первинні результати: НПД (етап включення, 14 тижнів, 3 місяці)
Дата початку	Серпень 2016
	Tina R Kilburn
Контактна	

інформація	Центр дитячої та підліткової психіатрії
	Ріськов, Регіон Мідтюлланд, Данія, 8240
	tinakilb@rm.dk
Примітки	clinicaltrials.gov/show/nct02908321

Відкрити в окремому вікні

NCT03279471

Назва дослідження	Визначення та лікування фенотипу тривоги при розладі аутистичного спектру
Методи	RCT
	Ціль n = 132
Учасники	Критерії включення: вік від 8 до 14 років; відповідає критеріям діагнозу розладу аутистичного спектру; клінічно значущі симптоми тривоги (мінімальний бал 8 за шкалою оцінки дитячої тривожності); клінічно значущі симптоми тривоги, визначені відповідно до діагнозу за 1 або більше пунктами, не пов'язаними з фобією, в БДР; IQ за повною шкалою шкалою та вербальним розумінням більше 50; симптоми тривоги вважаються основною проблемою психічного здоров'я (тобто найбільш погіршують/турбують); стабільні ліки, непсихотерапія та психосоціальний режим

Інтервенції	КПТ в порівнянні з препаратом (сертралін) в порівнянні з плацебо таблеток
Результати	Первинний результат: зміна шкали оцінки дитячої тривожності (попереднє лікування, після лікування, 3-місячне спостереження)
Дата початку	1 листопада 2017 року
Контактна інформація	Brianna Health, доктор

UC Davis MIND Institute

Сакраменто, Каліфорнія, США, 95817

bheath@ucdavis.edu

Примітки clinicaltrials.gov/ct2/show/nct03279471

Відкрити в окремому вікні

NCT03585010

Назва дослідження	Реакція мозку, пов'язана з батьківським лікуванням дитячих тривожних розладів
Методи	RCT
	Ціль n = 226
Учасники	Критерії включення: препубертатний період; клінічний діагноз первинного тривожного розладу; не повинен мати іншого психічного захворювання, більш погіршуючого, ніж найбільш погіршуючий тривожний розлад; IQ принаймні 80

Інтервенції	Сприяння вихованню емоцій тривожних дітей у порівнянні з КПТ у порівнянні з освітньою підтримкою батьків
Результати	Первинний результат: шкала оцінки дитячої тривожності (PARS) (12 тижнів) Вторинний результат: звіт про багатовимірну шкалу тривожності для дітей (MASC) батьків та дитини (12 тижнів)
Дата початку	Вересень 2018 року

Eli R Lebowitz, PhD

Єльський дитячий навчальний центр

Нью-Гейвен, Коннектикут, США

Контактна інформація eli.lebowitz@yale.edu

Примітки clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03585010

Відкрити в окремому вікні

ADIS: Розклад інтерв'ю з тривожним розладом для дітей
CBT: когнітивно-поведінкова терапія
IQ: коефіцієнт інтелекту
MRI:магнітно-резонанснатомографія
RCT: рандомізоване контрольоване дослідження

Перейти:

Відмінності між протоколом та оглядом

- Критерії, що використовувалися для оцінки придатності досліджень для включення до цього огляду, відрізнялися від попередніх версій цього огляду (наприклад, цей огляд включав КПТ, що проводиться батьками). Тому ми використовували оновлені стратегії пошуку (див. Додаток 2; Додаток 3).
- Ми видалили порівняння "активного контролю", розділивши його на два окремих порівняння: контроль уваги та альтернативні методи лікування.
- Оскільки було проведено велику кількість відповідних досліджень (> 80), ми включили лише ті дослідження, які відповідали визначеним критеріям прийнятності, і повідомили (або автор надав) дані принаймні про один із зазначених первинних або вторинних результатів.
- Ми скасували вимогу до терапевтів отримувати регулярний нагляд. Механізми нагляду широко варіювалися в різних дослідженнях і не завжди були конкретизовані, навіть якщо існувала підозра, що вони існують. Замість того, щоб вказувати нагляд як вимогу, ми оцінювали цілісність терапії (включаючи компетентність терапевта та прихильність) як частину оцінки «Ризик упередженості» у всіх включених дослідженнях.
- У протоколі ми вказали, що учасники відповідають діагностичним критеріям тривожного розладу. У огляді ми уточнили, що ці базові

діагнози були поставлені шляхом надійних та дійсних структурованих інтерв'ю для Діагностичного *та статистичного посібника з психічних розладів* (DSM) або Міжнародної класифікації захворювань (ICD) дитячих та підліткових тривожних розладів (щоб відповідати заходам, необхідним для діагностичних результатів).

- Там, де повідомлялося про широкі заходи щодо симптомів тривоги та конкретні симптоми розладу, ми надавали пріоритет широким заходам щодо симптомів тривоги. Ми також провели аналіз чутливості для показників симптомів тривоги, повідомлених дитиною та батьками, видаливши дослідження, в яких повідомлялося лише про показники симптомів, специфічних для розладу.
- Контрольний список поведінки дитини - Шкала інтерналізації не була включена як міра симптомів тривоги, оскільки вона не призначена для оцінки лише симптомів тривоги.
- Аналізи підгруп:

Ми провели аналіз підгруп для первинного результату (ремісія первинного тривожного розладу) через порівняння. Для основного порівняння з найбільшою кількістю досліджень (КПТ в порівнянні з очікуваним списком/відсутністю лікування) ми також провели аналіз підгруп щодо найчастіше повідомляються вторинних результатів (ремісія всіх діагнозів тривоги після лікування та зменшення симптомів тривоги у дітей та батьків після лікування).

Заходи КПТ проводилися або індивідуально, або в груповому форматі, а також варіювалися з точки зору кількості батьківської участі (дитина-орієнтована, дитина та батьки, тільки батьки). Тому ми провели аналіз окремих підгруп для вивчення відмінностей між індивідуальними та груповими форматами та форматами, орієнтованими на дитину, дитину та батьків, а також лише на батьків. Ми також надали більш детальний опис втручань, орієнтованих на дитину, та втручань, орієнтованих на дитину та батьків, ніж було надано в протоколі.

Щоб дослідити відмінності між втручаннями з різною кількістю часу контакту з терапевтом, ми планували використовувати чотири підгрупи; однак ми згорнули дві з цих підгруп через невелику кількість досліджень з < 10 годинним часом контакту з терапевтом. Тому ми досліджували відмінності між < 10 годин, ≥ 10 годин та < 20 годин та ≥ 20 годин.

Щоб оцінити відмінності між різними віковими групами, ми провели аналіз підгруп для вивчення відмінностей між дослідженнями з учасниками віком ≤ 12 років, ≥ 12 років та змішаним віковим діапазоном, включаючи учасників віком < 12 років та учасників віком ≥ 12 років.

Оскільки вищезазначений аналіз проводився у підгрупах, метарегресійний аналіз не вимагався.

Щоб переконатися, що аналізи підгруп були значущими, ми проводили ці аналізи лише там, де були дані щонайменше трьох досліджень для кожної підгрупи.

- Ми внесли незначні зміни до Передумови, щоб відобразити сучасні докази та забезпечити, щоб порядок, в якому були представлені відповідні питання/цілі/результати, був максимально узгодженим протягом усього огляду.

Перейти:

Внесок авторів

Ентоні Джеймс і Тесса Рірдон переглянули всі статті; Анжела Солер переглянула статті іспанською мовою; і Джорджина Джеймс і Кеті Кресвелл переглянули статті, де були будь-які розбіжності. Ентоні Джеймс та Тесса Рірдон отримали дані дослідження, зв 'язалися з авторами дослідження та оцінили ризик упередженості, а також відповідали за статистичний аналіз. Ентоні Джеймс, Тесса Рірдон та Кеті Кресвелл спільно відповідали за інтерпретацію даних та аналізів та складання тексту огляду. Усі автори внесли свій внесок у перегляд та доопрацювання тексту.

Перейти:

Джерела підтримки

Перейти:

Внутрішні джерела

- Oxford Healthcare NHS Foundation Trust, Великобританія
- Кафедра психіатрії Оксфордського університету, лікарня Варнефорд, Оксфорд, Великобританія

Перейти:

Зовнішні джерела

- Дослідницька професорська робота Національного інституту досліджень у галузі охорони здоров'я (NIHR), UKCathy Creswell та Tessa Reardon фінансується дослідницькою професорською діяльністю NIHR для Кеті Кресвелл (NIHR-RP-2014-04-018). У цьому дослідженні представлені незалежні дослідження, які частково фінансуються NIHR.

Перейти:

Декларації інтересів

Ентоні Джеймс: Нічого заявитиТесса Рірдон
не отримала від професора-дослідника Національного інституту досліджень у галузі охорони здоров 'я (NIHR) Кеті Кресвелл. Це дослідження представляє незалежне дослідження, частково профінансоване NIHR.

Анжела Солер:нічого декларувати
Георгіна Джеймс:нічого декларувати
Кеті Кресвелл не фінансувалася професором-дослідником NIHR.

У цьому дослідженні представлені незалежні дослідження, які частково фінансуються NIHR.

Список літератури

Go to:

Посилання на дослідження, включені в цей огляд

Go to:

Afshari 2014 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Afshari A, Neshat-Doost HT, Maracy M, Ahmady MK, Amiri S. The effective comparison between emotion-focused cognitive behavioral group therapy and cognitive behavioral group therapy in children with separation anxiety disorder. *Journal of Research in Medical Sciences* 2014;19(3):221-7. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Arendt 2016 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Arendt K, Thastum M, Hougaard E. Efficacy of a Danish version of the Cool Kids program: a randomized wait-list controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2016;133(2):109-21. [DOI: 10.1111/acps.12448] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Barrett 1996 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Barrett PM, Dadds MR, Rapee RM. Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996;64(2):333-42. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Barrett 1998 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Barrett PM. Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology* 1998;27(4):459-68. [DOI: 10.1207/s15374424jccp2704_10] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Barrington 2005 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Barrington J, Prior M, Richardson M, Allen K. Effectiveness of CBT versus standard treatment for childhood anxiety disorders in a community clinic setting. *Behaviour Change* 2005;22(1):29-43. [DOI: 10.1375/bech.22.1.29.66786] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Berge 2017 {published data only}

1. Berge KG, Agdal ML, Vika M, Skeie MS. Treatment of intra-oral injection phobia: a randomized delayed intervention controlled trial among Norwegian 10- to 16-year-olds. *Acta Odontologica Scandinavica* 2017;75(4):294-301. [DOI: 10.1080/00016357.2017.1297849] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
2. NCT02083432. Cognitive behavioural treatment of intra-oral Injection-phobia in 10-16 year old children and adolescents. *clinicaltrials.gov/show/nct02083432* (first received 11 March 2014).

Go to:

Cartwright Hatton 2011 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Cartwright-Hatton S, McNally D, Field AP, Rust S, Laskey B, Dixon B, et al. A new parenting-based group intervention for young anxious children: results of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2011;50(3):242-51. [10.1016/j.jaac.2010.12.015] [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Chalfant 2007 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Chalfant AM, Rapee R, Carroll L. Treating anxiety disorders in children with high functioning autism spectrum disorders: a controlled trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2007;37(10):1842-57. [DOI: 10.1007/s10803-006-0318-4] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Cheung 2016 {published data only}

1. Cheung MC. *Effectiveness of Attention Bias Modification Treatment for Children With Social Anxiety Problem [Thesis]*. Pokfulam, Hong Kong: The University of Hong Kong, 2016. [hub.hku.hk/handle/10722/239961] [Google Scholar]

Go to:

Chiu 2013 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Chiu AW, Langer DA, McLeod BD, Har K, Drahota A, Galla BM, et al. Effectiveness of modular CBT for child anxiety in elementary schools. *School Psychology Quarterly* 2013;28(2):141-53. [DOI: 10.1037/spq0000017] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
2. NCT00569829. Modular cognitive behavioral therapy for the treatment of child anxiety disorders in elementary school settings. *clinicaltrials.gov/show/nct00569829* (first received 7 December 2007).

Go to:

Cobham 2017 {published data only}

1. Cobham VE, Filus A, Sanders MR. Working with parents to treat anxiety-disordered children: a proof of concept RCT evaluating Fear-less Triple P. *Behaviour Research and Therapy* 2017;95:128-38. [DOI: 10.1016/j.brat.2017.06.004] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Cornacchio 2019 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Cornacchio D, Furr JM, Sanchez AL, Hong N, Feinberg LK, Tenenbaum R, et al. Intensive group behavioral treatment (IGBT) for children with selective mutism: a preliminary randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2019;87(8):720-33. [DOI: 10.1037/ccp0000422] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
2. NCT03612102. Evaluating intensive group behavioral treatment for children with selective mutism. *clinicaltrials.gov/show/nct03612102* (first received 2 August 2018).

Go to:

Creswell 2017 {published and unpublished data}

1. Creswell C, Violato M, Fairbanks H, White E, Parkinson M, Abitabile G, et al. Clinical outcomes and cost-effectiveness of brief guided parent-delivered cognitive behavioural therapy and solution-focused brief therapy for treatment of childhood anxiety disorders: a randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry* 2017;4(7):529-39. [DOI: 10.1016/S2215-0366(17)30149-9] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
2. ISRCTN07627865. Guided self-help for childhood anxiety problems: a comparison with usual care. *www.isrctn.com/ISRCTN07627865* (first received 13 March 2012).

Go to:

Dadds 1997 {published and unpublished data}

1. Dadds MR, Holland DE, Laurens KR, Mullins M, Barrett PM, Spence SH. Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: results at 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999;67(1):145-50. [PubMed] [Google Scholar]
2. Dadds MR, Spence SH, Holland DE, Barrett PM, Laurens KR. Prevention and early intervention for anxiety disorders: a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997;65(4):627-35. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Flannery Schroeder 2000 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Flannery-Schroeder EC, Kendall PC. Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: a randomized clinical trial. *Cognitive Therapy and Research* 2000;24(3):251-78. [DOI: 10.1023/A:1005500219286] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Fujii 2013 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Fujii C, Renno P, McLeod BD, Lin CE, Decker K, Zielinski K, et al. Intensive cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in school-aged children with autism: a preliminary comparison with treatment-as-usual. *School Mental Health* 2013;5(1):25-37. [DOI: 10.1007/s12310-012-9090-0] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Gallagher 2004 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Gallagher HM, Rabian BA, McCloskey MS. A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood. *Journal of Anxiety Disorders* 2004;18(4):459-79. [DOI: 10.1016/S0887-6185(03)00027-6] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Ginsburg 2002 {published data only}

1. Ginsburg GS, Drake KL. School-based treatment for anxious African-American adolescents: a controlled pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2002;41(7):768-75. [DOI: 10.1097/00004583-200207000-00007] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Ginsburg 2012 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Ginsburg GS, Becker KD, Drazdowski TK, Tein J. Treating anxiety disorders in inner city schools: results from a pilot randomized controlled trial comparing CBT and usual care. *Child and Youth Care Forum* 2012;41(1):1-19. [DOI: 10.1007/s10566-011-9156-4] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
2. NCT00536094. School-based treatment for anxious children. *clinicaltrials.gov/show/nct00536094* (first received 27 September 2007).

Go to:

Ginsburg 2019a {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Ginsburg GS, Pella JE, Pikulski PJ, Tein JY, Drake KL. School-Based Treatment for Anxiety Research Study (STARS): a randomized controlled effectiveness trial. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2019;48(3):407-17. [10.1007/s10802-019-00596-5] [PubMed] [Google Scholar]
2. NCT01761396. School-based Treatment of Anxiety Research Study (STARS). *clinicaltrials.gov/show/nct01761396* (first received 4 January 2013).

Go to:

Hancock 2018 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. ACTRN12611001280998. Efficacy of acceptance-mindfulness therapy in children with anxiety: a controlled trial. *www.who.int/trialsearch/Trial2.aspx?TrialID=ACTRN12611001280998* (first received 13 December 2011).
2. Hancock KM, Swain J, Hainsworth CJ, Dixon AL, Koo S, Munro K. Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavior therapy for

children with anxiety: outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2018;47(2):296-311. [DOI: 10.1080/15374416.2015.1110822] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
3. Swain J, Hancock K, Dixon A, Koo S, Bowman J. Acceptance and commitment therapy for anxious children and adolescents: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2013;14:140. [DOI: 10.1186/1745-6215-14-140] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
4. Swain J, Hancock K, Hainsworth C, Bowman J. Mechanisms of change: exploratory outcomes from a randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy for anxious adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2015;4(1):56-67. [DOI: 10.1016/j.jcbs.2014.09.001] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Herbert 2009 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Herbert JD, Gaudiano BA, Rheingold AA, Moitra E, Myers VH, Dalrymple KL, et al. Cognitive behavior therapy for generalized social anxiety disorder in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders* 2009;23(2):167-77. [DOI: 10.1016/j.janxdis.2008.06.004] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Hirshfeld Becker 2010 {published and unpublished data}

1. Hirshfeld-Becker DR, Masek B, Henin A, Blakely LR, Pollock-Wurman RA, McQuade J, et al. Cognitive behavioural therapy for 4- to 7-year old children with anxiety disorders: a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2010;78(4):498-510. [DOI: 10.1037/a0019055] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
2. NCT00865306. Early intervention for children at risk for anxiety. *clinicaltrials.gov/show/nct00865306* (first received 19 March 2009).

Go to:

Holmes 2014 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Holmes MC, Donovan CL, Farrell LJ, March S. The efficacy of a group-based, disorder-specific treatment program for childhood GAD - a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy* 2014;61:122-35. [DOI: 10.1016/j.brat.2014.08.002] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Hudson 2009 {published data only}

1. Hudson JL, Rapee RM, Deveney C, Schniering CA, Lyneham HJ, Bovopoulos N. Cognitive-behavioral treatment versus an active control for children and adolescents with anxiety disorders: a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2009;48(5):533-44. [DOI: 10.1097/CHI.0b013e31819c2401] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Ingul 2013 {published data only}

1. Ingul JM, Aune T, Nordahl HM. A randomized controlled trial of individual cognitive therapy, group cognitive behaviour therapy and attentional placebo for adolescent social phobia. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2013;83(1):54-61. [DOI: 10.1159/000354672] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Ishikawa 2019 {published data only}

1. Ishikawa S, Kikuta K, Sakai M, Mitamura T, Motomura N, Hudson JL. A randomized controlled trial of a bidirectional cultural adaptation of cognitive behavior therapy for children and adolescents with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy* 2019;120:103432. [DOI: 10.1016/j.brat.2019.103432] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Kendall 1994 {published and unpublished data}

1. Kendall PC. Treating anxiety disorders in youth: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1994;62(1):100-10. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Kendall 1997 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Kendall PC, Flannery-Schroeder E, Panichelli-Mindel SM, Southam-Gerow M, Henin A, Warman M. Therapy for youths with anxiety disorders: a second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997;65(3):366-80. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Kendall 2008 {published and unpublished data}

1. Kendall PC, Hudson JL, Gosch E, Flannery-Schroeder E, Suveg C. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008;76(2):282-97. [DOI: 10.1037/0022-006X.76.2.282] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
2. NCT00081406. Individual and family therapy for children with anxiety disorders. *clinicaltrials.gov/show/nct00081406* (first received 12 April 2004).
3. Suveg CH, Hudson JL, Brewer G, Flannery-Schroeder E, Gosch E, Kendall PC. Cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth: secondary outcomes from a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Anxiety Disorders* 2009;23(3):341-9. [DOI: 10.1016/j.janxdis.2009.01.003] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Kennedy 2009 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Kennedy SJ, Rapee RM, Edwards SL. A selective intervention program for inhibited preschool-aged children of parents with an anxiety disorder: effects on current anxiety disorders and temperament. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2009;48(6):602-9. [DOI: 10.1097/CHI.0b013e31819f6fa9] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Khanna 2010 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Khanna MS, Kendall PC. Computer-assisted cognitive behavioral therapy for child anxiety: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2010;78(5):737-45. [DOI: 10.1037/a0019739] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Kidd 2018 {published data only}

1. ACTRN12610001014044. Assessing the efficacy and social validity of a manualised, family-based group Cognitive Behavioural Therapy for adolescents with high-functioning autism and comorbid anxiety disorder. *www.who.int/trialsearch/Trial2.aspx?TrialID=ACTRN12610001014044* (first received 19 November 2010).
2. Kidd TC. *Treating Anxiety in Adolescents With Autism Spectrum Disorder Using Group Cognitive Behaviour Therapy: A Randomised Controlled Trial [Doctoral thesis]*. Perth, Western Australia: Curtin University, 2018. [hdl.handle.net/20.500.11937/73526] [Google Scholar]

Go to:

Last 1998 {published data only}

1. Last CG, Hansen C, Franco N. Cognitive-behavioral treatment of school phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998;37(4):404-11. [DOI: 10.1097/00004583-199804000-00018] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Lau 2010 {published and unpublished data}

1. Lau WY, Chan CK, Li JC, Au TK. Effectiveness of group cognitive-behavioral treatment for childhood anxiety in community clinics. *Behaviour Research and Therapy* 2010;48(11):1067-77. [DOI: 10.1016/j.brat.2010.07.007] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Lau 2017 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Lau EX, Rapee RM, Coplan RJ. Combining child social skills training with a parent early intervention program for inhibited preschool children. *Journal of Anxiety Disorders* 2017;51:32-8. [DOI: 10.1016/j.janxdis.2017.08.007] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Lebowitz 2019 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Lebowitz ER, Marin C, Martino A, Shimshoni Y, Silverman WK. Parent-based treatment as efficacious as cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety: a randomized noninferiority study of supportive parenting for anxious childhood emotions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2019 Mar 7 [Epub ahead of print]. [DOI: 10.1016/j.jaac.2019.02.014] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef]
2. Lebowitz ER, Marin C, Martino A, Shimshoni Y, Silverman WK. Parent-based treatment as efficacious as cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety: a randomized noninferiority study of supportive parenting for anxious childhood emotions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2020;59(3):362-72. [DOI: 10.1016/j.jaac.2019.02.014] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
3. NCT02310152. Explanatory clinical trial of a novel parent intervention for childhood anxiety (SPACE). *clinicaltrials.gov/show/nct02310152* (first received 5 December 2014).

Go to:

Leutgeb 2012 {published data only}

1. Leutgeb V, Schienle A. Changes in facial electromyographic activity in spider-phobic girls after psychotherapy. *Journal of Psychiatric Research*

2012;46(6):805-10. [DOI: 10.1016/j.jpsychires.2012.02.017] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Masia Warner 2005 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Masia Warner C, Klein RG, Dent HC, Fisher PH, Alvir J, Albano AM, et al. School-based intervention for adolescents with social anxiety disorder: results of a controlled study. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2005;33(6):707-22. [DOI: 10.1007/s10802-005-7649-z] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Masia Warner 2007 {published data only}

1. Masia Warner C, Fisher PH, Shrout PE, Rathor S, Klein RG. Treating adolescents with social anxiety disorder in school: an attention control trial.

Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines 2007;48(7):676-86. [DOI: 10.1111/j.1469-7610.2007.01737.x] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Masia Warner 2011 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Masia Warner C, Colognori D, Kim RE, Reigada LC, Klein RG, Browner-Elhanan KJ, et al. Cognitive-behavioral treatment of persistent functional somatic complaints and pediatric anxiety: an initial controlled trial. *Depression and Anxiety* 2011;28(7):551-9. [DOI: 10.1002/da.20821] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Masia Warner 2016 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Masia Warner C, Colognori D, Brice C, Herzig K, Mufson L, Lynch C, et al. Can school counselors deliver cognitive-behavioral treatment for social anxiety effectively? A randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2016;57(11):1229-38. [DOI: 10.1111/jcpp.12550] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
2. NCT01320800. CBT for social anxiety disorder delivered by school counselors. *clinicaltrials.gov/show/nct01320800* (first received 22 March 2011).

Go to:

McConachie 2014 {published data only}

1. ISRCTN11219568. Effective therapy for anxiety in young people with autism spectrum disorder. *www.isrctn.com/ISRCTN11219568* (first received 12 May 2010).
2. McConachie H, McLaughlin E, Grahame V, Taylor H, Honey E, Tavernor L, et al. Group therapy for anxiety in children with autism spectrum disorder. *Autism* 2014;18(6):723-32. [DOI: 10.1177/1362361313488839] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

McNally Keehn 2013 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. McNally Keehn RH, Lincoln AJ, Brown MZ, Chavira DA. The Coping Cat program for children with anxiety and autism spectrum disorder: a pilot randomized controlled trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2013;43(1):57-67. [DOI: 10.1007/s10803-012-1541-9] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Melfsen 2011 {published and unpublished data}

1. Melfsen S, Kuhnemund M, Schwieger J, Warnke A, Stadler C, Poustka F, et al. Cognitive behavioral therapy of socially phobic children focusing on cognition: a randomised wait-list control study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2011;5:ArtID2. [DOI: 10.1186/1753-2000-5-5] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Muris 2002 {published data only}

1. Muris P, Meesters C, Melick M. Treatment of childhood anxiety disorders: a preliminary comparison between cognitive-behavioral group therapy and a psychological placebo intervention. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2002;33(3-4):143-58. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Murphy 2017 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Murphy SM, Chowdhury U, White SW, Reynolds L, Donald L, Gahan H, et al. Cognitive behaviour therapy versus a counselling intervention for anxiety in young people with high-functioning autism spectrum disorders: a pilot randomised controlled trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2017;47(11):3446-57. [DOI: 10.1007/s10803-017-3252-8] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

O'Brien 2007 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. O'Brien F, Olden N, Migone M, Dooley B, Atkins L, Ganter K, et al. Group cognitive behavioural therapy for children with anxiety disorder - an evaluation of the 'Friends for Youth' programme. *Irish Journal of Psychological Medicine* 2007;24(1):5-12. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Olivares 2005 {published and unpublished data}

1. Olivares J, Rosa-Alcazar AI, Piqueras JA. Early detection and treatment of adolescents with generalized social phobia. *Psicothema* 2005;17(1):1-8. [Google Scholar]

Go to:

Olivares 2014 {published data only}

1. Olivares J, Olivares-Olivares PJ, Rosa-Alcazar AI, Montesinos L, Macia D. The contribution of the therapist's competence in the treatment of adolescents with generalized social phobia. *Psicothema* 2014;26(4):483-9. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Olivares 2019 {published data only}

1. Olivares-Olivares PJ, Ortiz-González PF, Olivares J. Role of social skills training in adolescents with social anxiety disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2019;19(1):41-8. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Ollendick 2009 {published data only}

1. Ollendick TH, Ost LG, Reuterskiold L, Costa N, Cederlund R, Sirbu C, et al. One-session treatment of specific phobias in youth: a randomized clinical trial

in the United States and Sweden. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2009;77(3):504-16. [DOI: 10.1037/a0015158] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Ost 2001 {published and unpublished data}

1. Ost LG, Svensson L, Hellstrom K, Lindwall R. One-session treatment of specific phobias in youths: a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001;69(5):814-24. [DOI: 10.1037/0022-006X.69.5.814] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Perrin 2019 {published data only}

1. ISRCTN50951795. Cognitive therapy for generalised anxiety in youth. *www.isrctn.com/ISRCTN50951795* (first received 30 June 2010).

2. Perrin S, Bevan D, Payne S, Bolton D. GAD-specific cognitive behavioral treatment for children and adolescents: a pilot randomized controlled trial. *Cognitive Therapy and Research* 2019;43(6):1051-64. [DOI: 10.1007/s10608-019-10020-3] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Pincus 2010 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. NCT00705380. Effectiveness of cognitive behavioral therapy with panic control treatment for adolescents with panic disorder. *clinicaltrials.gov/show/nct00705380* (first received 25 June 2008).
2. Pincus DB, May JE, Whitton SW, Mattis SG, Barlow DH. Cognitive-behavioral treatment of panic disorder in adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2010;39(5):638-49. [DOI: 10.1080/15374416.2010.501288] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Rapee 2005 {published and unpublished data}

1. Rapee RM, Kennedy S, Ingram M, Edwards S, Sweeney L. Prevention and early intervention of anxiety disorders in inhibited preschool children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2005;73(3):488-97. [DOI: 10.1037/0022-006X.73.3.488] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
2. Rapee RM, Kennedy SJ, Ingram M, Edwards SL, Sweeney L. Altering the trajectory of anxiety in at-risk young children. *American Journal of Psychiatry* 2010;167(12):1518-25. [DOI: 10.1176/appi.ajp.2010.09111619] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
3. Rapee RM. The preventative effects of a brief, early intervention for preschool-aged children at risk for internalising: follow-up into middle adolescence. *Journal of Child Psychology & Psychiatry* 2013;54(7):780-8. [DOI: 10.1111/jcpp.12048] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Rapee 2006 {published and unpublished data}

1. Rapee RM, Abbott MJ, Lyneham HJ. Bibliotherapy for children with anxiety disorders using written materials for parents: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006;74(3):436-44. [DOI: 10.1037/0022-006X.74.3.436] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Reaven 2012 {published data only}

1. Reaven J, Blakeley-Smith A, Culhane-Shelburne K, Hepburn S. Group cognitive behavior therapy for children with high-functioning autism spectrum disorders and anxiety: a randomized trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2012;53(4):410-9. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Reigada 2015 {published and unpublished data}

1. Reigada LC, Polokowski AR, Walder DJ, Szigethy EM, Benkov KJ, Bruzzese JM, et al. Treatment for comorbid pediatric gastrointestinal and anxiety disorders: a pilot study of a flexible health sensitive cognitive-behavioral therapy program. *Clinical Practice in Pediatric Psychology* 2015;3(4):314-26. [DOI: 10.1037/cpp0000116] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Rosa Alcazar 2009 {published and unpublished data}

1. Rosa-Alcazar AI, Olivares-Olivares PJ, Olivares J. The role of non-specific effects in the psychological treatment of adolescents with social phobia. *Anuario de Psicologia* 2009;40(1):43-61. [Google Scholar]

Go to:

Salari 2018 {published and unpublished data}

1. NCT01513915. A parent-only group cognitive behavioral intervention for children with anxiety disorders: a control group study. *clinicaltrials.gov/show/nct01513915* (first received 20 January 2012).
2. Salari E, Shahrivar Z, Mahmoudi-Gharaei J, Shirazi E, Sepasi M. Parent-only group cognitive behavioral intervention for children with anxiety disorders: a control group study. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2018;27(2):130-6. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Salum 2018 {published data only}

1. NCT01687764. Combination of active or placebo Attentional Bias Modification Treatment (ABMT) to either Cognitive Behavioral Group Therapy (CBGT) or Psychoeducational Control Intervention (PCI) for anxiety disorders in children: a randomized clinical trial. *https://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01687764* 19 September 2012.
2. Salum GA, Petersen CS, Jarros RB, Toazza R, DeSousa D, Borba LN, et al. Group cognitive behavioral therapy and attention bias modification for childhood anxiety disorders: a factorial randomized trial of efficacy. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2018;28(9):620-30. [DOI: 10.1089/cap.2018.0022] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Sanchez Garcia 2009 {published and unpublished data}

1. Sanchez-Garcia R, Olivares J. Effectiveness of a program for early detection/intervention in children/adolescents with generalized social phobia. *Anales de Psicologia* 2009;25(2):241-9. [Google Scholar]

Go to:

Santucci 2013 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Santucci LC, Ehrenreich-May J. A randomized controlled trial of the child anxiety multi-day program (CAMP) for separation anxiety disorder. *Child Psychiatry and Human Development* 2013;44(3):439-51. [DOI: 10.1007/s10578-012-0338-6] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Schneider 2011 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Schneider S, Blatter-Meunier J, Herren C, Adornetto C, In-Albon T, Lavallee K. Disorder-specific cognitive-behavioral therapy for separation anxiety disorder in young children: a randomized waiting-list-controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2011;80(4):206-15. [DOI: 10.1159/000323444] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Sciberras 2018 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. ISRCTN33930984. Does the identification and treatment of comorbid anxiety disorders in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) improve outcomes? *www.isrctn.com/ISRCTN33930984* (first received 2 October 2013).
2. Sciberras E, Mulraney M, Anderson V, Rapee RM, Nicholson JM, Efron D, et al. Managing anxiety in children with ADHD using cognitive-behavioral therapy: a pilot randomized controlled trial. *Journal of Attention Disorders* 2018;22(5):515-20. [DOI: 10.1177/1087054715584054] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Shahnavaz 2016 {published data only}

1. NCT01798355. Children and adolescents with dental anxiety - randomized controlled study of cognitive behavioral therapy. *clinicaltrials.gov/show/nct01798355* (first received 25 February 2013).
2. Shahnavaz S, Hedman E, Grindefjord M, Reuterskiold L, Dahllof G. Cognitive behavioral therapy for children with dental anxiety: a randomized controlled trial. *JDR Clinical and Translational Research* 2016;1(3):234-43. [DOI: 10.1177/2380084416661473] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Sharma 2017 {published and unpublished data}

1. Sharma P, Mehta M, Sagar R. Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorders and headache in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders* 2017;46:78-84. [DOI: 10.1016/j.janxdis.2016.11.001] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Shortt 2001 {published data only}

1. Shortt AL, Barrett PM, Fox TL. Evaluating the FRIENDS program: a cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2001;30(4):525-35. [DOI: 10.1207/S15374424JCCP3004_09] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Silk 2018 {published and unpublished data}

1. NCT00774150. Transdisciplinary studies of CBT for anxiety in youth: child anxiety treatment study. *clinicaltrials.gov/show/nct00774150* (first received 17 October 2008).
2. Silk JS, Tan PZ, Ladouceur CD, Meller S, Siegle GJ, McMakin DL, et al. A randomized clinical trial comparing individual cognitive behavioral therapy and child-centered therapy for child anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2018;47(4):542-54. [DOI: 10.1080/15374416.2016.1138408] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Silverman 1999a {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Silverman WK, Kurtines WM, Ginsburg GS, Weems CF, Rabian B, Serafini LT. Contingency management, self-control, and education support in the treatment of childhood phobic disorders: a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999;67(5):675-87. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Silverman 1999b {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Silverman WK, Kurtines WM, Ginsburg GS, Weems CF, Lumpkin PW, Carmichael DH. Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy: a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999;67(6):995-1003. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Simon 2011 {published and unpublished data}

1. NTR1143. Prevention of childhood anxiety disorders via the parent or via the child? *www.who.int/trialsearch/Trial2.aspx?TrialID=NTR1143* (first received 27 November 2007).
2. Simon E, Bogels SM, Voncken JM. Efficacy of child-focused and parent-focused interventions in a child anxiety prevention study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2011;40(2):204-19. [DOI: 10.1080/15374416.2011.546039] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Smith 2014 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Smith AM, Flannery-Schroeder EC, Gorman KS, Cook N. Parent cognitive-behavioral intervention for the treatment of childhood anxiety disorders: a pilot study. *Behaviour Research and Therapy* 2014;61:156-61. [PubMed] [Google Scholar]
2. Smith AM. Cognitive-behavioral treatment of childhood anxiety: examining a parent consultation model. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2014;74:8-B(E). [Google Scholar]

Go to:

Southam Gerow 2010 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Southam-Gerow MA, Weisz JR, Chu BC, McLeod BD, Gordis EB, Connor-Smith JK. Does cognitive behavioral therapy for youth anxiety outpeorm usual care in community clinics? An initial effectiveness test. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*

2010;49(10):1043-52. [DOI: 10.1016/j.jaac.2010.06.009] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Spence 2000 {published and unpublished data}

1. Spence SH, Donovan C, Brechman-Toussaint M. The treatment of childhood social phobia: the effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2000;41(6):713-26. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Spence 2006 {published data only}

1. Spence SH, Holmes JM, March S, Lipp OV. The feasibility and outcome of clinic plus internet delivery of cognitive-behavior therapy for childhood

anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006;74(3):614-21. [DOI: 10.1037/0022-006X.74.3.614] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Spence 2011 {published data only}

1. Spence SH, Donovan CL, March S, Gamble A, Anderson RE, Prosser S, et al. A randomized controlled trial of online versus clinic-based CBT for adolescent anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2011;79(5):629-42. [DOI: 10.1037/a0024512] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Storch 2013 {published data only}

1. NCT01178385. Cognitive-behavioral treatment for anxiety disorders in children with autism spectrum disorders. *clinicaltrials.gov/show/nct01178385* (first received 10 August 2010).

2. Storch EA, Arnold EB, Lewin AB, Nadeau JM, Jones AM, De Nadai AS, et al. The effect of cognitive-behavioral therapy versus treatment as usual for anxiety in children with autism spectrum disorders: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2013;52(2):132-42.e2. [DOI: 10.1016/j.jaac.2012.11.007] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Storch 2015 {published data only}

1. NCT01563003. Cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in adolescents with autism. *clinicaltrials.gov/show/nct01563003* (first received 26 March 2012).
2. Storch EA, Lewin AB, Collier AB, Arnold E, De Nadai AS, Dane BF, et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy versus treatment as usual for adolescents with autism spectrum disorders and comorbid anxiety. *Depression and Anxiety* 2015;32(3):174-81. [DOI: 10.1002/da.22332] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Thirlwall 2013 {published data only}

1. Thirlwall K, Cooper PJ, Karalus J, Voysey M, Willetts L, Creswell C. Treatment of child anxiety disorders via guided parent-delivered cognitive-behavioural therapy: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 2013;203(6):436-44. [DOI: 10.1192/bjp.bp.113.126698] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Villabo 2018 {published data only}

1. NCT00735995. Effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) for child anxiety disorders in community clinics in Norway. *clinicaltrials.gov/show/nct00735995* (first received 15 August 2008).
2. Villabo MA, Narayanan M, Compton SN, Kendall PC, Neumer SP. Cognitive-behavioral therapy for youth anxiety: an effectiveness evaluation in community practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2018;86(9):751-64. [DOI: 10.1037/ccp0000326] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Walkup 2008 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Albano AM, Comer JS, Compton SN, Piacentini J, Kendall PC, Birmaher B, et al. Secondary outcomes from the Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study: implications for clinical practice. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health* 2018;3(1):30-41. [DOI: 10.1080/23794925.2017.1399485] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
2. Compton SN, Walkup JT, Albano AM, Piacentini JC, Birmaher B, Sherrill JT, et al. Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study (CAMS): rationale, design, and methods. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2010;4:1. [DOI: 10.1186/1753-2000-4-1] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
3. Ginsburg GS, Becker EM, Keeton CP, Sakolsky D, Piacentini J, Albano AM, et al. Naturalistic follow-up of youths treated for pediatric anxiety disorders. *JAMA Psychiatry* 2014;71(3):310-8. [DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.4186] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
4. Ginsburg GS, Becker-Haimes EM, Keeton C, Kendall PC, Lyengar S, Sakolsky D, et al. Results from the Child/Adolescent Anxiety Multimodal Extended Long-Term Study (CAMELS): primary anxiety outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2018;57(7):471-80. [DOI: 10.1016/j.jaac.2018.03.017] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
5. Ginsburg GS, Kendall PC, Sakolsky D, Compton SN, Piacentini J, Albano AM, et al. Remission after acute treatment in children and adolescents with anxiety disorders: findings from the CAMS. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2011;79(6):806-13. [DOI: 10.1037/a0025933] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
6. NCT00052078. Child and Adolescent Anxiety Disorders (CAMS). *clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00052078* (first received 23 January 2003).
7. Piacentini J, Bennett S, Compton SN, Kendall PC, Birmaher B, Albano AM, et al. 24- and 36-week outcomes for the Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study (CAMS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2014;53(3):297-310. [DOI: 10.1016/j.jaac.2013.11.010] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
8. Rynn MA, Walkup JT, Compton SN, Sakolsky DJ, Sherrill JT, Shen S, et al. Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study: evaluating safety. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2015;54(3):180-90. [DOI: 10.1016/j.jaac.2014.12.015] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
9. Walkup JT, Albano AM, Piacentini J, Birmaher B, Compton SN, Sherrill JT, et al. Cognitive behavioural therapy, sertraline or a combination in childhood

anxiety. *New England Journal of Medicine* 2008;359(26):2753-66. [DOI: 10.1056/NEJMoa0804633] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Waters 2009 {published data only}

1. Waters AM, Ford LA, Wharton TA, Cobham VE. Cognitive-behavioural therapy for young children with anxiety disorders: comparison of a child + parent condition versus a parent only condition. *Behaviour Research and Therapy* 2009;47(8):654-62. [DOI: 10.1016/j.brat.2009.04.008] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Wergeland 2014 {published and unpublished data}

1. NCT00586586. Effectiveness study of CBT for anxiety in children. *clinicaltrials.gov/show/nct00586586* (first received 4 January 2008).

2. Wergeland GJ, Fjermestad KW, Marin CE, Haugland BS, Bjaastad JF, Oeding K, et al. An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Behaviour Research and Therapy* 2014;57:1‐12. [DOI: 10.1016/j.brat.2014.03.007] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

White 2013 {published data only}

1. NCT00926471. Social skills and anxiety reduction treatment for children and adolescents with autism spectrum disorders. *clinicaltrials.gov/show/nct00926471* (first received 23 June 2009).
2. White SW, Ollendick T, Albano AM, Oswald D, Johnson C, Southam-Gerow MA, et al. Randomized controlled trial: Multimodal Anxiety and Social Skill Intervention for adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2013;43(2):382-94. [DOI: 10.1007/s10803-012-1577-x] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Wood 2009 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Wood JJ, Drahota A, Sze K, Har K, Chiu A, Langer DA. Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: a randomized, controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2009;50(3):224-34. [DOI: 10.1111/j.1469-7610.2008.01948.x] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Wood 2015 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. NCT01177969. CBT for anxiety disorders in autism: adapting treatment for adolescents. *clinicaltrials.gov/ct2/show/nct01177969* (first received 9 August 2010).
2. Wood JJ, Ehrenreich-May J, Alessandri M, Fujii C, Renno P, Laugeson E, et al. Cognitive behavioral therapy for early adolescents with autism spectrum disorders and clinical anxiety: a randomized, controlled trial. *Behavior Therapy* 2015;46(1):7-19. [DOI: 10.1016/j.beth.2014.01.002] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Посилання на дослідження виключені з цього огляду

Go to:

Asbrand {unpublished data only}

1. Asbrand J. Exposure-based cognitive behavior therapy for children and adolescents with social anxiety disorder: a randomized controlled group treatment trial. *Manuscript provided by author (on 21 May 2019)*.

Go to:

Asbrand 2019 {published data only}

1. Asbrand J, Heinrichs N, Nitschke K, Wolf OT, Schmidtendorf S, Tuschen-Caffier B. Repeated stress leads to enhanced cortisol stress response in child social anxiety disorder but this effect can be prevented with CBT.

Psychoneuroendocrinology 2019;109:104352. [DOI: 10.1016/j.psyneuen.2019.06.003] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
2. Asbrand J, Heinrichs N, Schmidtendorf S, Nitschke K, Tuschen-Caffier B. Experience versus report: where are changes seen after exposure-based cognitive-behavioral therapy? A randomized controlled group treatment of childhood social anxiety disorder. *Child Psychiatry and Human Development* 2020;51(3):427-41. [DOI: 10.1007/s10578-019-00954-w] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
3. Asbrand J, Schmitz J, Kramer M, Nitschke K, Heinrichs N, Tuschen-Caffier B. Effects of group-based CBT on post-event processing in children with social anxiety disorder following an experimental social stressor. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2019;47(12):1945-56. [DOI: 10.1007/s10802-019-00558-x] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Baer 2005 {published data only}

1. Baer S, Garland EJ. Pilot study of community-based cognitive behavioral group therapy for adolescents with social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2005;44(3):258-64. [DOI: 10.1097/00004583-200503000-00010] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Beidel 2000 {published data only}

1. Beidel DC, Turner SM, Morris TL. Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000;68(6):1072-80. [PubMed] [Google Scholar]
2. Beidel DC, Turner SM, Young B, Paulson A. Social effectiveness therapy for children: three-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2005;73(4):721-5. [PubMed] [Google Scholar]
3. Beidel DC, Turner SM, Young BJ. Social effectiveness therapy for children: five years later. *Behavior Therapy* 2006;37(4):416-25. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Beidel 2007 {published data only}

1. Beidel DC, Turner SM, Sallee FR, Ammerman RT, Crosby LA, Pathak S. SET-C versus fluoxetine in the treatment of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2007;46(12):1622-32. [DOI: 10.1097/chi.0b013e318154bb57] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
2. NCT00043537. Treatment of childhood social phobia. *clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00043537* (first received 12 August 2002).

Go to:

Bergman 2013 {published data only}

1. Bergman RL, Gonzalez A, Piacentini J, Keller ML. Integrated Behavior Therapy for Selective Mutism: a randomized controlled pilot study. *Behaviour Research and Therapy* 2013;51(10):680-9. [DOI: 10.1016/j.brat.2013.07.003] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
2. NCT00458198. Integrated behavioral therapy for treating children with selective mutism. *clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00458198* (first received 9 April 2007).

Go to:

Bernstein 2005 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Bernstein GA, Bernat DH, Victor AM, Layne AE. School-based interventions for anxious children: 3-, 6-, and 12-month follow-ups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2008;47(9):1039-47. [DOI: 10.1097/CHI.ob013e31817eecco] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

2. Bernstein GA, Layne AE, Egan EA, Tennison DM. School-based interventions for anxious children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2005;44(11):1118-27. [DOI: 10.1097/01.chi.0000177323.40005.a1] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
3. Lee SS, Victor AM, James MG, Roach LE, Bernstein GA. School-based interventions for anxious children: long-term follow-up. *Child Psychiatry and Human Development* 2016;47(2):183-93. [DOI: 10.1007/s10578-015-0555-x] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Bodden 2008a {published data only}

1. Bodden DH, Bogels SM, Nauta MH, De Haan E, Ringrose J, Appelboom C, et al. Child versus family cognitive-behavioral therapy in clinically anxious youth: an efficacy and partial effectiveness study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2008;47(12):1384-94. [DOI: 10.1097/CHI.0b013e318189148e] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
2. Bodden DHM, Dirksen CD, Bogels SM, Nauta MH, De Haan E, Ringrose J, et al. Costs and cost-effectiveness of family CBT versus individual CBT in clinically anxious children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2008;13(4):543-64. [DOI: 10.1177/1359104508090602] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Clementi 2019 {published data only}

1. Clementi MA. Efficacy of an integrated sleep and anxiety intervention for anxious children: a pilot randomized controlled trial. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2019;80:7-B(E). [Google Scholar]

Go to:

Cobham 2012 {published data only}

1. Cobham V. Do anxiety-disordered children need to come into the clinic for efficacious treatment? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2012;80(3):465-76. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Cotton 2019 {published data only}

1. Cotton S, Kraemer KM, Sears RW, Strawn JR, Wasson RS, McCune N, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for children and adolescents with anxiety disorders at-risk for bipolar disorder: a psychoeducation waitlist controlled pilot trial. *Early Intervention in Psychiatry* 2019;14(2):211-9. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Ebrahiminejad 2016 {published data only}

1. Ebrahiminejad S, Poursharifi H, Bakhshiour Roodsari A, Zeinodini Z, Noorbakhsh S. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on Iranian female adolescents suffering from social anxiety. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2016;18(11):e25116. [DOI: 10.5812/ircmj.25116] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Flatt 2010 {published data only}

1. Flatt N, King N. Brief psycho-social interventions in the treatment of specific childhood phobias: a controlled trial and a 1-year follow-up. *Behaviour Change* 2010;27(3):130-53. [Google Scholar]

Go to:

Gil Bernal 2009 {published data only}

1. Gil-Bernal F, Hernandez-Guzman L. Cognitive-behavioural treatment in Mexican children with social phobia. *Anuario de Psicologia* 2009;40(1):89-104. [Google Scholar]

Go to:

Ginsburg 2019b {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Ginsburg GS, Drake KL, Muggeo MA, Stewart CE, Pikulski PJ, Zheng D, et al. A pilot RCT of a school nurse delivered intervention to reduce student anxiety. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2019 Aug 2

[Epub ahead of print]. [DOI: 10.1080/15374416.2019.1630833] [PubMed] [CrossRef]

Go to:

Hayward 2000 {published data only}

1. Hayward C, Varady S, Albano AM, Thienemann M, Henderson L, Schatzberg AF. Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents: results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000;39(6):721-6. [DOI: 10.1097/00004583-200006000-00010] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Jansen 2012 {published data only}

1. Jansen M, Doorn MM, Lichtwarck-Aschoff A, Kuijpers RC, Theunissen H, Korte M, et al. Effectiveness of a cognitive-behavioral therapy (CBT) manualized program for clinically anxious children: study protocol of a

randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2012;12(1):16. [DOI: 10.1186/1471-244X-12-16] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Kerns 2016 {published data only}

1. Kerns CM, Wood JJ, Kendall PC, Renno P, Crawford EA, Mercado RJ, et al. The Treatment of Anxiety in Autism Spectrum Disorder (TAASD) study: rationale, design and methods. *Journal of Child and Family Studies* 2016;25(6):1889-902. [DOI: 10.1007/s10826-016-0372-2] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
2. NCT02028247. Psychotherapy for Anxiety in Children With Autism Spectrum Disorder (TAASD). *clinicaltrials.gov/show/NCT02111395* (first received 7 January 2014).

Go to:

Kujawa 2019 {published data only}

1. Kujawa A, Burkhouse KL, Karich SR, Fitzgerald KD, Monk CS, Phan KL. Reduced reward responsiveness predicts change in depressive symptoms in anxious children and adolescents following treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2019;29(5):378-85. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Lyneham 2006 {published data only}

1. Lyneham HJ, Rapee RM. Evaluation of therapist-supported parent-implemented CBT for anxiety disorders in rural children. *Behaviour Research and Therapy* 2006;44(9):1287-300. [DOI: 10.1016/j.brat.2005.09.009] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Mendlowitz 1999 {published data only}

1. Mendlowitz SL, Manassis K, Bradley S, Scapillato D, Miezitis S, Shaw BF. Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: the role of parental involvement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1999;38(10):1223-9. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Nauta 2003 {published data only}

1. Nauta MH, Scholing A, Emmelkamp PM, Minderaa RB. Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: no additional effect of a cognitive parent training. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2003;42(11):1270-8. [DOI: 10.1097/01.chi.0000085752.71002.93] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

NCT00576719 {published data only}

1. Elkins RM, Gallo KP, Pincus DB, Comer JS. Moderators of intensive cognitive behavioral therapy for adolescent panic disorder: the roles of fear and avoidance. *Child and Adolescent Mental Health* 2016;21(1):30-6. [DOI: 10.1111/camh.12122] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
2. Gallo KP, Chan PT, Buzzella BA, Whitton SW, Pincus DB. The impact of an 8-day intensive treatment for adolescent panic disorder and agoraphobia on comorbid diagnoses. *Behavior Therapy* 2012;43(1):153-9. [DOI: 10.1016/j.beth.2011.05.002] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
3. Gallo KP, Cooper-Vince CE, Hardway CL, Pincus DB, Comer JS. Trajectories of change across outcomes in intensive treatment for adolescent panic disorder and agoraphobia. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2014;43(5):742-50. [PubMed] [Google Scholar]
4. Hardway CL, Pincus DB, Gallo KP, Comer JS. Parental involvement in intensive treatment for adolescent panic disorder and its impact on depression. *Journal of Child and Family Studies* 2015;24(11):3306-17. [DOI: 10.1007/s10826-015-0133-7] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
5. NCT00576719. Effectiveness of intensive cognitive behavioral therapy in treating adolescent panic disorder and agoraphobia. *clinicaltrials.gov/show/nct00576719* (first received 19 December 2007).
6. Pincus DB, Whitton SW, Gallo KP, Weiner CL, Chow C, Hardway C. Intensive treatment of adolescent panic disorder: results of a randomized controlled trial with short-term maintenance. *Citation*.

Go to:

Oerbeck 2014 {published data only}

1. Oerbeck B, Overgaard KR, Stein MB, Pripp AH, Kristensen H. Treatment of selective mutism: a 5-year follow-up study. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2018;27(8):997-1009. [DOI: 10.1007/s00787-018-1110-7] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
2. Oerbeck B, Stein MB, Pripp AH, Kristensen H. Selective mutism: follow-up study 1 year after end of treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2015;24(7):757-66. [DOI: 10.1007/s00787-014-0620-1] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
3. Oerbeck B, Stein MB, Wentzel-Larsen T, Langsrud O, Kristensen H. A randomized controlled trial of a home and school-based intervention for selective mutism - defocused communication and behavioural techniques. *Child and Adolescent Mental Health* 2014;19(3):192-8. [DOI: 10.1111/camh.12045] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Ollendick 2018 {published data only}

1. Ollendick TH, White SW, Richey J, Kim-Spoon J, Ryan SM, Wieckowski AT, et al. Attention bias modification treatment for adolescents with social anxiety disorder. *Behavior Therapy* 2018;50(1):126-39. [DOI: 10.1016/j.beth.2018.04.002] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Ost 2015 {published data only}

1. Öst LG, Cederlund R, Reuterskiöld L. Behavioral treatment of social phobia in youth: does parent education training improve the outcome? *Behaviour Research and Therapy* 2015;67:19-29. [DOI: 10.1016/j.brat.2015.02.001] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Ozyurt 2018 {published data only}

1. Ozyurt G, Gencer O, Ozturk Y, Ozbek A. Is Triple P effective in childhood anxiety disorder? A randomized controlled study. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology* 2019;29(4):570-8. [DOI: 10.1080/24750573.2018.1483790] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Pereira 2014 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Pereira AI, Marques T, Russo V, Barros L, Barrett P. Effectiveness of the friends for life program in Portuguese schools: study with a sample of highly anxious children. *Psychology in the Schools* 2014;51(6):647-57. [DOI: 10.1002/pits.21767] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Rudy 2017 {published data only}

1. NCT02051192. A brief behavioral treatment for anxiety in young children. *clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02051192* (first received 31 January 2014).
2. Rudy BM, Zavrou S, Johnco C, Storch EA, Lewin AB. Parent-led exposure therapy: a pilot study of a brief behavioral treatment for anxiety in young children. *Journal of Child and Family Studies* 2017;26(9):2475-84. [DOI: 10.1007/s10826-017-0772-y] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Salzer 2018 {published data only (unpublished sought but not used)}

1. Dams J, Kronmüller KT, Leibing E, Steil R, Henningsen P, Leichsenring F, et al. Direct costs of social phobia in adolescents and cost-effectiveness of psychotherapy. *Psychiatrische Praxis* 2019;46(3):148-55. [DOI: 10.1055/a-0733-4999] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
2. ISRCTN22752528. Cognitive therapy (CT-A) versus short-term psychodynamic psychotherapy (STPP-A) for social phobia (SP) in adolescents. *www.isrctn.com/ISRCTN22752528* (first received 17 February 2011).
3. Salzer S, Stefini A, Kronmuller KT, Leibing E, Leichsenring F, Henningsen P, et al. Cognitive-behavioral and psychodynamic therapy in adolescents with social anxiety disorder: a multicenter randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2018;87(4):223-33. [DOI: 10.1159/000488990] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Sevi Tok 2016 {published data only}

1. Sevi Tok ES, Arkar H, Bildik T. The effectiveness of cognitive behavioral therapy, medication, or combined treatment for childhood anxiety disorders. *Turk Psikiyatri Dergisi [Turkish Journal of Psychiatry]* 2016;27(2):1-8. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Storch 2019 {published data only}

1. NCT01919970. Exposure-focused family-based CBT for youth with ASD and comorbid anxiety. *clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01919970* (first received 9 August 2013).
2. Storch EA, Schneider SC, De Nadai AS, Selles RR, McBride NM, Grebe SC, et al. A pilot study of family-based exposure-focused Treatment for Youth with Autism Spectrum Disorder and Anxiety. *Child Psychiatry & Human Development* 2019 Sep 6 [Epub ahead of print]. [DOI: 10.1007/s10578-019-00923-3] [PubMed] [CrossRef]

Go to:

Sung 2011 {published data only}

1. NCT01031511. Effect of cognitive behavioural therapy (CBT) for children with autistic spectrum disorders. *clinicaltrials.gov/show/nct01031511* (first received 14 December 2009).
2. Sung M, Ooi YP, Goh TJ, Pathy P, Fung DS, Ang RP, et al. Effects of cognitive-behavioral therapy on anxiety in children with autism spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Child Psychiatry and Human Development* 2011;42(6):634-49. [DOI: 10.1007/s10578-011-0238-1] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Weisz 2012 {published data only}

1. Chorpita BF, Weisz JR, Daleiden EL, Schoenwald SK, Palinkas LA, Miranda J, et al. Long-term outcomes for the Child STEPs randomized effectiveness trial: a comparison of modular and standard treatment designs with usual care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2013;81(6):999-1009. [DOI: 10.1037/a0034200] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
2. NCT01178554. The Clinic Treatment Project (CTP). *clinicaltrials.gov/ct2/show/nct01178554* (first received 10 August 2010).
3. Weisz JR, Chorpita BF, Palinkas LA, Schoenwald SK, Miranda J, Bearman SK, et al. Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth: a randomized effectiveness trial. *Archives of General Psychiatry* 2012;69(3):274-82. [DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.147] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Посилання на дослідження, що очікують на оцінку

Go to:

ACTRN12613000217707 {unpublished data only}

1. ACTRN12613000217707. A multi-centre randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy for managing anxiety in adolescents with acquired brain injury. *www.who.int/trialsearch/Trial2.aspx?TrialID=ACTRN12613000217707* (first received 25 February 2013).

Go to:

ACTRN12615000730505 {unpublished data only}

1. ACTRN12615000730505. Cognitive behaviour therapy for comorbid anxiety and sleep disorders: a randomized controlled trial. *www.who.int/trialsearch/Trial2.aspx?TrialID=ACTRN12615000730505* (first received 15 July 2015).

Go to:

ACTRN12619000619145 {unpublished data only}

1. ACTRN12619000619145. SCAN Study - Self Compassion & Cognitive Behavioural Therapy (CBT): Early family intervention for children with Type 1 diabetes experiencing anxiety. *www.who.int/trialsearch/Trial2.aspx?TrialID=ACTRN12619000619145* (first received 26 April 2019).

Go to:

DRKS00012823 {unpublished data only}

1. DRKS00012823. Short-term, long-term and cost-effectiveness of treating depression and anxiety disorders in children and adolescents a randomized controlled trial. *www.who.int/trialsearch/Trial2.aspx?TrialID=DRKS00012823* (first received 27 September 2017).

Go to:

IRCT20181006041250N {unpublished data only}

1. IRCT20181006041250N1. Effectiveness of coping cat-based cognitive-behavioral therapy (CBT) in group format on treatment of anxiety in children. *www.who.int/trialsearch/Trial2.aspx?TrialID=IRCT20181006041250N1* (first received 18 October 2018).

Go to:

ISRCTN59518816 {unpublished data only}

1. ISRCTN59518816. Does the treatment of anxiety in children with ADHD improve outcomes? *www.who.int/trialsearch/Trial2.aspx?TrialID=ISRCTN59518816* (first received 29 September 2015).

Go to:

JPRN‐UMIN000008724 {unpublished data only}

1. JPRN-UMIN000008724. Japanese Anxiety Children/Adolescents CBT study. *www.who.int/trialsearch/Trial2.aspx?TrialID=JPRN-UMIN000008724* (first received 27 August 2012).

Go to:

JPRN‐UMIN000032275 {unpublished data only}

1. JPRN-UMIN000032275. Transdiagnostic intervention for anxiety and depression in children and adolescents. *www.who.int/trialsearch/Trial2.aspx?TrialID=JPRN-UMIN000032275* (first received 19 April 2018).

Go to:

JPRN‐UMIN000033218 {unpublished data only}

1. JPRN-UMIN000033218. The efficacy of group CBT for children with autism spectrum disorder to reduce anxiety symptoms.

www.who.int/trialsearch/Trial2.aspx?TrialID=JPRN-UMIN000033218 (first received 1 July 2018).

Go to:

NCT02810171 {unpublished data only}

1. NCT02810171. Dimensional brain behavior predictors of CBT outcomes in pediatric anxiety. *clinicaltrials.gov/show/nct02810171* (first received 20 June 2016).

Go to:

NCT02977962 {unpublished data only}

1. NCT02977962. Treatment of anxiety in late adolescents with autism. *clinicaltrials.gov/show/nct02977962* (first received 28 November 2016).

Go to:

NCT03412227 {unpublished data only}

1. NCT03412227. Transdiagnostic individual behavioral activation and exposure therapy. *clinicaltrials.gov/show/nct03412227* (first received 15 October 2017).

Go to:

NCT03899948 {unpublished data only}

1. NCT03899948. Teacher anxiety program for elementary students. *clinicaltrials.gov/show/NCT03899948* (first received 28 March 2019).

Go to:

Посилання на поточні дослідження

Go to:

ACTRN12616001552471 {published data only}

1. ACTRN12616001552471. Effectiveness of school group-based acceptance and commitment therapy for children with anxiety: a randomised controlled trial. *www.who.int/trialsearch/Trial2.aspx?TrialID=ACTRN12616001552471* (first received 10 November 2016).

Go to:

NCT02725619 {published data only}

1. NCT02725619. CBT for anxiety in children with autism. *clinicaltrials.gov/show/nct02725619* (first received 1 April 2016).

Go to:

NCT02908321 {published data only}

1. Kilburn TR, Sorensen MJ, Thastum M, Rapee RM, Rask CU, Arendt KB, et al. Rationale and design for cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in children with autism spectrum disorder: a study protocol of a randomized controlled trial. *Trials* 2018;19:210. [DOI: 10.1186/s13063-018-2591-x] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef]
2. NCT02908321. CBT for anxiety disorder in children with co-morbid ASD. *clinicaltrials.gov/show/nct02908321* (first received 20 September 2016).

Go to:

NCT03279471 {published data only}

1. NCT03279471. Specifying and treating anxiety in autism research. *clinicaltrials.gov/show/nct03279471* (first received 12 September 2017).

Go to:

NCT03585010 {published data only}

1. NCT03585010. Brain response associated with parent-based treatment for childhood anxiety disorders. *clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03585010* (first received 12 July 2018).

Go to:

Додаткові посилання

Go to:

Ale 2015

1. Ale CM, McCarthy DM, Rothschild LM, Whiteside SP. Components of cognitive behavioral therapy related to outcome in childhood anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2015;18(3):240-51. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Angold 1995

1. Angold A, Costello EJ, Messer SC, Pickles A, Winder F, Silver D. The development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 1995;5:237-49. [Google Scholar]

Go to:

APA 1980

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*. 3rd edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980. [Google Scholar]

Go to:

APA 1987

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R)*. 3rd revised edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987. [Google Scholar]

Go to:

APA 1994

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994. [Google Scholar]

Go to:

APA 2000

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. 4th text revision edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000. [Google Scholar]

Go to:

APA 2013

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013. [Google Scholar]

Go to:

Barlow 2010

1. Barlow DH. Negative effects from psychological treatments: a perspective. *American Psychologist* 2010;65(1):13-20. [DOI: 10.1037/a0015643] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Beck 1996

1. Beck A, Steer RA, Brown GK. *Beck Depression Inventory Section Edition Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation, 1996. [Google Scholar]

Go to:

Beesdo 2009

1. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics* 2009;32(3):483-524. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Beidel 1995

1. Beidel DC, Turner SM, Morris TL. A new instrument to assess childhood social anxiety and phobia: the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychological Assessment* 1995;10:73-9. [Google Scholar]

Go to:

Bennett 2016

1. Bennett K, Manassis K, Duda S, Bagnell A, Bernstein GA, Garland EJ, et al. Treating child and adolescent anxiety effectively: overview of systematic reviews. *Clinical Psychology Review* 2016;50:80-94. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Birmaher 1999

1. Birmaher B. *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)*. Pittsburgh, PA: Western Psychiatric Institute and Clinic, 1999. [Google Scholar]

Go to:

Bodden 2008b

1. Bodden DH, Dirksen CD, Bögels SM. Societal burden of clinically anxious youth referred for treatment: a cost-of-illness study. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2008;36(4):487-97. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Bower 2005

1. Bower P, Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency – narrative literature review. *British Journal of Psychiatry* 2005;186:11-7. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Breinholst 2012

1. Breinholst S, Esbjorn BH, Reinholdt-Dunne ML, Stallard P. CBT for the treatment of child anxiety disorders: a review of why parental involvement has not enhanced outcomes. *Journal of Anxiety Disorders* 2012;26(3):416–24. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Brown 2007

1. Brown AM, Deacon BJ, Abramowitz JS, Dammann J, Whiteside SP. Parents' perceptions of pharmacological and cognitive-behavioral treatments for childhood anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy* 2007;45(4):819-28. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Cartwright‐Hatton 2004

1. Cartwright-Hatton S, Roberts C, Chitsabesan P, Fothergill C, Harrington R. Systematic review of the efficacy of cognitive-behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology* 2004;43:421-36. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Cartwright‐Hatton 2011

1. Cartwright-Hatton S, McNally D, Field AP, Rust S, Laskey B, Dixon C, et al. A new parenting-based group intervention for young anxious children: results of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2011;50(3):242-51.e6. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Chatterton 2019

1. Chatterton ML, Rapee RM, Catchpool M, Lyneham HJ, Wuthrich V, Hudson JL, et al. Economic evaluation of stepped care for the management of

childhood anxiety disorders: results from a randomised trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2019;53:673-82. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Chorpita 2000

1. Chorpita BF, Yim L, Moffitt C, Umemoto LA, Francis SE. Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: a revised child anxiety and depression scale. *Behaviour Research and Therapy* 2000;38(8):835-55. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Compton 2004

1. Compton SN, March JS, Brent D, Albano AM, Weering R, Curry J. Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review. *Journal of the*

American Academy Child and Adolescent Psychiatry 2004;43:930–59. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Copeland 2014

1. Copeland WE, Angold A, Shanahan L, Costello EJ. Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2014;53(1):21-33. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Covidence [Computer program]

1. Veritas Health Innovation Covidence. Version Accessed 3 December 2018. Melbourne, Australia: Veritas Health Innovation. Available at covidence.org.

Go to:

Creswell 2020a

1. Creswell C, Nauta M, Hudson J, March S, Reardon T, Arendt K, et al. Recommendations for reporting on treatment trials for child and adolescent anxiety disorders: an international consensus statement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2020 Jul 19 [Epub ahead of print]. [DOI: 10.1111/jcpp.13283] [PubMed] [CrossRef]

Go to:

Creswell 2020b

1. Creswell C, Waite P, Hudson J. Practitioner Review: Anxiety disorders in children and young people – assessment and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2020;61(6):628-43. [DOI: 10.1111/jcpp.13186] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Crowe 2017

1. Crowe K, McKay D. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders* 2017;49:76-87. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Deeks 2017

1. Deeks JJ, Higgins JP, Altman DG, editor(s) on behalf of the Cochrane Statistical Methods Group. Chapter 9: Analysing data and undertaking meta-analyses. In: Higgins JPT, Churchill R, Chandler J, Cumpston MS, editor(s). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 5.2.0 (updated June 2017). Cochrane, 2017. *Available from www.training.cochrane.org/handbook*.

Go to:

Duggan 2014

1. Duggan C, Parry G, McMurran M, Davidson K, Dennis J. The recording of adverse events from psychological treatments in clinical trials: evidence from a review of NIHR-funded trials. *Trials* 2014;15:335. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Essau 2003

1. Essau CA. Comorbidity of anxiety disorders in adolescents. *Depression and Anxiety* 2003;18(1):1-6. [DOI: 10.1002/da.10107] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Essau 2004

1. Essau CA, Conradt J, Ederer EM. Anxiety prevention among school children. *Versicherungsmedizin* 2004;56:123-30. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Essau 2014

1. Essau CA, Lewinsohn PM, Olaya B, Seeley JR. Anxiety disorders in adolescents and psychosocial outcomes at age 30. *Journal of Affective Disorders* 2014;163:125-32. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Evans 2017

1. Evans R, Thirlwall K, Cooper P, Creswell C. Using symptom and interference questionnaires to identify recovery among children with anxiety disorders. *Psychological Assessment* 2017;29(7):835-43. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Fineberg 2013

1. Fineberg NA, Haddad PM, Carpenter L, Gannon B, Sharpe R, Young AH, et al. The size, burden and cost of disorders of the brain in the UK. *Journal of Psychopharmacology (Oxford, England)* 2013;27(9):761-70. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Galla 2012

1. Galla BM, Wood JJ, Chiu AW, Langer DA, Jacobs J, Ifekwunigwe M, et al. One year follow-up to modular cognitive behavioral therapy for the treatment of pediatric anxiety disorders in an elementary school setting. *Child Psychiatry and Human Development* 2012;43(2):219-26. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Gillies 2016

1. Gillies D, Maiocchi L, Bhandari AP, Taylor F, Gray C, O'Brien L. Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 10. Art. No: CD012371. [DOI: 10.1002/14651858.CD012371] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Ginsburg 2018

1. Ginsburg GS, Becker-Haimes EM, Keeton C, Kendall PC, Lyengar S, Sakolsky D, et al. Results from the Child/Adolescent Anxiety Multimodal Extended Long-Term Study (CAMELS): primary anxiety outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2018;57(7):471-80. [DOI: 10.1016/j.jaac.2018.03.017] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

GRADEpro GDT [Computer program]

1. McMaster University (developed by Evidence Prime) GRADEpro GDT. Version (accessed 4 October 2018). Hamilton (ON): McMaster University (developed by Evidence Prime). Available at gradepro.org.

Go to:

Green 2004

1. Green H, McGinnity A, Meltzer H, Ford T, Goodman R. Mental health of children and young people in Great Britain, 2004. *no-pa.uk/wp-content/uploads/2015/02/Mental-health-of-children.pdf* (accessed 4 October 2018).

Go to:

Health Services Research Unit 2004

1. Health Services Research Unit. Database of ICCs: spreadsheet (empirical estimates of ICCs from changing professional practice studies).

https://www.abdn.ac.uk/hsru/what-we-do/tools/index.php (accessed 1 September 2020).

Go to:

Higgins 2003

1. Higgins JP, Thompson SG, Deeks JJ, Altman DG. Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ* 2003;327:557-60. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Higgins 2011

1. Higgins JP, Deeks JJ, Altman DG, editor(s). Chapter 16: Special topics in statistics. In: Higgins JPT, Green S, editor(s). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 (updated March 2011). The Cochrane Collaboration, 2011. *Available from handbook.cochrane.org*.

Go to:

Higgins 2017

1. Higgins JP, Altman DG, Sterne JA, editor(s). Chapter 8: Assessing risk of bias in included studies. In: Higgins JPT, Churchill R, Chandler J, Cumpston MS, editor(s). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 5.2.0 (updated June 2017). Cochrane, 2017. *Available from www.training.cochrane.org/handbook*.

Go to:

Hirshfeld‐Becker 2010

1. Hirshfeld-Becker DR, Masek B, Henin A, Blakely LR, Pollock-Wurman RA, McQuade J, et al. Cognitive behavioral therapy for 4- to 7-year-old children with anxiety disorders: a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2010;78(4):498-510. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Holland 1995

1. Holland D, Dadds M. *Diagnostic Interview Schedule for Children, Adolescents and Parents*. Brisbane: Griffith University, 1995. [Google Scholar]

Go to:

Keeton 2013

1. Keeton CP, Ginsburg GS, Drake KL, Sakolsky D, Kendall PC, Birmaher B, et al. Benefits of child-focused anxiety treatments for parents and family functioning. *Depression and Anxiety* 2013;30(9):865-72. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Kendall 1993

1. Kendall PC. Cognitive-behavioral therapies with youth: guiding theory, current status, and emerging developments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993;61(2):235-47. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Kendall 2006

1. Kendall PC, Hedtke KA. *Cognitive-Behavioral Therapy for Anxious Children: Therapist Manual*. 1st edition. Ardmore, PA: Workbook Publishing, 2006. [Google Scholar]

Go to:

Kendall 2016

1. Kendall PC, Cummings CM, Villabo MA, Narayanan MK, Treadwell K, Birmaher B, et al. Mediators of change in the Child/Adolescent Anxiety Multimodal Treatment Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2016;84(1):1-14. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Kovacs 1989

1. Kovacs M, Gatsonis C, Paulauskas S, Richards C. Depressive disorders in childhood. IV. A longitudinal study of comorbidity with and the risk for anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry* 1989;46:776-82. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Kreuze 2018

1. Kreuze LJ, Pijnenborg GHM, Jonge YB, Nauta MH. Cognitive-behavior therapy for children and adolescents with anxiety disorders: a meta-analysis of secondary outcomes. *Journal of Anxiety Disorders* 2018;60:43-57. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

La Greca 1998

1. La Greca A. *Manual for Social Anxiety Scales for Children and Adolescents*. Coral Gables, FL: University of Miami, 1998. [Google Scholar]

Go to:

Lawrence 2015

1. Lawrence D, Johnson S, Hafekost J, Haan KB, Sawyer M, Ainley J, et al. The Mental Health of Children and Adolescents. Report on the Second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing. *www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/9DA8CA21306FE6EDCA257E2700016945/$File/child2.pdf* (accessed 4 October 2020).

Go to:

Leyfer 2013

1. Leyfer O, Gallo K, Cooper-Vince C, Pincus DB. Patterns and predictors of comorbidity of DSM-IV anxiety disorders in a clinical sample of children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders* 2013;27(3):306-11. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

March 1997

1. March JS, Parker JD, Sullivan K, Stallings P, Conners CK. The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997;36(4):554-65. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Masia‐Warner 2005

1. Masia-Warner C, Klein RG, Dent HC, Fisher PH, Alvir J, Albano AM, et al. School-based intervention for adolescents with social anxiety disorder: results

of a controlled study. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2005;33(6):707-22. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Mavranezouli 2015

1. Mavranezouli I, Mayo-Wilson E, Dias S, Kew K, Clark DM, Ades AE, et al. The cost effectiveness of psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder: a model-based economic analysis. *PLOS ONE* 2015;10(10):e0140704. [DOI: 10.1371/journal.pone.0140704] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Merikangas 2011

1. Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swendsen J, Avenevoli S, Case B, et al. Service utilization for lifetime mental disorders in U.S. adolescents: results of the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of*

the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2011;50(1):32-45. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Moher 2015

1. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al, PRISMA-P Group. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Review* 2015;4:1. [DOI: 10.1186/2046-4053-4-1] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Monga 2015

1. Monga S, Rosenbloom BN, Tanha A, Owens M, Young A. Comparison of child-parent and parent-only cognitive-behavioral therapy programs for anxious children aged 5 to 7 years: short- and long-term outcomes. *Journal of*

the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2015;54(2):138-46. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Myers 2002

1. Myers K, Winters NC. Ten year review of rating scales II: scales for internalising disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2002;41:634-59. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

NICE 2013

1. National Institute for Health and Care Excellence. Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment: Clinical guideline [CG159]. *www.nice.org.uk/guidance/cg159* (accessed 4 October 2020). [PubMed]

Go to:

O'Kearney 2006

1. O'Kearney RT, Anstey KJ, Sanden C. Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No: CD004856. [DOI: 10.1002/14651858.CD004856.pub2] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Ollendick 2010

1. Ollendick TH, Öst LG, Reuterskiöld L, Costa N. Comorbidity in youth with specific phobias: impact of comorbidity on treatment outcome and the impact of treatment on comorbid disorders. *Behaviour Research and Therapy* 2010;48(9):827-31. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Pennant 2015

1. Pennant ME, Loucas CE, Whittington C, Creswell C, Fonagy P, Fuggle P, et al. Computerised therapies for anxiety and depression in children and young people: a systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy* 2015;67:1-18. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Perihan 2019

1. Perihan C, Burke M, Bowman-Perrott L, Bicer A, Gallup J, Thompson J, et al. Effects of cognitive behavioral therapy for reducing anxiety in children with high functioning ASD: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2019;27:1-5. [DOI: 10.1007/s10803-019-03949-7] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Peris 2015

1. Peris TS, Compton SN, Kendall PC, Birmaher B, Sherrill J, March J, et al. Trajectories of change in youth anxiety during cognitive-behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2015;83(2):239-52. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Peris 2017

1. Peris TS, Caporino NE, O'Rourke S, Kendall PC, Walkup JT, Albano AM, et al. Therapist-reported features of exposure tasks that predict differential treatment outcomes for youth with anxiety. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2017;56(12):1043-52. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Peters 2008

1. Peters JL, Sutton AJ, Jones DR, Abrams KR, Rushton L. Contour-enhanced meta-analysis funnel plots help distinguish publication bias from other causes of asymmetry. *Journal of Clinical Epidemiology* 2008;61(10):991-6. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Pine 2009

1. Pine DS, Helfinstein SM, Bar-Haim Y, Nelson E, Fox NA. Challenges in developing novel treatments for childhood disorders: lessons from research on anxiety. *Neuropsychopharmacology* 2009;34(1):213-28. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Polanczyk 2015

1. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in

children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2015;56(3):345-65. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Rao 1992

1. Rao JN, Scott AJ. A simple method for the analysis of clustered binary data. *Biometrics* 1992;48(2):577-85. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Reardon 2017

1. Reardon T, Harvey K, Baranowska M, O'Brien D, Smith L, Creswell C. What do parents perceive are the barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in children and adolescents? A systematic review of qualitative and quantitative studies. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2017;26(6):623-47. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Reardon 2020

1. Reardon T, Harvey K, Creswell C. Seeking and accessing professional support for child anxiety in a community sample. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2020;29:649-64. [DOI: 10.1007/s00787-019-01388-4] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Review Manager 2014 [Computer program]

1. Nordic Cochrane Centre, The Cochrane Collaboration Review Manager 5 (RevMan 5). Version 5.3. Copenhagen: Nordic Cochrane Centre, The Cochrane Collaboration, 2014.

Go to:

Reynolds 1985

1. Reynolds CR, Richmond BO. *Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCAMS) Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services, 1985. [Google Scholar]

Go to:

Reynolds 2012

1. Reynolds S, Wilson C, Austin J, Hooper L. Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 2012;32(4):251-62. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Sanchez-Garcia 2009

1. Sanchez-Garcia R, Olivares J. Effectiveness of a program for early detection/intervention in children/adolescents with generalized social phobia. *Anales de Psicologia* 2009;25:241-9. [Google Scholar]

Go to:

Schünemann 2017

1. Schünemann HJ, Oxman AD, Vist GE, Higgins JP, Deeks JJ, Glasziou P, et al, on behalf of the Cochrane Applicability and Recommendations Methods Group. Chapter 12: Interpreting results and drawing conclusions. In: Higgins JPT, Churchill R, Chandler J, Cumpston MS, editor(s). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 5.2.0 (updated June 2017). Cochrane, 2017. *Available from www.training.cochrane.org/handbook*.

Go to:

Seligman 2011

1. Seligman L, Ollendick T. Cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2011;20(2):217-38. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Shaffer 1983

1. Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, et al. A children's global assessment scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry* 1983;40(11):1228-31. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Silverman 1987

1. Silverman WK. *Anxiety Disorder Interview for Children (ADIC)*. New York, NY: Graywind Publications, 1987. [Google Scholar]

Go to:

Silverman 2008

1. Silverman WK, Pina AA, Viswesvaran C. Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2008;37:105-30. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Silverman 2009

1. Silverman WK, Kurtines WM, Jaccard J, Pina AA. Directionality of change in youth anxiety treatment involving parents: an initial examination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2009;77:474-85. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Southam-Gerow 2010

1. Southam-Gerow MA, Weisz JR, Chu BC, McLeod BD, Gordis EB, Connor-Smith JK. Does cognitive behavioral therapy for youth anxiety outperform usual care in community clinics? An initial effectiveness test. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2010;49(10):1043-52. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Spence 1997

1. Spence S. Stucture of anxiety symptoms amongst children: a confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology* 1997;106:280-97. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Spielberger 1973

1. Spielberger C, Edwards C, Montuori J, Lushene R. *State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palto Alto, CA: Consulting Psychologist Press, 1973. [Google Scholar]

Go to:

Stata 2012 [Computer program]

1. Stata. Version Stata/IC 12.1. College Station, TX: StataCorp, 2012. Available at www.stata.com.

Go to:

Sterne 2017

1. Sterne JA, Egger M, Moher D, Boutron I, editor(s). Chapter 10: Addressing reporting biases. In: Higgins JPT, Churchill R, Chandler J, Cumpston MS, editor(s). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 5.2.0 (updated June 2017). Cochrane, 2017. *Available from www.training.cochrane.org/handbook*.

Go to:

Suveg 2006

1. Suveg C, Kendall PC, Comer JS, Robin J. Emotion-focused cognitive-behavioral therapy for anxious youth: a multiple-baseline evaluation. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 2006;36(2):77-85. [Google Scholar]

Go to:

Ung 2015

1. Ung D, Selles R, Small BJ, Storch EA. A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for anxiety in youth with high-functioning autism spectrum disorders. *Child Psychiatry and Human Development* 2015;46(4):533-47. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

van Steensel 2013

1. Steensel F, Bogels S, Perrin S. Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: a meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2011;14:302-17. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Waite 2014

1. Waite P, Creswell C. Children and adolescents referred for treatment of anxiety disorders: differences in clinical characteristics. *Journal of Affective Disorders* 2014;167:326-32. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Waite 2015

1. Waite P, Codd J, Creswell C. Interpretation of ambiguity: differences between children and adolescents with and without an anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders* 2015;188:194-201. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Wang 2005

1. Wang PS, Berglund P, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 2005;62(6):603-13. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Wang 2017

1. Wang Z, Whiteside S, Sim L, Farah W, Morrow AS, Alsawas M, et al. Comparative effectiveness and safety of cognitive behavioral therapy and

pharmacotherapy for childhood anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics* 2017;171(11):1049-56. [DOI: 10.1001/jamapediatrics.2017.3036] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

Warner 2011

1. Warner CM, Colognori D, Kim RE, Reigada LC, Klein RG, Browner-Elhanan KJ, et al. Cognitive-behavioral treatment of persistent functional somatic complaints and pediatric anxiety: an initial controlled trial. *Depression and Anxiety* 2011;28(7):551-9. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Warwick 2016

1. Warwick H, Reardon T, Cooper P, Murayama K, Reynolds S, Wilson C, et al. Complete recovery from anxiety disorders following cognitive behavior

therapy in children and adolescents: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2016;52:77-91. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Whiteside 2015

1. Whiteside SP, Ale CM, Young B, Dammann JE, Tiede MS, Biggs BK. The feasibility of improving CBT for childhood anxiety disorders through a dismantling study. *Behaviour Research and Therapy* 2015;73:83-9. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

WHO 1978

1. World Health Organization. *The ICD-9 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Description and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization, 1978. [Google Scholar]

Go to:

WHO 1992

1. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Description and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization, 1992. [Google Scholar]

Go to:

Young 2006

1. Young BJ, Beidel DC, Turner SM, Ammerman RT, McGraw K, Coaston SC. Pretreatment attrition and childhood social phobia: parental concerns about medication. *Journal of Anxiety Disorders* 2006;20(8):1133-47. [PubMed] [Google Scholar]

Go to:

Zhou 2019

1. Zhou X, Zhang Y, Furukawa TA, Cuijpers P, Pu J, Weisz JR, et al. Different types and acceptability of psychotherapies for acute anxiety disorders in children and adolescents: a network meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2019;76(1):41-50. [DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.3070] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

References to other published versions of this review

Go to:

James 2005

1. James AA, Soler A, Weatherall RR. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. No: CD004690. [DOI: 10.1002/14651858.CD004690] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

James 2015

1. James AC, James G, Cowdrey FA, Soler A, Choke A. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 2. Art. No: CD004690. [DOI: 10.1002/14651858.CD004690.pub4] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Go to:

James 2018

1. James AC, Reardon T, Soler A, James G, Creswell C. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 10. Art. No: CD013162. [DOI: 10.1002/14651858.CD013162] [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]