



Artículo especial

Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales

Efficacy of cognitive-behavior therapy for mental disorders

Miquel Angel Fullana^{a,b,c,*}, Lorena Fernández de la Cruz^c, Antoni Bulbena^{a,b} y Josep Toro^d

^a Unidad de Ansiedad, Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones, Parc de Salut Mar, Barcelona, España

^b Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

^c Departments of Psychology and Psychosis Studies, King's College London, Institute of Psychiatry, Londres, Inglaterra

^d Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de diciembre de 2010

Aceptado el 17 de febrero de 2011

On-line el xxx

Introducción

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es uno de los tratamientos de primera elección para numerosos trastornos mentales¹. Sin embargo, el conocimiento que los profesionales sanitarios y el público en general tienen de la TCC y su presencia en la práctica clínica probablemente es escaso. El objetivo del presente trabajo es definir la TCC y sus principales ámbitos de aplicación y ofrecer una revisión sistemática de su eficacia.

Definición

La TCC es una forma de tratamiento psicológico que asume la existencia de cogniciones distorsionadas y/o conductas disfuncionales que mantienen (o causan) el malestar asociado a los trastornos mentales. En la TCC, el profesional ayuda al paciente a definir unos objetivos y le enseña a aplicar técnicas psicológicas que contribuyan a disminuir dicho malestar. Las técnicas de exposición, de reestructuración cognitiva o el entrenamiento en habilidades sociales son ejemplos de dichas técnicas.

La TCC es una forma de tratamiento en general breve y tiene entre sus objetivos el cambio sintomático, aunque en la medida en que puede suprimir los síntomas del trastorno, puede ser resolutiva del mismo (y no sólo supresora de malestar). En comparación con otras formas de tratamiento psicológico, la TCC se caracteriza por ser más directiva, estar orientada a objetivos, centrarse en la modificación de cogniciones y conductas, y por utilizar frecuentemente "tareas para casa", es decir, práctica repetida de las habilidades aprendidas.

Ámbitos de aplicación de la terapia cognitivo-conductual

La TCC es tan eficaz o más que otras formas de tratamiento (psicológico o psicofarmacológico) para la mayoría de trastornos mentales no psicóticos y, en algunos de éstos, se considera tratamiento de primera elección (véase apartado siguiente). Los psicofármacos continúan siendo el tratamiento de primera elección para los trastornos psicóticos y el trastorno bipolar. En estos trastornos, la eficacia de la TCC en solitario se desconoce. Algunos datos sugieren que el tratamiento combinado (fármacos y TCC) es superior al tratamiento solo con medicación en personas con trastornos psicóticos², aunque esta es una cuestión discutida³. En el trastorno bipolar no está demostrada la eficacia de la TCC en solitario, pero los programas psicoeducativos de orientación cognitivo-conductual son eficaces en la prevención de recaídas⁴. Los ámbitos de aplicación de la TCC se han extendido notablemente durante los últimos años y también ha demostrado su eficacia en trastornos somáticos como el síndrome de fatiga crónica, la dismenorrea o la obesidad, así como en trastornos funcionales o "síntomas somáticos sin explicación médica"¹.

Revisión sistemática de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en los trastornos mentales

Se ha comparado la eficacia de la TCC en algunos de los trastornos mentales más frecuentes respecto a otros procedimientos terapéuticos: tratamiento farmacológico, tratamiento combinado (TCC más psicofármacos), placebo farmacológico, placebo psicológico, otro tratamiento psicológico, lista de espera y tratamiento habitual. La categoría de placebo psicológico se refiere habitualmente a una intervención que contiene elementos inespecíficos propios de cualquier intervención psicológica

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mafullana@parcdesalutmar.cat (M.A. Fullana).

(expresión de empatía, apoyo emocional, por ejemplo), pero no incluye técnicas específicas de tratamiento. Hemos considerado la “psicoterapia de apoyo” como placebo psicológico. La categoría “tratamiento habitual” se refiere a la intervención que reciben la mayoría de pacientes con una determinada patología en la práctica clínica cotidiana.

Método

Los trastornos mentales incluidos en la revisión aparecen en las tablas 1 y 2.

La eficacia de la TCC frente a cada uno de los otros procedimientos se estableció a partir de las revisiones sistemáticas Cochrane publicadas entre enero de 2003 y julio de 2010 y los resultados de metaanálisis y estudios controlados aleatorizados. Para cada comparación se ha utilizado la revisión Cochrane más reciente. Cuando no existía una revisión Cochrane, se utilizaron los resultados de metaanálisis o megaanálisis de estudios controlados aleatorizados o, si estos no estaban disponibles, los resultados de estudios controlados aleatorizados. Se priorizaron las revisiones Cochrane debido a su mayor rigor metodológico⁵.

En estudios controlados aleatorizados, los criterios de inclusión fueron los siguientes: (1) trabajos publicados en inglés, hasta el 31 de julio de 2010, en las bases de datos MEDLINE o EMBASE; (2) pacientes de entre 18 y 65 años para la revisión sobre adultos, y de entre 6 y 18 años para la revisión sobre niños y adolescentes; (3) diagnóstico de trastorno mental realizado mediante entrevistas diagnósticas estructuradas con criterios DSM-III-R⁶ o posteriores; (4) valoración de la eficacia del tratamiento por parte de evaluadores “ciegos”; y (5) análisis de eficacia basados en análisis por intención de tratamiento.

No se han incluido ensayos realizados en poblaciones especiales (por ejemplo, ancianos), aquellos que comparaban diferentes técnicas cognitivo-conductuales o modalidades de aplicación, estudios de prevención, estudios de aplicación de nuevas tecnologías, ni estudios de potenciación terapéutica.

La búsqueda se realizó mediante las palabras clave *meta analysis* o *meta-analysis* o *mega analysis* o *mega-analysis* para identificar los

metaanálisis o megaanálisis, y *random** para los estudios controlados aleatorizados. Se usaron los términos *cognitive behav* therap** o *cognitive-behav* therap** o *cognitive therap** o *behav* therap** para identificar los estudios de TCC. En niños/adolescentes se usaron, además, los términos *child** o *adolesc** o *pediatric* o *paediatric*.

Para identificar los trabajos referidos a los diferentes trastornos analizados, se utilizaron los siguientes términos: *depress**; *OCD, obsessive compulsive disorder* u *obsessive-compulsive disorder*; *panic disorder*; *anxiety*; *specific phobia* o *simple phobia*; *social phobia* o *social anxiety disorder*; *GAD, generalized anxiety disorder* o *generalised anxiety disorder*; *PTSD, posttraumatic stress disorder*, *post-traumatic stress disorder*, *post traumatic stress disorder* o *trauma*; *hypochondriasis, hypochondria* o *health anxiety*; *anorexia nervosa*; *bulimia nervosa*; *ADHD* o *attention deficit**; *ODD, oppositional defiant disorder, conduct disorder* o *disruptive behavio**; *enuresis*; y *encopresis*. También se llevaron a cabo búsquedas manuales de revisiones sistemáticas, metaanálisis y megaanálisis y estudios controlados aleatorizados en las bases de datos referidas.

Dos de los autores (MAF y LFC) realizaron las búsquedas bibliográficas de manera independiente. Posteriormente, se revisaron y compararon cada una de las decisiones. Las discrepancias existentes fueron resueltas por consenso.

En cada comparación se tuvo en cuenta el resultado presentado para la variable dependiente principal (por ejemplo, síntomas bulímicos en la bulimia nerviosa) y no para variables secundarias (por ejemplo, síntomas depresivos en el trastorno de pánico). Los resultados presentados se refieren al final del tratamiento activo (generalmente, 12 semanas después del inicio).

Para la comparación con tratamiento farmacológico o combinado, se escogieron los ensayos con fármacos indicados por la Agencia Española del Medicamento⁷ para el trastorno en cuestión, en que se utilizaran dosis recomendadas y que estuvieran comercializados en España. Si existían diversos estudios que cumplieran este requisito, se escogieron el fármaco o fármacos considerados como más eficaces a partir de guías clínicas o consenso de expertos⁸.

Tabla 1
Comparación de la terapia cognitivo-conductual frente a otros tratamientos en los trastornos mentales en adultos. Eficacia postratamiento en variables principales

Trastorno	Terapia cognitivo-conductual frente a...						
	Tratamiento farmacológico	Tratamiento combinado	Placebo farmacológico	Placebo psicológico	Otro tratamiento psicológico	Lista de espera	Tratamiento habitual
Trastorno depresivo mayor	TCC > TFA (antidepresivos) ¹³ . TCC = TFA (antidepresivos) ¹⁴	?	TCC > PLF ¹³	TCC > PLP ¹⁵	TCC = PSI (Tpdin ¹⁶ , TIP ¹⁷). TCC < PSI (TIP) ¹⁶	TCC > LE ¹³	TCC > TH ¹⁵
Trastorno obsesivo-compulsivo	TCC > TFA (clomipramina) ¹⁸	TCC = TCO (clomipramina) ¹⁸	TCC > PLF ¹⁹	TCC > PLP ¹⁹	?	TCC > LE ²⁰	TCC > TH ²¹
Fobia específica	?	?	?	?	?	?	?
Fobia social	?	?	TCC > PLF ¹⁹	TCC > PLP ¹⁹	?	TCC > LE ²²	?
Trastorno de angustia (con/sin agorafobia)	TCC = TFA (antidepresivos) ²³	TCC < TCO (antidepresivos) ²⁴	TCC > PLF ¹⁹	TCC > PLP ¹⁹	TCC > PSI (PTce) ²⁵	TCC > LE ²⁶⁻²⁸	TCC > TH ^{29,30}
Trastorno de ansiedad generalizada	?	?	?	TCC > PLP ³¹	TCC > PSI (Tpdin) ³¹	TCC > LE ³¹	TCC > TH ³¹
Trastorno por estrés postraumático*	?	?	?	TCC > PLP ¹⁹	TCC > PSI ³²	TCC > LE ³²	TCC > TH ³²
Hipocondría	?	?	TCC > PLF ³³	?	?	TCC > LE ³⁴	?
Anorexia nerviosa**	?	?	?	TCC < PLP ³⁵	TCC > PSI (TIP) ³⁵	?	?
Bulimia nerviosa*	TCC = TFA (antidepresivos) ³⁶	TCC < TCO (antidepresivos) ³⁶	?	?	TCC > PSI ³⁷	TCC > LE ³⁷	?

Los signos “>”, “=” y “<” indican respectivamente mayor, igual o menor eficacia de la terapia cognitiva-conductual (TCC) respecto al otro procedimiento. El signo “?” indica ausencia de estudios que cumplan los criterios de inclusión para aquella comparación. En negrita, cuando las comparaciones provienen de las revisiones sistemáticas Cochrane. Véase el texto para una explicación detallada del método.

*En el trastorno por estrés postraumático y la bulimia nerviosa se utilizó para la comparación con otros tratamientos psicológicos la categoría “otras psicoterapias” de las revisiones Cochrane, que engloba tratamientos psicológicos diferentes de la TCC.

**Se incluyen para la comparación en este trastorno personas mayores de 16 años.

ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; LE: lista de espera; PLF: placebo farmacológico; PLP: placebo psicológico; PSI: otro tratamiento psicológico; PTce: psicoterapia centrada en la emoción; TCO: tratamiento combinado; TH: tratamiento habitual; TIP: terapia interpersonal; TFA: tratamiento farmacológico; Tpdin: terapia psicodinámica.

Tabla 2

Comparación de la terapia cognitivo-conductual frente a otros tratamientos en los trastornos mentales en niños/adolescentes. Eficacia postratamiento en variables principales

Trastorno	Terapia cognitivo-conductual frente a ...						
	Tratamiento farmacológico	Tratamiento combinado	Placebo farmacológico	Placebo psicológico	Otro tratamiento psicológico	Lista de espera	Tratamiento habitual
Trastorno depresivo mayor	TCC < TFA (fluoxetina) ³⁸ . TCC > TFA (sertralina) ³⁹	TCC < TCO (fluoxetina) ³⁸ . TCC = TCO (sertralina) ³⁹	TCC = PLF ³⁸	TCC > PLP ⁴⁰	TCC > PSI ⁴⁰ (TFS)	?	?
Trastorno obsesivo-compulsivo	TCC = TFA (antidepresivos) ⁴¹	TCC = TCO (antidepresivos) ⁴¹	TCC > PLF⁴¹	?	?	TCC > LE⁴¹	?
Trastornos de ansiedad (FS, TAG, TAS)	TCC = TFA (sertralina) ⁴²	TCC < TCO (sertralina) ⁴²	TCC > PLF ⁴²	TCC > PLP⁴³	?	TCC > LE⁴³	
TDAH	TCC < TFA (metilfenidato) ⁴⁴	TCC < TCO (metilfenidato) ⁴⁴	?	?	?	?	?
Trastornos de conducta (TD, TND)	?	?	?	?	?	?	?
Enuresis	TCC > TFA⁴⁵ (antidepresivos). TCC = TFA⁴⁶ (desmopresina)	TCC = TCO⁴⁶	TCC > PFA⁴⁶	?	?	TCC > LE⁴⁶	?
Encopresis	?	?	?	?	?	?	?

Los signos ">", "=" y "<" indican respectivamente mayor, igual o menor eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) respecto al otro procedimiento. El signo "?" indica ausencia de estudios que cumplan los criterios de inclusión para aquella comparación. En negrita, cuando las comparaciones provienen de las revisiones sistemáticas Cochrane.

FS: fobia social; LE: lista de espera; PLF: placebo farmacológico; PLP: placebo psicológico; PSI: otro tratamiento psicológico; TAG: trastorno de ansiedad generalizada; TAS: trastorno de ansiedad por separación; TCO: tratamiento combinado; TD: trastorno disocial; TDAH: trastorno por déficit de atención con hiperactividad; TFA: tratamiento farmacológico; TFS: terapia familiar sistémica; TH: tratamiento habitual; TND: trastorno negativista desafiante.

Las comparaciones señaladas con el signo "?" en las tablas no han podido establecerse debido a la ausencia de datos.

Resultados

Las tablas 1 y 2 resumen los resultados de la revisión. Como puede verse en la tabla 1, en muestras de adultos la TCC ha demostrado ser superior al placebo farmacológico, placebo psicológico y lista de espera en todos los trastornos en que hay datos disponibles. En aquellos trastornos en que la TCC se ha comparado con otros tratamientos psicológicos o con el tratamiento habitual, aquella también ha demostrado ser superior, excepto en el trastorno depresivo mayor, donde los datos sobre la comparación con la terapia interpersonal son discrepantes.

En las comparaciones con el tratamiento farmacológico, los resultados son variables, incluyendo superioridad de la TCC en el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), eficacia similar en el trastorno de angustia, hipocondría y bulimia nerviosa, y discrepancia en el caso del trastorno depresivo mayor. El tratamiento combinado pocas veces se ha comparado a la monoterapia con TCC, pero no siempre ofrece ventajas. Por ejemplo, en el caso del TOC, la combinación con psicofármacos no es superior a la TCC en solitario.

En la población de niños y adolescentes (tabla 2) se dispone de menos datos. De hecho, no ha sido posible establecer comparaciones para trastornos de elevada prevalencia como los trastornos de conducta. En general, en este ámbito y para los trastornos con datos disponibles, la TCC se ha mostrado superior a otros tratamientos psicológicos o al tratamiento habitual. También se ha mostrado superior a la lista de espera, al placebo farmacológico y al placebo psicológico (excepto en el trastorno depresivo mayor, en que la TCC podría no ser superior al placebo farmacológico). En la comparación con tratamiento farmacológico o combinado, se encontraron resultados dispares en función del diagnóstico, con la particularidad de que éstos no son coincidentes con los estudios en adultos (por ejemplo, en el caso del TOC en niños/adolescentes, la TCC no ha demostrado superioridad frente al tratamiento

farmacológico). Hay que destacar que los estudios en niños/adolescentes incluidos contienen diferentes formatos de aplicación (individual, grupal, familiar).

Discusión

De nuestra revisión se desprende que la TCC es el tratamiento (o uno de los tratamientos) de primera elección para un número importante de trastornos mentales no psicóticos, tanto en adultos como en niños/adolescentes, aunque su eficacia es variable según el trastorno y el procedimiento de comparación escogido. En todos los trastornos revisados, la TCC se ha mostrado superior al placebo farmacológico o psicológico, lista de espera y tratamiento habitual. Esto confirma que los efectos de la TCC, en general, no pueden explicarse únicamente por factores inespecíficos (relacionados con una buena alianza paciente/profesional o las expectativas de cambio positivo).

En todos los trastornos analizados –excepto en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños/adolescentes– la TCC se ha mostrado tan eficaz o más que la mejor opción farmacológica disponible. En el trastorno depresivo mayor, los resultados de esta comparación no son concluyentes.

Los resultados de la comparación con el tratamiento combinado (psicofarmacológico más psicológico) merecen una especial reflexión. Dado que la TCC y el tratamiento psicofarmacológico poseen una eficacia demostrada, es razonable pensar que su combinación será más eficaz que uno de los tratamientos en solitario. Aunque los tratamientos combinados pueden ser beneficiosos en algunos casos¹, los resultados de nuestra revisión y trabajos previos⁹ advierten que la recomendación de dispensar tratamientos combinados no siempre posee fundamento empírico.

Las comparaciones entre tratamientos psicológicos han sido una importante fuente de debate. Algunas revisiones concluyen que todos los tratamientos psicológicos son igual de eficaces, el llamado "efecto Dodó". No obstante, estos trabajos han sido debidamente criticados, entre otras razones por calcular la eficacia de manera global para todos los trastornos mentales. Nuestros

resultados muestran que, en la mayoría de trastornos estudiados, la TCC es superior a otros tratamientos psicológicos, excepto en el trastorno depresivo mayor, donde los datos no son concluyentes (tabla 1).

Nuestra revisión tiene algunas limitaciones importantes. En primer lugar, por motivos de espacio, no hemos incluido algunos trastornos frecuentes. En segundo lugar, algunos estudios de rigurosa metodología han sido excluidos al no cumplir nuestros probablemente estrictos métodos de selección. También es importante señalar que la ausencia de datos para algunas comparaciones no indica ausencia de eficacia. Un ejemplo notable son las fobias específicas, donde existe consenso sobre la superioridad de la TCC frente a otras opciones¹⁰, pero no existían estudios que cumplieran nuestros criterios de selección. Otra de las limitaciones es el criterio de eficacia utilizado. Nos hemos centrado en la eficacia al finalizar el tratamiento, habitualmente 12 semanas, un criterio habitual en la investigación farmacológica, pero probablemente insuficiente dado el carácter crónico de la mayoría de trastornos mentales. Desgraciadamente, los estudios controlados que comparan la eficacia a largo plazo de la TCC con otras opciones terapéuticas son muy escasos. Algunos datos indican que la TCC (una vez retirada) podría mantener sus efectos beneficiosos a largo plazo, superando en este sentido a los tratamientos farmacológicos, cuya discontinuación está asociada con mucha frecuencia con recaídas o recurrencias¹¹, aunque los resultados no son consistentes. En cualquier caso, los resultados a largo plazo (4-5 años) de la TCC demuestran que la remisión completa sostenida es infrecuente¹². Por último, además de la reducción sintomática, otras variables pueden decantar la elección por una u otra terapia, entre ellas el coste, la "aceptabilidad" (hasta qué punto el paciente acepta el tratamiento ofrecido, en comparación con otras opciones), los índices de abandono o la facilidad de acceso.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Olatunji BO, Hollon SD. Preface: the current status of cognitive behavioral therapy for psychiatric disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2010;33:13-9.
- Hollon SD. What is cognitive behavioural therapy and does it work? *Curr Opin Neurobiol.* 1998;8:289-92.
- Lynch D, Laws KR, McKenna PJ. Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychol Med.* 2010;40:9-24.
- Vieta E, Pacchiarotti I, Valenti M, Berk L, Scott J, Colom F. A critical update on psychological interventions for bipolar disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2009;11:494-502.
- Jadad AR, Cook DJ, Jones A, Klassen TP, Tugwell P, Moher M, et al. Methodology and reports of systematic reviews and meta-analyses: a comparison of Cochrane reviews with articles published in paper-based journals. *JAMA.* 1998;280:278-80.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edition - text revision. Washington, DC: APA; 1987.
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. *Guía de Prescripción Terapéutica*. Información de medicamentos autorizados en España, Sistema Nervioso Central; 2010 [consultado 6/12/2010]. Disponible en: <http://www.imedicinas.com/GPTage/Open.php?Y2EwNA%3D%3D>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. *NICE Guidelines*, Mental health and behavioural conditions; 2010. Disponible en: <http://guidance.nice.org.uk/Topic/MentalHealthBehavioural>
- Foa EB, Franklin ME, Moser J. Context in the clinic: how well do cognitive-behavioral therapies and medications work in combination? *Biol Psychiatry.* 2002;52:987-97.
- Choy Y, Fyer AJ, Lipsitz JD. Treatment of specific phobia in adults. *Clin Psychol Rev.* 2007;27:266-86.
- Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Conti S, Grandi S. Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *Am J Psychiatry.* 2004;161:1872-6.
- Durham RC, Chambers JA, Power KG, Sharp DM, Macdonald RR, Major KA, et al. Long-term outcome of cognitive behaviour therapy clinical trials in central Scotland. *Health Technol Assess.* 2005;9:1-174.
- Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, Blackburn IM. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord.* 1998;49:59-72.
- Cuijpers P, van Straten A, van Oppen P, Andersson G. Are psychological and pharmacologic interventions equally effective in the treatment of adult depressive disorders? A meta-analysis of comparative studies. *J Clin Psychiatry.* 2008;69:1675-85. quiz 1839-1641.
- Ekers D, Richards D, Gilbody S. A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychol Med.* 2008;38:611-23.
- Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76:909-22.
- Luty SE, Carter JD, McKenzie JM, Rae AM, Frampton CM, Mulder RT, et al. Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *Br J Psychiatry.* 2007;190:496-502.
- Foa EB, Liebowitz MR, Kozak MJ, Davies S, Campeas R, Franklin ME, et al. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 2005;162:151-61.
- Hofmann SG, Smits JA. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry.* 2008;69:621-32.
- Van Balkom AJ, de Haan E, van Oppen P, Spinhoven P, Hoogduin KA, van Dyck R. Cognitive and behavioral therapies alone versus in combination with fluvoxamine in the treatment of obsessive compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis.* 1998;186:492-9.
- Gava I, Barbui C, Aguglia E, Carlino D, Churchill R, De Vanna M, et al. Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database Syst Rev.* 2007(2):CD005333.
- Clark DM, Ehlers A, Hackmann A, McManus F, Fennell M, Grey N, et al. Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2006;74:568-78.
- Bandelow B, Seidler-Brandler U, Becker A, Wedekind D, Ruther E. Meta-analysis of randomized controlled comparisons of psychopharmacological and psychological treatments for anxiety disorders. *World J Biol Psychiatry.* 2007;8:175-87.
- Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007(1):CD004364.
- Shear MK, Houck P, Greeno C, Masters S. Emotion-focused psychotherapy for patients with panic disorder. *Am J Psychiatry.* 2001;158:1993-8.
- Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, Middleton H, Anastasiadis P, Gelder M. A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *Br J Psychiatry.* 1994;164:759-69.
- Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, Wells A, Ludgate J, Gelder M. Brief cognitive therapy for panic disorder: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 1999;67:583-9.
- Kenardy JA, Dow MG, Johnston DW, Newman MG, Thomson A, Taylor CB. A comparison of delivery methods of cognitive-behavioral therapy for panic disorder: an international multicenter trial. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71:1068-75.
- Addis ME, Hatgis C, Krasnow AD, Jacob K, Bourne L, Mansfield A. Effectiveness of cognitive-behavioral treatment for panic disorder versus treatment as usual in a managed care setting. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72:625-35.
- Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB, Sullivan G, Bystritsky A, Katon W, et al. A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:290-8.
- Hunot V, Churchill R, Silva de Lima M, Teixeira V. Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007(1):CD001848.
- Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev.* 2007(3):CD003388.
- Greeven A, van Balkom AJ, Visser S, Merkelbach JW, van Rood YR, van Dyck R, et al. Cognitive behavior therapy and paroxetine in the treatment of hypochondriasis: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry.* 2007;164:91-9.
- Thomson AB, Page LA. Psychotherapies for hypochondriasis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007(4):CD006520.
- Hay P, Bacaltchuk J, Claudino A, Ben-Tovim D, Yong PY. Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003(4):CD003909.
- Bacaltchuk J, Hay P. Antidepressants versus placebo for people with bulimia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003(4):CD003391.
- Hay PJ, Bacaltchuk J. Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003(1):CD000562.
- March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, et al. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA.* 2004;292:807-20.
- Melvin GA, Tonge BJ, King NJ, Heyne D, Gordon MS, Klimkeit E. A comparison of cognitive-behavioral therapy, sertraline, and their combination for adolescent depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006;45:1151-61.
- Brent DA, Holder D, Kolko D, Birmaher B, Baugher M, Roth C, et al. A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Arch Gen Psychiatry.* 1997;54:877-85.

41. O'Kearney RT, Anstey KJ, von Sanden C. Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006(4):CD004856.
42. Walkup JT, Albano AM, Piacentini J, Birmaher B, Compton SN, Sherrill JT, et al. Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *N Engl J Med.* 2008;359:2753-66.
43. James A, Soler A, Weatherall R. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005(4):CD004690.
44. Van der Oord S, Prins PJ, Oosterlaan J, Emmelkamp PM. Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2008; 28:783-800.
45. Glazener CM, Evans JH, Peto RE. Tricyclic and related drugs for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003(3):CD002117.
46. Glazener CM, Evans JH, Peto RE. Alarm interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005(2):CD002911.