

Autor(id): Elena Mazaruk, Jevgeni Kremm

Küsimus: KLIINILINE KÜSIMUS nr 1: Kas ärevushäirega patsientide ravimisel kasutada esmaseks mittefarmakoloogilist ravi vs farmakoloogilist ravi vs mõlemaid kombineerituna?

Kontekst: 23.08.2020

Tõendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	farmakoloogiline ravi	mittefarmakoloogiline ravi vs farmakoloogiline ja mittefarmakoloogiline ravi kombineerituna	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		

Ärevus - Puhta generaliseerunud ärevushäirega populatsioon - Juhendamata biblioteraapia vs ootjärjekorras kontroll (Paremini näidatud madalamate väärtustega):

1 2	randomiseeritud uuringud	väike	väike	väike	väike	puudub	Patsientide arv: 17 vs 18 SMD 1.06 madalam (1.77 kuni 0.35 madalam)		⊕⊕⊕⊕ KÕRGE		KRIITILINE
-----	--------------------------	-------	-------	-------	-------	--------	---	--	---------------	--	------------

Ärevus - Puhta generaliseerunud ärevushäirega populatsioon - Juhendamata kompuuter teadveloleku teraapia vs ootjärjekorras kontroll (Paremini näidatud madalamate väärtustega):

1 3	randomiseeritud uuringud	väike	väike	väike	väike	puudub	Patsientide arv: 50 vs 50 SMD 0.61 madalam (1.01 kuni 0.21 madalam)		⊕⊕⊕⊕ KÕRGE		KRIITILINE
-----	--------------------------	-------	-------	-------	-------	--------	---	--	---------------	--	------------

Ärevus - Puhta generaliseerunud ärevushäirega populatsioon - Juhendatud cCBT (arvutiseeritud kognitiiv-käitumisteraapia) vs ootjärjekorra kontroll (Paremini näidatud madalamate väärtustega):

1 4	randomiseeritud uuringud	väike	väike	väike	väike	puudub	Patsientide arv: 24 vs 21 SMD 1.22 madalam (1.86 kuni 0.57 madalam)		⊕⊕⊕⊕ KÕRGE		KRIITILINE
-----	--------------------------	-------	-------	-------	-------	--------	---	--	---------------	--	------------

Ärevus - Puhta generaliseerunud ärevushäirega populatsioon - Psühhoedukatsiooni grupp vs ootjärjekorra kontroll (Paremini näidatud madalamate väärtustega):

1 5	randomiseeritud uuringud	suur a	väike	väike	suur b	puudub	Patsientide arv: 22 vs 11 SMD 0.7 madalam (1.45 vähem kuni 0.04 rohkem)		⊕⊕○○ MADAL		KRIITILINE
-----	--------------------------	--------	-------	-------	--------	--------	---	--	---------------	--	------------

Lühiajaline remissioon - Paanikahäire agorafobiaga või ilma - Kõik psühholoogilised teraapiad vs SSRI (serotoniini tagasihaarde inhibiitor)<sup>e</sup>

6 7,8,9,10,11,12,c	randomiseeritud uuringud	suur d	suur e	väike	suur f	puudub	525/1000 (52.5%) <sup>g</sup>	618/1000 (61.8%)	suhteline risk (RR) 0.85 (0.62 kuni 1.17) <sup>h</sup>	93 vähem / 1,000 (235 vähem kuni 105 rohkem)	⊕○○○ VÄGA MADAL	KRIITILINE
--------------------	--------------------------	--------	--------	-------	--------	--------	-------------------------------	------------------	--	--	--------------------	------------

Lühiajaline vastus - Paanikahäire agorafobiaga või ilma - Kõik psühholoogilised teraapiad vs SSRI (serotoniini tagasihaarde inhibiitor)<sup>e</sup>

5 7,8,9,11,12,j	randomiseeritud uuringud	suur d	suur e	väike	suur f	puudub	434/1000 (43.4%) <sup>j</sup>	447/1000 (44.7%)	suhteline risk (RR) 0.97 (0.51 kuni 1.86) <sup>h</sup>	13 vähem / 1,000 (219 vähem kuni 384 rohkem)	⊕○○○ VÄGA MADAL	KRIITILINE
-----------------	--------------------------	--------	--------	-------	--------	--------	-------------------------------	------------------	--	--	--------------------	------------

Väljakukkjad mistahes põhjusel - Paanikahäire agorafobiaga või ilma - Kõik psühholoogilised teraapiad vs SSRI (serotoniini tagasihaarde inhibiitor)<sup>e</sup>

6 7,8,9,10,11,12,c	randomiseeritud uuringud	suur d	väike	väike	suur f	puudub	234/1000 (23.4%) <sup>k</sup>	176/1000 (17.6%)	suhteline risk (RR) 1.33 (0.80 kuni 2.22) <sup>h</sup>	58 rohkem / 1,000 (35 vähem kuni 215 rohkem)	⊕⊕○○ MADAL	KRIITILINE
--------------------	--------------------------	--------	-------	-------	--------	--------	-------------------------------	------------------	--	--	---------------	------------

Lühiajaline paranemine - Paanikahäire agorafobiaga või ilma - Kõik psühholoogilised teraapiad vs SSRI (serotoniini tagasihaarde inhibiitor)<sup>e</sup>

Tõendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	farmakoloogiline ravi	mittefarmakoloogiline ravi vs farmakoloogiline ja mittefarmakoloogiline ravi kombineerituna	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		
5 <sup>7,8,9,11,12,m</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sub>d</sub>	väike	väike	väike	puudub	Kõik psühholoogilised ravimeetodid				⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
							<ul style="list-style-type: none"> <li>Keskmine lühiajaline paranemine sekkumiserühmades oli <b>0.20 standard deviatsiooni madalam</b> (1.09madalam kuni 0.69 kõrgem)</li> </ul>					

Lühiajaline remissioon (jälgimine: keskmiselt 3 kuud) - Paanikahäire agorafobiaga või ilma - Kognitiiv-käitumisteraapia vs Toetav psühhoterapia<sup>13</sup>

3 <sup>13,o</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sub>p</sub>	väike	suur <sub>q</sub>	väike	puudub	29/100 (29.0%) <sub>r</sub>	38/100 (38.0%)	šansside suhe (OR) 0.67 (0.25 kuni 1.82)	89 vähem / 1,000 (247 vähem kuni 147 rohkem)	⊕⊕○○ MADAL	KRIITILINE
-------------------	--------------------------	-------------------	-------	-------------------	-------	--------	-----------------------------	----------------	--	--	---------------	------------

Lühiajaline vastus (jälgimine: keskmiselt 3 kuud) - Paanikahäire agorafobiaga või ilma - Kognitiiv-käitumisteraapia vs Toetav psühhoterapia<sup>13</sup>

3 <sup>13,o</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sub>p</sub>	suur <sub>s</sub>	suur <sub>q</sub>	suur <sub>t</sub>	puudub	34/100 (34.0%) <sub>u</sub>	32/100 (32.0%)	šansside suhe (OR) 1.12 (0.40 kuni 3.26)	25 rohkem / 1,000 (162 vähem kuni 285 rohkem)	⊕○○○ VÄGA MADAL	KRIITILINE
-------------------	--------------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	--------	-----------------------------	----------------	--	---	--------------------	------------

Lühiajalised väljakukkumised (jälgimine: keskmiselt 3 kuud) - Paanikahäire agorafobiaga või ilma - Kognitiiv-käitumisteraapia vs Toetav psühhoterapia<sup>13</sup>

3 <sup>13,o</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sub>p</sub>	suur <sub>s</sub>	suur <sub>q</sub>	väike	puudub	35/100 (35.0%) <sub>v</sub>	46/100 (46.0%)	šansside suhe (OR) 0.64 (0.28 kuni 1.43)	107 vähem / 1,000 (267 vähem kuni 89 rohkem)	⊕○○○ VÄGA MADAL	KRIITILINE
-------------------	--------------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------	--------	-----------------------------	----------------	--	--	--------------------	------------

Pikaajaline remissioon/vastus (jälgimine: keskmiselt 12 kuud) - Paanikahäire agorafobiaga või ilma - Kognitiiv-käitumisteraapia vs Toetav psühhoterapia<sup>13</sup>

1 <sup>13,w</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sub>p</sub>	väike	suur <sub>x</sub>	väike	puudub	40/100 (40.0%) <sub>y</sub>	24/100 (24.0%)	šansside suhe (OR) 2.09 (0.73 kuni 5.98)	158 rohkem / 1,000 (53 vähem kuni 414 rohkem)	⊕⊕○○ MADAL	KRIITILINE
-------------------	--------------------------	-------------------	-------	-------------------	-------	--------	-----------------------------	----------------	--	---	---------------	------------

Lühiajaline paranemine mõdetuna pideval skaalal (jälgimine: keskmiselt 3 kuud) - Paanikahäire agorafobiaga või ilma - Kognitiiv-käitumisteraapia vs Toetav psühhoterapia<sup>13</sup>

Tõendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	farmakoloogiline ravi	mittefarmakoloogiline ravi vs farmakoloogiline ja mittefarmakoloogiline ravi kombineerituna	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		
3 <sup>13.z</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sub>p</sub>	väike	suur <sub>q</sub>	väike	puudub	Kognitiiv-käitumisteraapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keskmine lühiajaline paranemine mõõdetuna pideval skaalal <b>SMD-na oli -0,05 (95% CI -0.56 kuni 0.47)</b>, mis ei näita peaaegu mingit erinevust KKT ja TP vahel (punkthinnangu negatiivne väärtus näitab kergest suundumust KKT kasuks).</li> </ul>			⊕⊕○○ MADAL	KRIITILINE
							Toetav psühhoteeraapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keskmine lühiajaline paranemine mõõdetuna pideval skaalal kontroll rühmas oli <b>0</b>.</li> </ul>				

Lühiajaline remissioon (jälgimine: keskmiselt 3 kuud) - Paanikahäire agorafobiaga või ilma - Kognitiiv-käitumisteraapia vs Psühhodünaamiline psühhoedukatsioon<sup>13</sup>

1 <sup>13.aa</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sub>ab</sub>	suur <sub>ac</sub>	suur <sub>ad,x</sub>	väike	puudub	43/100 (43.0%) <sub>aa</sub>	44/100 (44.0%)	šansside suhe (OR) <b>0.94</b> (0.27 kuni 3.45) <sub>af</sub>	15 vähem / 1,000 (265 vähem kuni 291 rohkem)	⊕○○○○ VÄGA MADAL	KRIITILINE
--------------------	--------------------------	--------------------	--------------------	----------------------	-------	--------	---------------------------------	----------------	--	--	---------------------	------------

Lühiajaline vastus (jälgimine: keskmiselt 3 kuud) - Paanikahäire agorafobiaga või ilma - Kognitiiv-käitumisteraapia vs Psühhodünaamiline psühhoteeraapia<sup>13</sup>

1 <sup>13.aa</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sub>ab</sub>	suur <sub>ac</sub>	suur <sub>ad,x</sub>	väike	puudub	48/100 (48.0%) <sub>ag</sub>	47/100 (47.0%)	šansside suhe (OR) <b>1.05</b> (0.28 kuni 4.00) <sub>af</sub>	12 rohkem / 1,000 (271 vähem kuni 310 rohkem)	⊕○○○○ VÄGA MADAL	KRIITILINE
--------------------	--------------------------	--------------------	--------------------	----------------------	-------	--------	---------------------------------	----------------	--	---	---------------------	------------

Lühiajalised väljakukkumised (jälgimine: keskmiselt 3 kuud) - Paanikahäire agorafobiaga või ilma - Kognitiiv-käitumisteraapia vs Psühhodünaamiline psühhoteeraapia<sup>13</sup>

1 <sup>13.aa</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sub>ab</sub>	suur <sub>ac</sub>	suur <sub>ad,x</sub>	väike	puudub	32/100 (32.0%) <sub>ah</sub>	19/100 (19.0%)	šansside suhe (OR) <b>1.92</b> (0.56 kuni 6.67) <sub>af</sub>	121 rohkem / 1,000 (74 vähem kuni 420 rohkem)	⊕○○○○ VÄGA MADAL	KRIITILINE
--------------------	--------------------------	--------------------	--------------------	----------------------	-------	--------	---------------------------------	----------------	--	---	---------------------	------------

Pikaajaline remissioon/vastus (jälgimine: keskmiselt 12 kuud) - Paanikahäire agorafobiaga või ilma - Kognitiiv-käitumisteraapia vs Psühhodünaamiline psühhoteeraapia<sup>13</sup>

1 <sup>13.aa</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sub>ab</sub>	väike	suur <sub>x</sub>	väike	puudub	56/100 (56.0%) <sub>ai</sub>	50/100 (50.0%)	šansside suhe (OR) <b>1.25</b> (0.37 kuni 4.17) <sub>af</sub>	56 rohkem / 1,000 (230 vähem kuni 307 rohkem)	⊕⊕○○○ MADAL	KRIITILINE
--------------------	--------------------------	--------------------	-------	-------------------	-------	--------	---------------------------------	----------------	--	---	----------------	------------

Lühiajaline paranemine mõõdetuna pideval skaalal (jälgimine: keskmiselt 3 kuud) - Paanikahäire agorafobiaga või ilma - Kognitiiv-käitumisteraapia vs Psühhodünaamiline psühhoteeraapia<sup>13</sup>

Tõendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Tõendatuse aste	Olulisus	
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	farmakoloogiline ravi	mittefarmakoloogiline ravi vs farmakoloogiline ja mittefarmakoloogiline ravi kombineerituna	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)			
1 <sup>13,aa</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>ab</sup>	suur <sup>aj</sup>	suur <sup>ad,x</sup>	väike	puudub	Kognitiiv-käitumisteraapia				⊕○○○ VÄGA MADAL	KRIITILINE	
							<ul style="list-style-type: none"> <li>Keskmine lühiajaline paranemine mõõdetuna pideval skaalal sekkumise rühmas oli <b>0.17 standardhälve kõrgem (0.5 madalam kuni 0.83 kõrgem)</b>, viidates väikesele efektile psühhodünaamilise psühhoterapia kasuks.</li> </ul>						
							Psühhodünaamiline psühhoterapia						
							<ul style="list-style-type: none"> <li>Keskmine lühiajaline paranemine mõõdetuna pideval skaalal kontroll-rühmas oli <b>0</b>.</li> </ul>						
<small>ak</small>													
<b>Ärevuse ravijärgne kliiniliselt oluline paranemine - Paanikahäire - Juhendatud ICBT (Internetipõhine kognitiiv-käitumisteraapia) vs silmast silma CBT (kognitiiv-käitumisteraapia)<sup>14</sup></b>													
3 <sup>15,16,17</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>ai</sup>	suur <sup>am</sup>	väike	suur <sup>an</sup>	puudub	64/121 (52.9%)	61/118 (51.7%)	<b>suhteline risk (RR) 1.06</b> (0.85 kuni 1.32) <sup>ao</sup>	<b>31 rohkem / 1,000</b> (78 vähem kuni 165 rohkem)	⊕○○○ VÄGA MADAL	KRIITILINE	
<b>Ärevuse kliiniliselt oluline paranemine jälgimisel - Paanikahäire - Terapeudi toetatud ICBT (Internetipõhine kognitiiv-käitumisteraapia) vs silmast silma CBT (kognitiiv-käitumisteraapia)<sup>14</sup></b>													
2 <sup>16,17</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>ai</sup>	suur <sup>am</sup>	väike	suur <sup>an</sup>	puudub	58/75 (77.3%)	53/78 (67.9%)	<b>suhteline risk (RR) 1.09</b> (0.93 kuni 1.28) <sup>ap</sup>	<b>61 rohkem / 1,000</b> (48 vähem kuni 190 rohkem)	⊕○○○ VÄGA MADAL	KRIITILINE	
<b>Ravijärgne ärevusnähtude raskusaste - Paanikahäire - Terapeudi toetatud ICBT (Internetipõhine kognitiiv-käitumisteraapia) vs silmast silma CBT (kognitiiv-käitumisteraapia)<sup>14</sup></b>													
3 <sup>15,16,17</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>ai</sup>	suur <sup>am</sup>	väike	suur <sup>an</sup>	puudub	Patsientide arv: 119 vs 115 <b>SMD 0.29 [0.03, 0.54]</b>				⊕○○○ VÄGA MADAL	KRIITILINE	
<small>aq</small>													
<b>Ärevusnähtude raskusaste jälgimisel - Paanikahäire - Terapeudi toetatud ICBT (Internetipõhine kognitiiv-käitumisteraapia) vs silmast silma CBT (kognitiiv-käitumisteraapia)<sup>14</sup></b>													
2 <sup>16,17</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>ai</sup>	suur <sup>am</sup>	väike	suur <sup>an</sup>	puudub	Patsientide arv: 74 vs 78 <b>SMD -0.04 [-0.36, 0.28]</b>				⊕○○○ VÄGA MADAL	KRIITILINE	
<small>ar</small>													
<b>Ravijärgne generaliseerunud ärevushäire sümptomite raskusaste - Paanikahäire - Terapeudi toetatud ICBT (Internetipõhine kognitiiv-käitumisteraapia) vs silmast silma CBT (kognitiiv-käitumisteraapia)<sup>14</sup></b>													
2 <sup>15,16</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>ai</sup>	suur <sup>am</sup>	väike	suur <sup>an</sup>	puudub	Patsientide arv: 67 vs 62 <b>SMD 0.42 [-0.75, 1.60]</b>				⊕○○○ VÄGA MADAL	KRIITILINE	
<small>as</small>													
<b>Generaliseerunud ärevuse sümptomite raskusaste jälgimisel - Paanikahäire - Terapeudi toetatud ICBT (Internetipõhine kognitiiv-käitumisteraapia) vs silmast silma CBT (kognitiiv-käitumisteraapia)<sup>14</sup></b>													
1 <sup>16</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>ai</sup>	suur <sup>am</sup>	väike	suur <sup>an</sup>	puudub	Patsientide arv: 25 vs 24 <b>SMD -0.17 [-0.74, 0.39]</b>				⊕○○○ VÄGA MADAL	KRIITILINE	
<small>at</small>													

Tõendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	farmakoloogiline ravi	mittefarmakoloogiline ravi vs farmakoloogiline ja mittefarmakoloogiline ravi kombineerituna	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		

Elukvaliteet ravijärgselt - Paanikahäire - Terapeudi toetatud (Internetipõhine kognitiiv-käitumisteraapia) vs silmast silma CBT (kognitiiv-käitumisteraapia)<sup>14</sup>

3 <sup>15,16,17</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>al</sup>	suur <sup>am</sup>	väike	suur <sup>an</sup>	puudub	Patsientide arv: 115 vs 114 <b>SMD 0.28 [0.02, 0.54]</b>		⊕○○○ VÄGA MADAL		KRIITILINE
-----------------------	--------------------------	--------------------	--------------------	-------	--------------------	--------	--	--	--------------------	--	------------

Elukvaliteet jälgimisel - Paanikahäire - Terapeudi toetatud ICBT (Internetipõhine kognitiiv-käitumisteraapia) vs silmast silma CBT (kognitiiv-käitumisteraapia)<sup>14</sup>

2 <sup>16,17</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>al</sup>	suur <sup>am</sup>	väike	suur <sup>an</sup>	puudub	Patsientide arv: 75 vs 78 <b>SMD 0.28 [-0.04, 0.60]</b>		⊕○○○ VÄGA MADAL		KRIITILINE
--------------------	--------------------------	--------------------	--------------------	-------	--------------------	--------	---	--	--------------------	--	------------

Ärevus (mis tahes mõõde), enesehindamine ravijärgselt - täiskasvanud ärevusega - (meedia vahendatud kognitiiv-käitumisteraapia või käitumisteraapia) vs (silmast silma sekkumised)<sup>18</sup>

24 <sup>15,16,17,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,aw</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>ax</sup>	väike	suur <sup>ax</sup>	väike	puudub	Meedia vahendatud sekkumine		⊕⊕○○ MADAL		KRIITILINE
							<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>SMD -0.23 (-0.36 kuni -0.09)</b></li> <li>• Uuringute lõikes tüüpilised tulemused sekkumiste tingimustes olid keskmiselt <b>0.23 standardhälve kehvem</b> (95% CI vahemikus alates 0.09 kuni 0.36 standardhälbe), võrreldes tulemustega kontroll tingimustes.</li> </ul>				

Vastus (spetsiifiline), enesehindamine ravijärgselt - täiskasvanud ärevusega - (meedia vahendatud kognitiiv-käitumisteraapia või käitumisteraapia) vs (silmast silma sekkumised)<sup>18</sup>

10 <sup>16,32,33,34,35,36,37,38,39,40,az</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>ax</sup>	suur <sup>ax</sup>	suur <sup>ax</sup>	väike	puudub	419/1000 (41.9%)	537/1000 (53.7%)	<b>suhteline risk (RR) 0.78</b> (0.56 kuni 1.09) <sup>ba</sup>	<b>118 vähem / 1,000</b> (236 vähem kuni 48 rohkem)	⊕○○○ VÄGA MADAL	KRIITILINE
--	--------------------------	--------------------	--------------------	--------------------	-------	--------	------------------	------------------	--	---	--------------------	------------

Elukvaliteet, enesehindamine ravijärgselt - täiskasvanud ärevusega - (meedia vahendatud kognitiiv-käitumisteraapia või käitumisteraapia) vs (silmast silma sekkumised)<sup>18</sup>

4 <sup>15,16,38,39,bb</sup>	randomiseeritud uuringud	suur <sup>ax</sup>	suur <sup>ax</sup>	suur <sup>ax</sup>	väike	puudub	Meedia vahendatud sekkumine		⊕○○○ VÄGA MADAL		KRIITILINE
							<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uuringute lõikes, tüüpilised tulemused sekkumiste tingimustes keskmiselt olid <b>0.08 standardhälve paremad</b> (95% CI vahemikus alates -0.23 kuni 0.38 standardhälbe), võrreldes tulemustega kontroll tingimustes.</li> </ul>				

CI: usaldusintervall; RR: riskimäär; OR: šansimäär

## Selgitused

- a. Kvaasi juhuslikustatud kontrollitud uuring (ingl Quasi-RCT)  
b. 95% usaldusvahemik k.a millel pole mõju

- c. 334 osalejat
- d. Paljude uuringute kohaselt langes üks punkt kallutatud riski tõttu, mis seotud pimestamise kõrge kallutatud riski ning ebaselge kallutatud riskiga mitmes alas.
- e. Olulise heterogeensuse tõttu langes üks punkt vasturääkivuse tõttu.
- f. Alandati üks punkt ebatäpsuse tõttu, baseerudes faktile, et 95% usaldusvahemik sisaldas koondhinnangu nii efekti puudumise, kui ka märgatava kasu kohta.
- g. 383 kuni 723
- h. Eeldatava riski (nt kontrollrühma mediaanrisk kogu uuringu jooksul) alus on toodud joonealustes märkustes. Vastav risk (ning selle 95% usaldusvahemik) põhineb eeldataval riskil võrdlusrühmas ja sekkumise suhtelisel efektil (ning selle 95% usaldusvahemikul).
- i. 277 osalejat
- j. 228 kuni 831
- k. 141 kuni 390
- l. Kasutatud skaala (vahemik; madalam on parem): paanika sagedus; Kliiniline globaalne mulje (1 kuni 7); Agorafobia kognitiivne küsimustik (1–70); Hirmude küsimustiku agorafobia alamskaala (0–14)
- m. 242 osalejat
- n. Tulemused hinnatud kasutades standarditud keskmise vahe
- o. 176 osalejat
- p. Kaasatud uuringute kallutatud risk oli paljudel juhtudel ebaselge
- q. Otsesteks võrdluseks on saadaval vaid mõned uuringud. 95% usaldusvahemik on endiselt lai ning ebaoluline ka peale otseste ja kaudsete tõendite kombineerimist.
- r. 13 kuni 52
- s. Uuringute tulemused olid vasturääkivad, ehkki laiade usaldusintervallidega
- t. Lühiajalise ravivastuse andmed olid arvestatud kõigi kaasatud uuringute pideva tulemuse põhjal
- u. 16 kuni 60
- v. 19 kuni 55
- w. 80 osalejat
- x. Otsesteks võrdluseks on saadaval ainult üks uuring. 95% usaldusvahemik on endiselt lai ning ebaoluline ka peale otseste ja kaudsete tõendite kombineerimist.
- y. 19 kuni 65
- z. 152 osalejat
- aa. 54 osalejat
- ab. Kätesaadavad otsesed tõendid olid mõjutatud kõrge kallutatud riskiga erinevates olulistest valdkondades.
- ac. Asjakohane (kuid ebaoluline) vasturääkivus oli leitud tsüklis psühhodünaamiline teraapia - kognitiiv-käitumuslik teraapia - psühholoogiline teraapia.
- ad. Kaudne tõendus oluliselt mõjutab meta-analüüside tulemuste võrgustiku.
- ae. 18 kuni 73
- af. Esitatud šansside suhted on tuletatud (vastastikuste väärtustena) metaanalüüside võrgustiku tulemustest, mis on esitatud Tabel 1, Tabel 4, Tabel 7 ja Tabel 13 (lühiajalise remissiooni ja lühiajalise ravivastuse saamiseks kasutasime metaanalüüside võrgustiku tulemusi, mis olid kohandatud väikeste uuringu efektide jaoks).
- ag. 20 kuni 78
- ah. 12 kuni 62
- ai. 27 kuni 81
- aj. Statistiliselt oluline vasturääkivus oli leitud tsüklis psühhodünaamiline teraapia - kognitiiv-käitumuslik teraapia - psühholoogiline teraapia.
- ak. Teatatud standardiseeritud keskmine vahe on tuletatud metaanalüüside võrgu tulemuste alusel, mis on esitatud Tabel 10.
- al. Kui Cochrane'i autor hindas "Kallutatud riski" võtmesõnaga "Kõrge" kas või ühes vastava tabeli (ülevaates alates lk 56) lahtris, jäi "tõsine"
- am. Esines tõenduse ebakõla
- an. Väikesed valimid
- ao. Heterogeensus: Tau2=0.0; Chi2=0.99, df=2 (P=0.61); I2=0.0%. Test üldise efekti saavutamiseks: Z=0.53 (P=0.60)
- ap. Heterogeensus: Tau2=0.0; Chi2=0.62, df=1 (P=0.43); I2=0.0%. Test üldise efekti saavutamiseks: Z=1.06 (P=0.29)
- aq. Heterogeensus: Tau2=0.0; Chi2=1.52, df=2 (P=0.47); I2=0.0%. Test üldise efekti saavutamiseks: Z=2.17 (P=0.030)
- ar. Heterogeensus: Tau2=0.0; Chi2=0.00, df=1 (P=1.00); I2=0.0%. Test üldise efekti saavutamiseks: Z=0.23 (P=0.81)
- as. Heterogeensus: Tau2=0.65; Chi2=10.31, df=1 (P=0.001); I2=90%. Test üldise efekti saavutamiseks: Z=0.71 (P=0.48)
- at. Heterogeensus: ei ole rakendatav. Test üldise efekti saavutamiseks: Z=0.61 (P=0.54)
- au. Heterogeensus: Tau2=0.0; Chi2=1.80, df=2 (P=0.41); I2=0.0%. Test üldise efekti saavutamiseks: Z=2.12 (P=0.034)
- av. Heterogeensus: Tau2=0.0; Chi2=0.35, df=1 (P=0.56); I2=0.0%. Test üldise efekti saavutamiseks: Z=1.74 (P=0.081)
- aw. 1360 osalejat
- ax. Ülevaate tabelis mainitakse, et punkt maha võetud.
- ay. See on väike efekt näost näkku sekkumise kasuks
- az. 575 osalejat
- ba. Erinevus oli statistiliselt ebaoluline
- bb. 282 osalejat

## Viited

1. Health, National Collaborating Centre for Mental. Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary and Community Care. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2011.
2. Bowman, D., Scogin, F., Floyd, M., et al. Efficacy of self-examination therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. Journal of Counselling Psychology; 1997.
3. Houghton, V. A quantitative study of the effectiveness of mindfulness-based stress reduction treatment, using an internet-delivered self-help program, for women with generalized anxiety disorder. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering; 2008.
4. Titov, N., Andrews, G., Robinson, E., et al. Clinician-assisted internet-based treatment is effective for generalized anxiety disorder: randomized controlled trial. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry; 2009.
5. White, J., Keenan, M. & Brooks, N. Stress control: a controlled comparative investigation of large group therapy for generalized anxiety disorder. Behavioural Psychotherapy; 1992.
6. Imai H, Tajika A, Chen P, Pompili A, Furukawa TA. Psychological therapies versus pharmacological interventions for panic disorder with or without agoraphobia in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2016.
7. MZ, Azhar. Comparison of fluvoxamine alone, fluvoxamine and cognitive psychotherapy and psychotherapy alone in the treatment of panic disorder in Kelantan - implications for management by family doctors. Medical Journal of Malaysia; 2000.
8. Bakker A, van Dyck R, Spinoven P, van Balkom AJLM. Paroxetine, clomipramine, and cognitive therapy in the treatment of panic disorder. Journal of Clinical Psychiatry; 1999.
9. Black DW, Wesner R, Bowers W, Gabel J. A comparison of fluvoxamine, cognitive therapy, and placebo in the treatment of panic disorder. Archives of General Psychiatry; 1993.

10. Dannon PN, Gon-usishkin M, Gelbert A, Lowengrub K, Grunhaus L. Cognitive behavioral group therapy in panic disorder patients: the efficacy of CBGT versus drug treatment. *Annals of Clinical Psychiatry*; 2004.
11. Hendriks GJ, Keijsers GPJ, Kampman M, Oude Voshaar RC, Verbraak MJPM, Broekman TG, et al. A randomized controlled study of paroxetine and cognitive-behavioural therapy for late-life panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 2010.
12. Sharp DM, Power KG. Fluvoxamine, placebo, and cognitive behaviour therapy used alone and in combination in the treatment of panic disorder and agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*; 1996.
13. Pompili A, Furuokawa TA, Imai H, Tajika A, Efthimiou O, Salanti G. Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2016.
14. Olthuis JV, Watt MC, Bailey K, Hayden JA, Stewart SH. Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2016.
15. Kiroopoulos LA, Klein B, Austin DW, Gilson K, Pier C, Mitchell J, et al. Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT?. *Journal of Anxiety Disorders*; 2008.
16. Carlbring P, Nilsson-Ihrfelt E, Waara J, Kollenstam C, Buhrman M, Kaldø V, et al. Treatment of panic disorder: Live therapy vs. self-help via the internet. *Behaviour Research and Therapy*; 2005.
17. Bergstrom J, Andersson G, Ljotsson B, Ruck C, Andreevitch S, Karlsson A, et al. Internet-versus group-administered cognitive behaviour therapy for panic disorder in a psychiatric setting: A randomised trial. *BMC Psychiatry*; 2010.
18. Mayo-Wilson E, Montgomery P. Media-delivered cognitive behavioural therapy and behavioural therapy (self-help) for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2013.
19. Rapee RM, Abbott MJ, Baillie AJ, Gaston JE. Treatment of social phobia through pure self-help and therapist-augmented self-help. *British Journal of Psychiatry*; 2007.
20. van Boeijen CA, van Oppen P, van Balkom AJ, Visser S, Kempe PT, Blankenstein N, et al. Treatment of anxiety disorders in primary care practice: a randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*; 2005.
21. Botella C, Gallego M, Garcia-Palacios A, Guillen V, Banos R, Quero S, et al. An Internet-based self-help treatment for fear of public speaking: a controlled trial. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*; 2010.
22. Hazen A, Walker J, Eldridge G. Anxiety sensitivity and treatment outcome in panic disorder. *Anxiety*; 1996.
23. Marks I, Kenwright M, McDonough M, Whittaker M, Mataix-Cols D. Saving clinicians' time by delegating routine aspects of therapy to a computer: a randomized controlled trial in phobia/panic disorder. *Psychological Medicine*; 2004.
24. Andrews GD, Davies M, Titov N. Effectiveness randomized controlled trial of face to face versus Internet cognitive behaviour therapy for social phobia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 2011.
25. Ghosh A, Marks I, Carr A. Controlled study of self-exposure treatment for phobics: preliminary communication. *Journal of the Royal Society of Medicine*; 1984.
26. Hellström K, Öst L. One-session therapist directed exposure vs two forms of manual directed self-exposure in the treatment of spider phobia. *Behaviour Research and Therapy*; 1995.
27. Gilroy LJ, Kirkby KC, Daniels BA, Menzies RG, Montgomery IM. Controlled comparison of computer-aided vicarious exposure versus live exposure in the treatment of spider phobia. *Behavior Therapy*; 2000.
28. Andersson G, Waara J, Jonsson U, Malmaeus F, Carlbring P, Öst LG. Internet-based self-help versus one-session exposure in the treatment of spider phobia: a randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*; 2009.
29. Heading K, Kirkby KC, Martin F, Daniels BA, Gilroy LJ, Menzies RG. Controlled comparison of single-session treatments for spider phobia: live graded exposure alone versus computer-aided vicarious exposure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*; 2001.
30. Rosen GM, Glasgow RE, Barrera NM. A controlled study to assess the clinical efficacy of totally self-administered systematic desensitization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 1976.
31. Baker B L, Cohen DC, Saunders JT. Self-directed desensitization for acrophobia. *Behaviour Research and Therapy*; 1973.
32. Lidren D, Watkins P, Gould R, Clum G. A comparison of bibliotherapy and group therapy in the treatment of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 1994.
33. AAM, Hassan. A comparison of computer-based symbolic modelling and conventional methods in the treatment of spider phobia. University of Leeds, England; 1992.
34. Greist JH, Marks IM, Baer L, Kobak KA, Wenzel KW, Hirsch MJ, et al. Behavior therapy for obsessive-compulsive disorder guided by a computer or by a clinician compared with relaxation as a control. *Journal of Clinical Psychiatry*; 2002.
35. Sharp DM, Power KG, Swanson V. Reducing therapist contact in cognitive behaviour therapy for panic disorder and agoraphobia in primary care: global measures of outcome in a randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*; 2000.
36. Gould RA, Clum GA, Shapiro D. The use of bibliotherapy in the treatment of panic: a preliminary investigation. *Behavior Therapy*; 1993.
37. Öst L, Salkovskis P, Hellström K. One-session therapist-directed exposure vs. self-exposure in the treatment of spider phobia. *Behavior Therapy*; 1991.
38. Hedman E, Andersson G, Ljotsson B, Andersson E, Rück C, Mörtberg E, et al. Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: a randomized controlled non-inferiority trial. *PLoS One*; 2011.
39. Tolin DF, Hannan S, Maltby N, Diefenbach GJ, Worhunsky P, Brady RE. A randomized controlled trial of self-directed versus therapist-directed cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder patients with prior medication trials. *Behavior Therapy*; 2007.
40. Tolin DF, Gretchen JD, Gilliam CM. Stepped care versus standard cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a preliminary study of efficacy and costs. *Depression and Anxiety*; 2011.