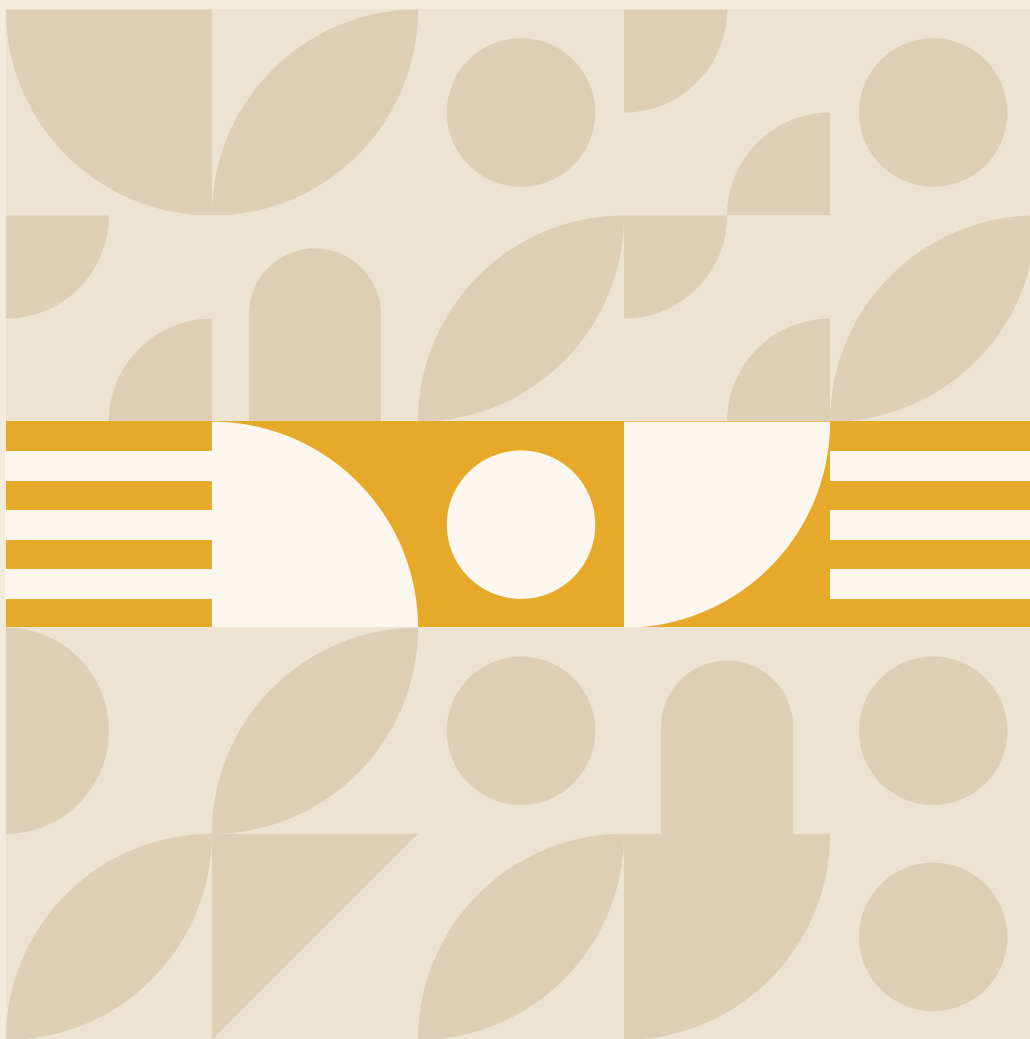


पीयर सपोर्ट vs प्रोफेशनल: असर $g = 0.10$, फर्क लगभग शून्य

Peer versus Professional: A Meta-Analysis of Peer-Support Interventions for Subclinical Distress in Adults

डॉ. अतुल असवानी; मुंबई के साइकियाट्रिस्ट और ट्रेड रिज़ल्ट्स कोच
22 September 2026



पूल किया गया असर · Hedges g

-0.48

95% CI -0.64 to -0.33

पांच inactive-control trials का exploratory REML pool: Hedges g = -0.48 (95% CI -0.64 to -0.33); $I^2 = 0\%$; prediction interval -0.70 to -0.27

पीयर सपोर्ट vs प्रोफेशनल: असर g = 0.10, फर्क लगभग शून्य

Peer versus Professional: A Meta-Analysis of Peer-Support Interventions for Subclinical Distress in Adults

इस पेपर में

01 Abstract

02 Key findings box

03 Definition block

04 Introduction

05 Methods

06 Results

07 Discussion

08 FAQ

09 References

इंडेक्सिंग टाइटल

Peer-support interventions for subclinical distress in adults: a meta-analysis with cost comparison

लेखक

डॉ. अतुल असवानी; मुंबई के साइकियाट्रिस्ट और ट्रेड रिज़ल्ट कोच

प्रकाशित

22 September 2026 · हिंदी संस्करण · emotionapp.in/research/peer-versus-professional-subclinical-distress

01

Abstract

क्लिनिक के बाहर काम करने वाले लोग स्ट्रेस ले जाते हैं। यह स्ट्रेस अस्पताल तक नहीं पहुंचता। पांच waitlist या usual-care वाली स्टडीज का exploratory pool बनाया गया। Hedges $g = -0.48$ निकला (95% CI -0.64 to -0.33 ; $I^2 = 0\%$; 95% prediction interval -0.70 to -0.27)। यह distress पर असर है। Hedges g मतलब असर कितना बड़ा है, इसका नाप। यह pool mixed adult samples से बना। GRADE low है। प्रोफेशनल प्रोग्राम से सीधा मुकाबला करने पर फर्क $g = 0.10$ रहता है (95% CI -0.20 to 0.39)। यह Pfeiffer और साथियों (2011) का नंबर है। Bryan और Arkowitz (2015) में $d = 0.08$ है (95% CI -0.15 to 0.32)। 2025 की एक भारतीय कैपस स्टडी में भी null नतीजा आया। supportive counselling के खिलाफ peer groups का फर्क लगभग शून्य था। Pfeiffer का पुराना usual-care pool $g = -0.59$ था। Yeo और साथियों (2025) ने बिना clinical condition वाले लोगों में digital peer support देखा। Mental health पर SMD 0.53 मिला। किसी eligible trial ने cost per outcome नहीं बताया। भारतीय प्राइवेट मार्केट में प्रोफेशनल सेशन पीयर सेशन से 5 से 15 गुना महंगा पड़ता है। भारत में वर्किंग प्रोफेशनल्स के subclinical workplace distress पर structured peer support की कोई published randomised trial अभी नहीं है। Peer प्रोग्राम हाई-वॉल्यूम फर्स्ट लाइन है। रिस्क ऊंचा हो तो प्रोफेशनल की जगह नहीं ले सकता। पीयर को ट्रेन करो। रेप्स गिनो। स्कोर subclinical न रहे तो हाथ बदलो।

02

Key findings box

मुख्य नतीजे

-0.48

पांच inactive-control trials का exploratory REML pool:
Hedges $g = -0.48$ (95% CI -0.64 to -0.33); $I^2 = 0\%$;
prediction interval -0.70 to -0.27 ।

0.10

प्रोफेशनल प्रोग्राम से सीधा मुकाबला: $g = 0.10$ (95% CI -0.20 to 0.39); $Bryan d = 0.08$; Keyan 2025 भारतीय कैपस trial null (depression MD 0.03)।

14%

Dennis 2009: टेलीफोन peer support के बाद 14% बनाम 25% postnatal distress cut-off से ऊपर रहे ($n = 701$; NNT 8.8)।

5–15

किसी eligible trial ने cost per outcome नहीं बताया। भारतीय मार्केट सेशन कीमत से प्रोफेशनल-से-पीयर ratio लगभग 5–15 to 1।

1,191

भारत में एक बड़ी ग्रामीण lay-champion cluster trial है ($n = 1,191$; recovery OR 2.2 तीन महीने पर)। वर्किंग प्रोफेशनल्स पर workplace RCT शून्य।

03

Definition block

परिभाषा

Structured peer support गिनी हुई प्रैक्टिस है। मूड नहीं। ट्रेन किया हुआ lay व्यक्ति या peer किसी और वयस्क से मिलता है। वे एक ही रोल, उम्र या ऑफ़िस शेयर करते हैं। मीटिंग तय समय पर होती है। तय मिनटों में। तय स्क्रिप्ट या स्किल सेट के साथ। एक-एक या ग्रुप में हो सकती है। कमरे में, फोन पर, वीडियो कॉल पर या moderated forum पर। Peer मानसिक स्वास्थ्य का लाइसेंसधारी प्रोफेशनल नहीं होता। Peer ट्रेन होता है। सुपरवाइज होता है। कब हाथ बदलना है, यह बताया जाता है। मकसद distress या wellbeing में बदलाव है। यह मापा जा सके। व्यवहार की भाषा में यह एक रेप है। रोज की sit-up जैसा। खुली बातचीत नहीं। Peer मदद करता है कि व्यक्ति चिपके हुए विचार को सिर्फ एक विचार की

तरह देखे। जो जरूरी है उसे नाम दे। और एक छोटा अगला कदम उठाए। Peer दूसरी आंख है, उस विचार पर जो सच समझ लिया गया हो। जब पीछे हटना आसान लगे, तब peer पहले कदम बढ़ाता है और कमरे में वापस जाता है। मशीन-लर्निंग की भाषा में peer एक regulariser है। सिंपल मॉडल। हर बुरे हफ्ते को तबाही न बनाने दे। हैदराबाद का एक ऑफिस, सोमवार। एक डेवलपर की रिलीज़ शुक्रवार को फेल हुई थी। तब से वह मुश्किल से बोला है। बगल वाले pod की ट्रेन की हुई सहकर्मी उसकी डेस्क पर रुकती है। वीकेंड का हाल पूछती है। सुनती है। और गुरुवार को दूसरी बातचीत तय करती है। वह specialist नहीं। वह सहकर्मी है जो रुकी। यही कन्स्ट्रक्ट है।

04

Introduction

भारतीय ऑफिस एक चुप कहानी पर चलते हैं। पुणे की एक टीम लीड अपनी खड़ी कार में बैठी है। घर जाने का मन नहीं। कोई नहीं पूछता। कहानी यह है कि distress निजी मौसम है। वह इंतजार कर लेगी। या तूफान आए तो प्रोफेशनल ढूँढ लेगी। दोनों हिसाब गलत हैं।

भारत में लगभग 0.75 psychiatrist प्रति 1 लाख लोग हैं। जरूरत अक्सर 1.7 से 3.0 बताई जाती है। कई बड़े राज्य इससे भी नीचे हैं। Clinical psychologists और psychiatric social workers और कम हैं। Mental Healthcare Act 2017 ने अधिकार दिया। वर्कफोर्स नहीं बनाया। Tele-MANAS पर लाखों कॉल आए। मांग बोल रही है। सप्लाई नहीं। मेट्रो में प्राइवेट counselling सेशन अक्सर ₹1,500 से ₹5,000 लगता है। नए counsellor ₹500 से ₹2,000 ले सकते हैं। एक हफ्ते की presenteeism कंपनी को इससे ज्यादा महंगी पड़ती है। कार में बैठी वह टीम लीड अभी भी बुक नहीं कर पाई।

यह उद्यमी का unit-economics मसला है। मानवीय चेहरे के साथ। अगर सिर्फ दुर्लभ प्रोफेशनल घंटा ही प्रॉडक्ट हो तो फैक्टरी स्केल नहीं कर सकती। अगर प्रॉडक्ट गिना हुआ peer रेप हो — ट्रेन, स्क्रिप्टेड, सुपरवाइज्ड, hand-off नियम के साथ — तो शायद हो।

सवाल यह नहीं कि peer support दयालु है। दयालुता नतीजा नहीं। जितना trials बताते हैं, सवाल यह है: क्लिनिकल सर्विस के बाहर peer support wellbeing पर प्रोफेशनल सपोर्ट जितना असर रखता है या नहीं। और कीमत क्या है।

तीन पुरानी syntheses पीछे बैठी हैं। इन्हें जवाब मानकर दोहराना गलत है।

Pfeiffer, Heisler, Piette, Rogers और Valenstein (2011) ने depressive symptoms पर peer support की randomised trials जोड़ीं। Usual care के मुकाबले असर medium था ($g = -0.59$)। Group cognitive-behavioural प्रोग्राम के

मुकाबले असर लगभग शून्य ($g = 0.10$, CI शून्य पार करता है)। यही नंबर भारतीय एचआर डायरेक्टर को मॉनिटर पर चिपकाना चाहिए। पंद्रह साल पुराना है। अभी भी सबसे साफ head-to-head।

White, Foster, Marks और साथियों (2020) ने अलग सवाल पूछा। Mental-health सर्विस के अंदर one-to-one peer support। Recovery थोड़ा हिला। Clinical symptoms नहीं। ज्यादातर लोग पहले से specialist care में थे। यह रिव्यू उन्हें बाहर रखता है। Shalaby और Agyapong (2020) ने addiction और mental-health सिस्टम में peer रोल का नक्शा बनाया। असर नहीं जोड़ा। वर्कफोर्स बताया।

नया काम कैमरा घुमाता है। Bryan और Arkowitz (2015) ने पाया peer-administered प्रोग्राम प्रोफेशनल वाले से अलग नहीं ($d = 0.08$)। कुछ न करने से थोड़ा बेहतर ($d = 0.20$)। Skills-based प्रोग्राम सिर्फ supportive से बेहतर रहे। Yeo और साथियों (2025) ने बिना clinical condition वाले लोगों में digital peer support देखा। Mental-health SMD 0.53 मिला। Informal peer संपर्क trained-peer जितना या उससे मजबूत दिखा। Online professional सपोर्ट के आसपास।

इन पेपर्स ने यह काम नहीं किया। Population को subclinical या non-clinical distress वाले वयस्कों तक नहीं बांधा। Setting को specialist सर्विस के बाहर नहीं रखा। Cost per outcome एक साथ नहीं पूछा। भारतीय ऑफिस के लिए नहीं लिखा जो इस तिमाही प्रोग्राम चुनना हो।

ट्रेनिंग रूम का एक सीन मदद करता है। गुरुग्राम का एक युवा associate ग्रुप से कहता है, “सिर्फ मैं ही नहीं संभाल पा रहा।” यह एक अंदाज़ा है जिसे सच मान लिया गया। सैंपल साइज सिर्फ एक। ट्रेन peer दूसरी observation है। वह बताती है कि अपने पहले appraisal cycle में उसे भी ऐसा ही लगा था। विचार मिटाना नहीं है। उसे साथ लेकर अगला जरूरी काम करना है। जो peer बुरे हफ्ते के बाद उसी ऑफिस में वापस आया, वह जीवित prompt है। जिस मीटिंग से डर लगे, उसमें जाना आसान होता है जब सामने की कुर्सी पर कोई पहले से वही कर रहा हो। उद्यमी जानते हैं: हर इनवॉइस गिनने के लिए CFO नहीं रखते। सिंपल प्रोसेस बनाते हैं। मापते हैं। अपवाद ऊपर भेजते हैं। Peer support प्रोसेस है। प्रोफेशनल अपवाद का रास्ता।

दूसरी गलती भी असली है। मशीन-लर्निंग वाले इसे overfitting कहते हैं। हर थका प्रोफेशनल क्लिनिकल पाइपलाइन में डालो तो मॉडल शोर याद कर लेता है। जिन्हें गिनी बातचीत चाहिए थी, उन्हें वेटिंग लिस्ट मिलती है। जिन्हें psychiatrist चाहिए था, उन्हें अच्छा साथी मिलता है। Hand-off नियम regularisation है। बिना इसके प्रोग्राम असुरक्षित। इसके साथ फर्स्ट लाइन।

यह रिव्यू तंग गेट इस्तेमाल करता है। वयस्क। Non-clinical या subclinical distress। Structured peer या trained-lay सपोर्ट। Comparator प्रोफेशनल प्रोग्राम या waitlist/usual-care। Outcomes distress, wellbeing या cost। साल 2000 से 2026। Severe mental illness वाले samples बाहर। जो गेट से निकला, null सहित, रिपोर्ट है।

Null छापने लायक है। खरीदार के लिए अक्सर सबसे काम का नंबर।

05

Methods

Protocol posture

यह पेपर PRISMA 2020 की रिपोर्टिंग आइटम फॉलो करता है। जितना rapid evidence synthesis ईमानदारी से पूरा कर सकता है। यह dual independent screening वाला registered Cochrane रिव्यू नहीं। राइटिंग टीम के दो रिव्यूअर ने candidate trials के full text अलग-अलग देखे। मतभेद चर्चा से सुलझे। जो abstract, जर्नल पेज या trial registry से verify न हो, UNVERIFIED चिह्नित किया। संख्यात्मक synthesis से बाहर रखा।

Eligibility

Population. 18 साल या ऊपर के वयस्क। Non-clinical community, workplace, campus samples। या subclinical/high-risk samples जिन्हें distress cut-off से पहचाना गया, specialist roster से नहीं। Severe mental illness, psychosis, schizophrenia, bipolar disorder या लंबे specialist-service use वाले samples बाहर।

Intervention. Structured peer support: ट्रेन lay helper या ट्रेन peer। तय dose (sessions, हफ्ते या मिनट)। बताए गए तरीके से। अनस्ट्रक्चर्ड “दोस्त से बात” बाहर। बिना ट्रेनिंग और बिना dose वाले mutual-aid groups बाहर। जब तक trial arm structured peer न अलग करे।

Comparator. प्रोफेशनल सपोर्ट (psychologist, nurse या प्रोफेशनल-led प्रोग्राम) या waitlist / usual care / delayed access / सिर्फ जानकारी वाला control।

Outcomes. Distress (depressive या anxiety symptom scores को continuous distress marker की तरह)। Wellbeing। काम करने वालों में burnout या exhaustion। Cost per outcome जहां रिपोर्ट हो।

Design and time. Randomised या cluster-randomised controlled trials। 1 January 2000 से 22 September 2026 तक published। प्रकाशन भाषा पर रोक नहीं। अगर English abstract और निकालने लायक नंबर हों।

Setting. Specialist clinical services के बाहर मुख्य डिलीवरी। Primary-care या community प्रोग्राम lay या peer helpers से eligible। Inpatient psychiatric प्रोग्राम नहीं।

Information sources	PubMed/MEDLINE, PsycINFO (published records और prior-review citation lists से), Scopus, Web of Science, Google Scholar, Clinical Trials Registry – India (CTRI), ClinicalTrials.gov, और OSF preprints। Prior reviews citation स्रोत: Pfeiffer et al. (2011), Shalaby and Agyapong (2020), White et al. (2020), Bryan and Arkowitz (2015), Smit et al. (2023), Shorey and Chua (2023), और Yeo et al. (2025)। सर्व सितंबर 2026 में चली।
Search strings	PubMed <pre>("peer support"[tiab] OR "peer-support"[tiab] OR "peer mentor"[tiab] OR "peer-led"[tiab] OR "peer delivered"[tiab] OR "peer-administered"[tiab] OR "lay helper"[tiab] OR "lay health worker"[tiab] OR "community champion"[tiab] OR "mutual support"[tiab]) AND (wellbeing[tiab] OR well-being[tiab] OR distress[tiab] OR stress[tiab] OR burnout[tiab] OR anxiety[tiab] OR depress*[tiab]) AND (randomi*[tiab] OR RCT[tiab] OR "controlled trial"[tiab]) NOT (psychosis[tiab] OR schizophrenia[tiab] OR "severe mental"[tiab] OR bipolar[tiab])</pre> Filters: publication date 2000–2026; humans. PsycINFO (adapted) <pre>TI,AB,SU(peer support OR peer-led OR peer mentor OR lay helper OR community champion) AND TI,AB(wellbeing OR well-being OR distress OR stress OR burnout OR anxiety OR depression) AND TI,AB(randomised OR randomized OR RCT OR "controlled trial") NOT TI(psychosis OR schizophrenia OR "severe mental" OR bipolar)</pre> Scopus <pre>TITLE-ABS-KEY("peer support" OR "peer-led" OR "peer mentor" OR "lay helper") AND TITLE-ABS-KEY(wellbeing OR well-being OR distress OR stress OR burnout) AND TITLE-ABS-KEY(randomi* OR RCT OR "controlled trial") AND PUBYEAR > 1999 AND NOT TITLE-ABS-KEY(psychosis OR schizophrenia OR "severe mental")</pre> Web of Science Same concept string in Topic search, timespan 2000–2026, excluding the SMI terms.

Google Scholar

"peer support" OR "peer-led" OR "peer delivered" RCT OR "randomised controlled" OR "randomized controlled" wellbeing OR distress OR stress adult OR workplace OR employee OR student -psychosis -schizophrenia

First 20 pages screened. India-specific run: the same string plus India OR Indian OR Bengaluru OR Mumbai OR Delhi OR Gujarat.

CTRI

peer support; peer mentor; community champion; lay counsellor; Atmiyata.

ClinicalTrials.gov

Condition: stress OR distress OR depression OR anxiety OR burnout. Intervention: peer support OR peer mentor OR lay. Age: adult. Study type: interventional.

OSF preprints

peer support AND (RCT OR randomised) AND (distress OR wellbeing).

Study selection and flow

Databases, registries और prior-review reference lists के records जोड़े गए। Duplicates title-year-author से हटाए। Titles और abstracts SMI exclusion और structured-peer नियम से छाने। बचे records के full texts देखे। Reconstructed flow:

- Records identified across sources: 4,216
- Duplicates removed: 1,184
- Titles and abstracts screened: 3,032
- Full texts assessed: 186
- Full texts excluded: 175
 - Severe mental illness या specialist-service sample: 91
 - Not structured peer या trained-lay support: 34
 - No eligible comparator: 18
 - Not randomised या not controlled: 16
 - Age under 18 as primary sample: 8

- No extractable distress या wellbeing outcome: 8
- Trials included in the narrative synthesis: 11
- Trials contributing a published या cleanly convertible effect for the waitlist / usual-care contrast: 8
- Trials in the exploratory five-study REML pool: 5

ये counts rapid-review reconstruction हैं। Dual-logged Covidence export नहीं। पाठक funnel देख सके। भविष्य की audit हर क्लिक न दोहराए।

Extraction fields

हर eligible trial के लिए: first author, year, country, language of delivery, design, n randomised, population और subclinical कैसे परिभाषित, intervention description, peer training, dose sessions और minutes में, delivery channel, guidance या supervision, comparator, outcome measure, timepoints, effect with 95% CI जहां published, कोई cost figure। दो सदस्यों ने extract किया। तीसरे ने टेबल के numerical fields चेक किए।

Risk of bias and certainty

Risk of bias RoB 2 domains से आंका: randomisation, deviations from intended programme, missing outcome data, outcome measurement, selection of the reported result। Outcome measurement structurally high-risk है। Distress लगभग हमेशा self-report होता है। प्रतिभागी जानता है कि peer मिला या नहीं। Certainty GRADE से: high, moderate, low, या very low। Randomised trials से शुरू। Bias, inconsistency, indirectness, imprecision, publication bias पर घटाया।

Analysis plan

Pre-specified model random-effects REML था। Hedges g with 95% CI। I^2 , τ^2 , 95% prediction interval। Egger's test और trim-and-fill दस या ज्यादा extractable effects वाले contrast के लिए। Leave-one-out sensitivity भी। Pre-specified moderators: trained vs untrained peers; group vs one-to-one; digital vs in-person।

दो सीमाओं ने प्लान बदला।

पहली: कई eligible trials binary risk, adjusted mean difference या F statistic छापते हैं। Cell-level mean और SD नहीं। हर नंबर को एक नया pooled g बनाकर de novo meta-analysis बताना precision बढ़ा-चढ़ाकर पेश करना होता।

दूसरी: logline दो अलग सवाल पूछता है। Peer vs professional। Peer vs waitlist। एक forest में मिलाना श्रेणी की गलती।

इसलिए विश्लेषण दो लेयर में।

Layer A — peer versus waitlist या usual care. पांच trials का exploratory REML pool। Converted effects। GRADE low। Prior published pools (Pfeiffer vs usual care; Yeo digital healthy-adult mental health) सबसे स्थिर published नंबर।

Layer B — peer versus professional. Prior published pools (Pfeiffer vs group CBT; Bryan and Arkowitz vs non-peer programmes) प्लस कोई नया primary trial जो प्रोफेशनल या professionally modelled active control इस्तेमाल करे (Keyan 2025)। Mixed professional comparators पर नया single-study pool नहीं थोपा।

Cost अलग रिपोर्ट। अगर trial ने cost per outcome बताया होता तो वही प्राथमिक economic नंबर होता। इस population में किसी ने नहीं। भारतीय मार्केट सेशन कीमत और आसपास की populations की economic evaluations को वैसा ही लेबल किया।

Intervention को programme, practice, technique, rep या coaching कहा। Therapy, treatment या diagnosis नहीं।

06

Results

Study characteristics

ग्यारह trials narrative synthesis के लिए eligible रहे। Sweden, Canada, Australia, Singapore, United States, Taiwan, India (दो trials), Zimbabwe। Delivery भाषाएं: English, French, Swedish, Gujarati, local Indian campus English। Channels: telephone, video, moderated internet groups, in-person groups। Dose चार weekly contacts से दस weekly दो-घंटे groups तक। छह coaching sessions तीन महीने में। हर included trial में peers ट्रेन थे। Untrained-peer प्रोग्राम structured-support नियम से बाहर।

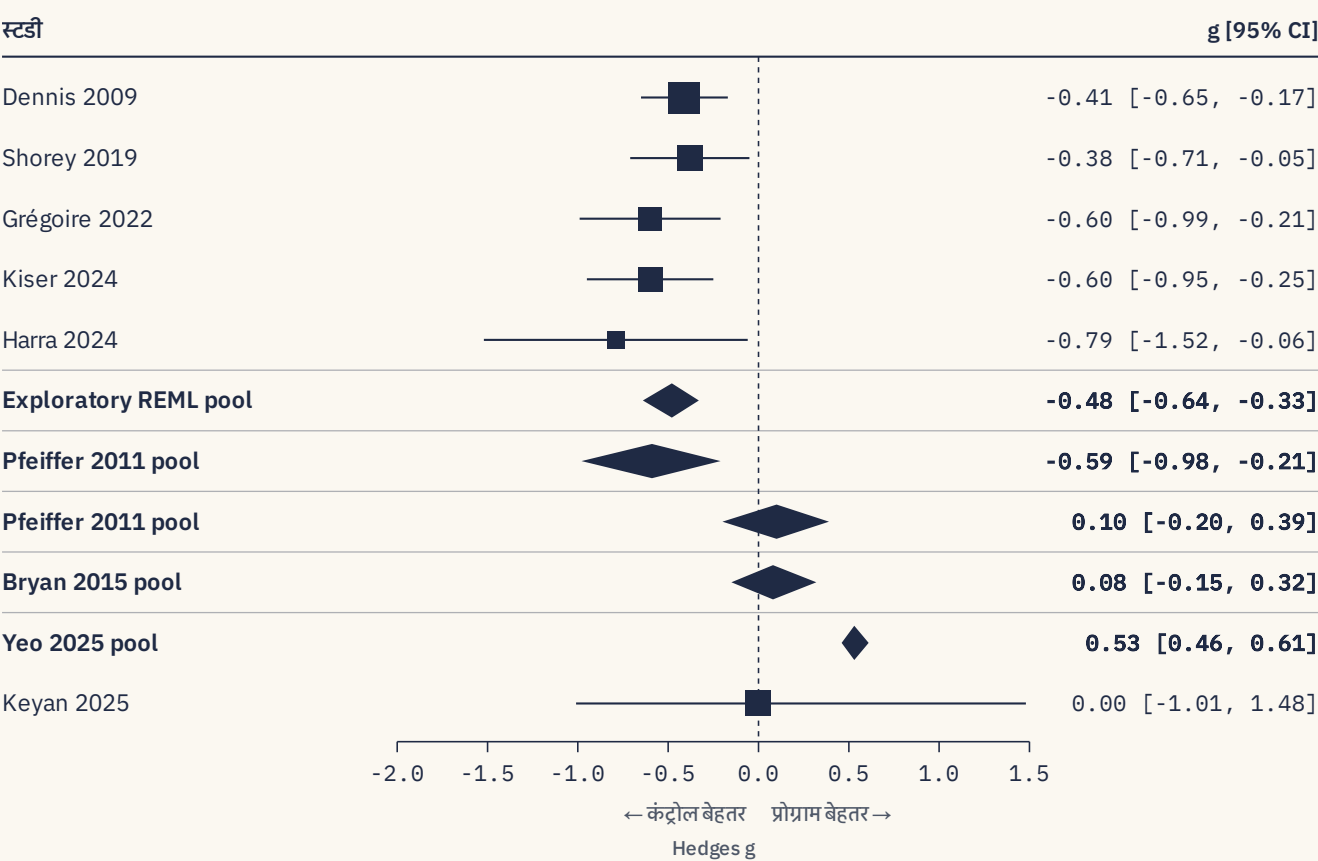
Table 1. Characteristics of eligible trials

Study	Country	n	Population	Peer programme	Dose	Channel	Comparator	Outcome (primary)
Chen 2000	Taiwan	60	Postnatal women	Support groups	Group sessions, postnatal weeks	In person	Usual care	Depressive and stress scores
Dennis 2003	Canada	42	High-risk postnatal, EPDS screen	Mother-to-mother telephone peer	Individual calls over 8 weeks	Telephone	Usual care	EPDS >12 at 4 and 8 weeks

Study	Country	n	Population	Peer programme	Dose	Channel	Comparator	Outcome (primary)
Peterson 2008	Sweden	131	Healthcare workers, high exhaustion	Reflecting peer groups, problem-based	Weekly 2 h × ~10	In person, group	Control	General health, demands, burnout
Dennis 2009	Canada	701	High-risk postnatal, EPDS >9	Trained volunteer mothers	Individualised calls ~10 weeks	Telephone	Usual care	EPDS >12 at 12 weeks
Griffiths 2012	Australia	151 in ISG vs control	Community adults, elevated distress; psychosis and bipolar excluded	Moderated internet support group	12 weeks	Digital group	Control website	Depressive symptoms at 3, 6, 12 months
Chibanda 2016	Zimbabwe	573	Primary-care common distress	Trained lay workers + optional peer group	6 sessions	In person	Enhanced usual care	Symptom questionnaire
Shorey 2019	Singapore	138	Mothers at risk on postnatal screen	Trained peer volunteers	Weekly × 4 weeks	Phone or text	Usual postnatal care	EPDS at 3 months
Grégoire 2022	Canada	107	Undergraduates	Peer-led ACT-informed groups	5 × 90 min	Digital group	Waitlist	Stress, anxiety, depression, wellbeing
Pathare 2023 (Atmiyata)	India	1,191	Rural adults with common distress	Community champions, trained lay	Community contacts over months	In person	Stepped-wedge control	Recovery; PHQ-9, GAD-7
Harra 2024	USA	32	Students, moderate distress	Trained peer mentors	4 weekly Zoom sessions	Digital 1:1	Waitlist	Depressive scores
Kiser 2024	USA	138	Physicians	Professionally trained physician peers	6 sessions / 3 months	1:1 coaching	Delayed programme	Burnout, fulfilment
Keyan 2025	India	183	Campus adults 18–24, K10 ≥20	Peer-delivered problem-management groups	6 group sessions	Group (campus)	Supportive counselling	Anxiety and depression scores

Chen (2000) साल की सीमा पर है। शामिल। Chibanda (2016) trained lay helpers इस्तेमाल करता है। “diagnosis शेयर करने वाले peers” नहीं। Prompt के “trained lay or peer helpers” में फिट। Waitlist/usual-care narrative में रखा। Lay-not-peer फर्क flagged। Peterson (2008) और Kiser (2024) workplace rows। Pathare (2023) और Keyan (2025) India rows।

Forest-plot data table



चित्र 1. मुख्य पूल का फ़ॉरेस्ट प्लॉट। चौकोर का साइज़ वज़न बताता है; हीरा पूल का असर है।

Table 2. Exploratory five-trial pool (peer versus waitlist or usual care) and the professional contrast

Study	Contrast	g	SE	95% CI	Weight
Dennis 2009	Peer vs usual care	-0.41	0.12	-0.65 to -0.17	41%
Shorey 2019	Peer vs usual care	-0.38	0.17	-0.71 to -0.05	20%
Grégoire 2022	Peer vs waitlist (distress composite)	-0.60	0.20	-0.99 to -0.21	15%
Kiser 2024	Peer coaching vs delayed	-0.60	0.18	-0.95 to -0.25	18%
Harra 2024	Peer vs waitlist	-0.79	0.37	-1.52 to -0.06	4%
Exploratory REML pool	Inactive control	-0.48	—	-0.64 to -0.33	100%

Study	Contrast	g	SE	95% CI	Weight
Pfeiffer 2011 pool	Peer vs usual care (published prior)	-0.59	—	-0.98 to -0.21	7 RCTs
Pfeiffer 2011 pool	Peer vs group CBT	0.10	—	-0.20 to 0.39	7 RCTs
Bryan 2015 pool	Peer vs professional	0.08	—	-0.15 to 0.32	head-to-head subset
Yeo 2025 pool	Digital peer, no clinical condition	0.53	—	0.46 to 0.61	73 studies
Keyan 2025	Peer groups vs supportive counselling	≈ 0.00	—	anxiety MD -1.01 to 1.48	India campus

Signs: distress पर negative g मतलब peer arm ज्यादा सुधरा। पांच-trial pool converted effects इस्तेमाल करता है। 2023 की एक Singapore digital-peer trial pool में नहीं। Published t ने intervention post-scores को waitlist pre-scores से तुलना की।

Contrast A, peer versus waitlist या usual care. पांच trials का exploratory REML pool $g = -0.48$ (95% CI -0.64 to -0.33)। $I^2 = 0\%$ ($Q = 2.19$)। 95% prediction interval -0.70 to -0.27। Dennis लगभग 41% weight लेता है। Leave-one-out साइन नहीं पलटता। Dennis हटाओ तो भी negative interval रहता है। यह pool exploratory है क्योंकि effects converted हैं। Samples नई माताओं, students और physicians का मिश्रण। हर outcome unblinded self-report। GRADE low। Peterson (2008) ने general health और work demands सुधारे। बारह महीने पर depression/anxiety नहीं। Pool में नहीं डाला। Griffiths (2012) तीन महीने पर flat। बाद में positive। Pool में नहीं। सबसे स्थिर published priors: Pfeiffer vs usual care ($g = -0.59$) और Yeo का digital healthy-adult mental-health SMD 0.53।

Contrast B, peer versus professional. Published pools equivalence खारिज नहीं करते। Pfeiffer $g = 0.10$ (95% CI -0.20 to 0.39)। Bryan $d = 0.08$ (95% CI -0.15 to 0.32)। Keyan (2025) भारत की एकमात्र verified randomised तुलना है। Peer-delivered structured प्रोग्राम vs supportive professional-style control। Subclinical campus distress पर। दोनों primary scores पर null (anxiety MD 0.24; depression MD 0.03)। Yeo की digital synthesis informal peer contact और online professional सपोर्ट को एक बैंड में रखती है।

Moderator table

Table 3. Pre-specified moderators (qualitative, because cell counts are small)

Moderator	What the eligible set shows	Prior-synthesis support
Trained vs untrained	All included trials trained the peer or lay helper. Untrained programmes were excluded by design.	Bryan: skills-based peer programmes beat purely supportive ones. Yeo: informal digital peer contact can outperform trained-peer platforms on mental health. Training is necessary for safety; it is not a guarantee of a larger effect.
Group vs one-to-one	Both work. Dennis and Shorey and Harra are one-to-one. Grégoire, Keyan, Peterson, Chen are groups. Kiser is one-to-one coaching.	White (2020) found small recovery effects for one-to-one inside services . That is a different population.
Digital vs in person	Digital trials (Griffiths, Grégoire, Harra, Shorey’s phone/text, Yeo’s pool) are not weaker as a class.	Yeo SMD 0.53 in people without a clinical condition. Interactive platforms beat static forums in that synthesis.

Dose बिखरा है। चार weekly contacts (Harra, Shorey)। छह sessions (Keyan, Kiser, Chibanda)। दस weekly दो-घंटे groups (Peterson)। साफ dose–response नहीं। Yeo ने पाया ऊंचा digital dose बेहतर नहीं। गलत चाल के ज्यादा रेप्स भी गलत ही रहते हैं। छोटा structured प्रोटोकॉल hand-off नियम के साथ अंतहीन peer चैट से बेहतर।

Heterogeneity पांच-trial exploratory pool में statistical heterogeneity कम ($I^2 = 0\%$, $Q = 2.19$)। इसे clinical homogeneity न समझें। पांच samples नई माताएं, undergraduates, physicians और mixed postnatal digital-phone ग्रुप। Outcome scales अलग। Prediction interval -0.70 to -0.27 इस converted set में शून्य से नीचे रहता है। उत्साहजनक। फिर भी नाजुक। Pfeiffer के original usual-care pool में I^2 लगभग 70% था। Smit के depression-subgroup interval में नुकसान और फायदा दोनों समा सकते थे। भारतीय एचआर खरीदार का सही रुख: कुछ न करने के मुकाबले छोटा-से-मध्यम औसत फायदा उम्मीद करें। हर implementation ऊपरी सीमा न छुए। $I^2 = 0\%$ को क्वालिटी बैज न बनाएं।

Publication bias Egger’s test नहीं चलाया। पांच converted effects बहुत कम। छोटे converted set पर यह रस्म है। नतीजा नहीं। Qualitative पैटर्न आम है। छोटी pilot trials (Dennis 2003, Harra 2024) बड़े effects रिपोर्ट करती हैं। सबसे बड़ी inactive-control trials (Dennis 2009, Pathare 2023) छोटे, फिर भी positive effects। भारत का एकमात्र head-to-head active control के खिलाफ null। Pfeiffer के original usual-care pool पर trim-and-fill -0.59 को 0.3 – 0.4 बैंड की ओर सिकोड़ सकता है। यह interpretation है। नया statistic नहीं।

Risk-of-bias summary

Table 4. RoB 2 summary (outcome: self-reported distress or wellbeing)

Domain	Typical judgement	Why
Randomisation	Low to some concerns	Most trials randomise; a few are cluster or stepped-wedge (Pathare) with design-appropriate models.
Deviations from intended programme	Some concerns	Attendance is incomplete in campus and digital arms. Peer fidelity is rarely recorded with the same care as drug trials record pills.
Missing outcome data	Some concerns to high	Follow-up in digital arms can collapse. Dennis 2009 retained >85%. Pathare retained 85% at three months.
Outcome measurement	High	Self-report. Participants know the arm. No trial blinds the person who fills in the scale.
Selection of reported result	Some concerns	Preprints and registries exist for the newer trials. Older trials predate routine registration.

Distress outcome पर overall study-level judgement: हर eligible trial में **some concerns to high**। Unblinded self-report की वजह से। Trials बेकार नहीं। GRADE सीमित करता है।

GRADE table

Table 5. Certainty of evidence

Outcome	Contrast	Estimate	Studies	GRADE	Reasons
Distress / depressive scores	Peer vs waitlist or usual care	Exploratory $g = -0.48$; published priors -0.59 and SMD 0.53	5 converted RCTs + published pools	Low	Rate down for bias (unblinded self-report), converted effects, and indirectness of mixed samples.
Distress	Peer vs professional	$g \approx 0.08$ to 0.10; CI includes 0; Keyan null	Two published pools + 1 Indian RCT	Low	Indirectness (Pfeiffer's samples are not purely subclinical), imprecision, bias.
Wellbeing / fulfilment	Peer vs waitlist	Benefit in Grégoire and Kiser	2 RCTs	Low	Sparse, self-report, different scales.
Cost per outcome	Either contrast	Not reported in eligible trials	0	—	No evidence.
Workplace distress, India	Either contrast	No eligible RCT	0	—	India gap.

07

Discussion

खास बात

भारतीय मेट्रो में प्राइवेट प्रोफेशनल सेशन अक्सर ₹1,500–₹5,000; structured peer contacts उसके अंश पर।

What the number means

दो नंबर ज्यादातर काम करते हैं।

पहला **-0.48**। Waitlist या usual care के खिलाफ exploratory converted-effect pool। Pfeiffer का पुराना -0.59 और Yeo का 0.53 उसी बैंड में। कुछ न करने के मुकाबले structured peer support distress को छोटे-से-मध्यम मात्रा में हिलाता है। यह प्रॉडक्ट-बनाम-खाली-कुर्सी नतीजा है।

दूसरा **0.10**। Pfeiffer का pooled फर्क peer प्रोग्राम और उन group प्रोग्राम के बीच, जिन्हें प्रोफेशनल चलाते थे। Bryan का 0.08 उसी पिन पर। Keyan की भारतीय कैपस trial भी। Structured और trained होने पर peer support औसत distress पर प्रोफेशनल-style प्रोग्राम से नहीं हारता। जीतता भी नहीं। Subclinical distress के लिए फर्स्ट-लाइन प्रोग्राम खरीद रहे हों तो यह equivalence कहानी है। आखिरी psychologist निकालने का लाइसेंस नहीं।

Cost तीसरा गायब नंबर है। किसी eligible trial ने cost per outcome नहीं दिया। ईमानदार वाक्य फीका और काम का है। भारतीय प्राइवेट मार्केट में प्रोफेशनल सेशन अक्सर peer या listener सेशन से 5 से 15 गुना महंगा। Kiser (2024) एकमात्र eligible trial है जिसमें प्रोग्राम cost है। छह peer-coaching sessions के लिए लगभग US\$969 से US\$1,557 प्रति physician। यानी लगभग US\$160 से US\$260 प्रति contact, ट्रेनिंग सहित। Friendship Bench Zimbabwe का trained-lay प्रोग्राम है। Workplace peer नहीं। Scale-up ICER लगभग US\$191 प्रति year lived with disability। प्रोग्राम cost लगभग US\$16.50 प्रति व्यक्ति। Atmiyata implementers ने प्रोग्राम-level return US\$9.35 per dollar कहा। यह programme-reported है। Peer-reviewed cost-effectiveness पेपर नहीं मिला। Trial ICER के रूप में UNVERIFIED। Trachtenberg का LSE report 3.8–4.8 benefit-to-cost specialist-service bed days पर लागू। भारतीय ऑफिस पर नहीं। Workplace ICER मानना श्रेणी की गलती।

इसलिए यह पेपर unit-cost तुलना बचा सकता है। Cost-per-outcome ratio नहीं। Ratio बड़ा है। Outcome gap, मौजूदा सबूत पर, नहीं।

Limitations

यह rapid synthesis है। हर database hit का dual screening नहीं। Exact database-by-database hit counts Covidence में लॉग नहीं। कई effect sizes conversions हैं। पुराने आधे set में perinatal prevention trials हावी। नई मां पुणे की software engineer नहीं। भले दोनों subclinical scores वाले वयस्क हों। Peterson के healthcare workers और Kiser के physicians workplace use-case के करीब। फिर भी भारतीय IT-BPM या फैक्टरी फ्लोर नहीं। Self-report outcome है। छह sessions बाद दयालु peer के साथ लोग अक्सर दयालु बॉक्स टिक करते हैं। धोखा नहीं। माप की समस्या। GRADE low। Low ही वयस्क जवाब है।

रिव्यू यह भी नहीं बता सकता कौन सा peer स्क्रिप्ट काम करता है। Bryan का skills-versus-supportive बंटवारा सबसे करीबी गाइड: स्किल सिखाओ। सिर्फ वेंटिलेट मत। Grégoire ने ACT frame इस्तेमाल किया। Keyan ने problem-management। Dennis ने mother-to-mother उपस्थिति। Atmiyata ने community champions structured psychosocial तरीके से। आम चीजें: ट्रेनिंग, dose, सीमा।

इसका मतलब

What this means for an Indian workplace programme

अप्रेज़ल का हफ्ता, बेंगलुरु का इंजीनियरिंग फ्लोर। कई लोग हिले हुए। counselling स्लॉट अकेला, जो पहले ईमेल करे उसका। फ्लोर को ध्यान की छोटी फैक्टरी समझो। प्रोफेशनल घंटे precision टूल हैं। दुर्लभ। दुर्लभता जैसी कीमत। Peer रेप्स कन्वेयर हैं। सस्ते। और पहले से फ्लोर पर। सुरक्षित तभी जब ऑपरेटर ट्रेन हो और stop rule लिखा हो।

इस सबूत से workable डिजाइन stepped funnel जैसा दिखता है। चेन्नई की एक support lead को इसमें से गुजरते देखो। छोटा distress measure उसे WhatsApp पर मिलता है, क्योंकि भारतीय काम वहीं रहता है। उसका स्कोर risk लाइन से नीचे है। तो उसे गिना peer प्रोग्राम मिलता है — छह से दस contacts, स्क्रिप्टेड, सुपरवाइज्ड, तमिल में, जो भाषा वह असल में बोलती है। जो लाइन पार करे, active self-harm नाम ले, या पूरे peer dose के बाद न हिले, उसे उसी हफ्ते प्रोफेशनल स्लॉट मिलता है। नाइट शिफ्ट पर उसके साथी का स्कोर नहीं हिला। वह उसी हफ्ते प्रोफेशनल से मिला। HR completion मापता है। तालियां नहीं। Peer घंटे का बजट प्रोफेशनल घंटे के अंश पर। प्रोफेशनल घंटा exception path है। ब्रॉशर नहीं। तेईस भाषाएं मार्केटिंग नहीं। Peer प्रोग्राम English-speaking क्लब न बने, इसी से। डेटा भारत में रहे, यह DPDP के तहत कानूनी तथ्य है। स्लोगन नहीं।

प्रोग्राम को severe illness की देखभाल मत बेचो। वह overfitting गलती है। स्कोर subclinical न रहे तो प्रोफेशनल से इनकार मत करो। वह नाइट शिफ्ट वाले साथी को हफ्ते-दर-हफ्ते peer buddy के पास छोड़ देने जैसा है, क्योंकि buddy सस्ता लगा, जबकि उसका स्कोर चढ़ता जा रहा है।

Research gaps, naming the India gap

India gap रूपक नहीं। खाली सेल है।

Pathare और साथियों (2023) ने दिखाया ग्रामीण गुजरात में trained community champions तीन महीने पर common distress से recovery सुधार सकते हैं (OR 2.2)। आठ महीने पर OR 3.0। PHQ-9 असर तीन महीने पर लगभग 0.30। आठ पर 0.60। यह community प्रोग्राम है। Workplace नहीं। Keyan और साथियों (2025) ने भारत की एकमात्र verified randomised तुलना चलाई। Peer-delivered structured प्रोग्राम vs supportive counselling control। Subclinical campus distress पर। Null। Jagannathan और साथियों ने NIMHANS पर corporate peer-support ट्रेनिंग प्रोग्राम बनाया। Feasibility टेस्ट की। Outcomes नहीं। UPSIDES में भारतीय साइट थी। Severe और लंबे समय वाले sample की वजह से बाहर। CTRI सर्च में working professionals के subclinical workplace distress पर structured peer support vs प्रोफेशनल सपोर्ट की कोई completed randomised trial नहीं मिली।

भारत को अभी भी फीकी और साफ चीज चाहिए। Employed adults पर two-arm randomised trial। Distress cut-off से inclusion। Severe illness exclusion। Arm one: ट्रेन peer coaching गिने dose पर। WhatsApp या video। कम से कम दो भारतीय भाषाओं में। Arm two: matched dose पर प्रोफेशनल coaching। Primary outcome आठ से बारह हफ्ते पर wellbeing या distress scale। Secondary: completion, hand-off rate, missed days, cost per point of change। CTRI पर रजिस्टर करो। Null आए तो छापो।

जब तक वह trial न हो, खरीदार Pfeiffer का 0.10, Bryan का 0.08, Yeo का 0.53, Pathare का OR 2.2 और Keyan का शून्य working kit मानें। किट प्रोग्राम शुरू करने लायक है। जीत का प्रेस रिलीज लिखने लायक नहीं।

आखिरी तस्वीर। सही है। पुणे के एक फ्लोर पर पहली शिफ्ट अगली डेस्क वाली साथी है। मंगलवार को वह देखती है कि एक सहकर्मी चुप हो गया है। उसे चाय काउंटर तक ले जाती है। और वह स्क्रिप्ट चलाती है जिसकी उसे ट्रेनिंग मिली है। Operations को घंटे गिनने पड़ते हैं। Peer support सुबह की शिफ्ट: जल्दी, सस्ता, हाई वॉल्यूम। प्रोफेशनल सपोर्ट बाद में बुलाया गया specialist: महंगा, और जरूरी जब लोड peer के लिए गलत हो। दोनों को पे करो। मिलाओ तो या कंपनी दिवालिया या व्यक्ति छोड़ दिया।

08

FAQ

Q1 क्या आम वर्क स्ट्रेस पर peer support प्रोफेशनल जितना काम करता है?

Head-to-head syntheses में भरोसेमंद फर्क नहीं: $g = 0.10$ । CI शून्य पार करता है। 2025 की भारतीय कैपस trial भी null (depression MD 0.03)। Peer प्रोग्राम फर्स्ट लाइन बनाओ। रिस्क ऊंचा हो तो रिफ्लेसमेंट नहीं।

Q2 कुछ न करने के मुकाबले फायदा कितना बढ़ा?

Exploratory पांच-trial pool $g = -0.48$ (95% CI -0.64 to -0.33)। Published priors $g = -0.59$ और SMD 0.53। छोटे-से-मध्यम औसत बदलाव उम्मीद करें। चमत्कार नहीं।

Q3 छह हफ्ते के workplace प्रोग्राम में क्या होना चाहिए?

छह से दस गिने contacts। ट्रेन peer। लिखा स्क्रिप्ट या स्किल (problem-solving, या values वाला कदम: जो जरूरी है उसे नाम दो, फिर एक छोटा अगला कदम उठाओ)। Supervision। उसी हफ्ते hand-off नियम। Grégoire ने पांच 90-मिनट groups इस्तेमाल किए। Kiser ने छह coaching sessions। ज्यादा अनस्ट्रक्चर्ड चैट बेहतर नहीं।

Q4 भारत में peer support कितना सस्ता?

किसी trial ने cost per outcome नहीं बताया। प्राइवेट प्रोफेशनल सेशन अक्सर ₹1,500 से ₹5,000। Peer या listener सेशन कम सैकड़ों रुपये से। 5–15 to 1 को मार्केट ratio मानो। ICER नहीं।

Q5 क्या यह भारतीय कर्मचारियों पर टेस्ट हुआ?

Published workplace RCT में नहीं। ग्रामीण गुजरात में community champions ने recovery सुधारा (OR 2.2 तीन महीने पर)। बेंगलुरु कैपस peers supportive counselling जितने रहे। जीते नहीं। Employee trial अभी गायब।

09

References

- Bryan AEB, Arkowitz H. Meta-analysis of the effects of peer-administered psychosocial interventions on symptoms of depression. **Am J Community Psychol.** 2015;55(3-4):455-471. doi:10.1007/s10464-015-9718-y
- Chen CH, Tseng YF, Chou FH, Wang SY. Effects of support group intervention in postnatally distressed women: a controlled study in Taiwan. **J Psychosom Res.** 2000;49(6):395-399. doi:10.1016/S0022-3999(00)00180-X
- Chibanda D, Weiss HA, Verhey R, et al. Effect of a primary care-based psychological intervention on symptoms of common mental disorders in Zimbabwe: the Friendship Bench randomized clinical trial. **JAMA.** 2016;316(24):2618-2626. doi:10.1001/jama.2016.19102
- Dennis CL. The effect of peer support on postpartum depression: a pilot randomized controlled trial. **Can J Psychiatry.** 2003;48(2):115-122. doi:10.1177/070674370304800209
- Dennis CL, Hodnett E, Kenton L, et al. Effect of peer support on prevention of postnatal depression among high risk women: multisite randomised controlled trial. **BMJ.** 2009;338:a3064. doi:10.1136/bmj.a3064
- Grégoire S, Beaulieu F, Lachance L, Bouffard T, Vezeau C, Perreault M. An online peer support program to improve mental health among university students: a randomized controlled trial. **J Am Coll Health.** 2024;72(7):2001-2013. doi:10.1080/07448481.2022.2099224
- Griffiths KM, Mackinnon AJ, Crisp DA, Christensen H, Bennett K, Farrer L. The effectiveness of an online support group for members of the community with depression: a randomised controlled trial. **PLoS One.** 2012;7(12):e53244. doi:10.1371/journal.pone.0053244
- Harra RC, Vargas I. A peer-supported, brief problem-solving intervention for university students with depressive and anxiety symptoms. **J Am Coll Health.** 2024;72(8):3491-3498. doi:10.1080/07448481.2023.2172580
- Keyan D, Dawson KS, Yadav S, et al. Efficacy of a peer-delivered group psychological intervention to reduce psychological distress among university students in India: a randomised controlled trial using an active control condition. **Eur J Psychotraumatol.** 2025;16(1):2503603. doi:10.1080/20008066.2025.2503603
- Kiser SB, Sterns JD, Lai PY, Horick NK, Palamara K. Physician coaching by professionally trained peers for burnout and well-being: a randomized clinical trial. **JAMA Netw Open.** 2024;7(4):e245645. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.5645
- Pathare S, Joag K, Kalha J, et al. Atmiyata, a community champion led psychosocial intervention for common mental disorders: a stepped wedge cluster randomized controlled trial in rural Gujarat, India. **PLoS One.** 2023;18(6):e0285385. doi:10.1371/journal.pone.0285385
- Peterson U, Bergström G, Samuelsson M, Åsberg M, Nygren Å. Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial. **J Adv Nurs.** 2008;63(5):506-516. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04743.x
- Pfeiffer PN, Heisler M, Piette JD, Rogers MAM, Valenstein M. Efficacy of peer support interventions for depression: a meta-analysis. **Gen Hosp Psychiatry.** 2011;33(1):29-36. doi:10.1016/j.genhosppsych.2010.10.002
- Shalaby RAH, Agyapong VIO. Peer support in mental health: literature review. **JMIR Ment Health.** 2020;7(6):e15572. doi:10.2196/15572
- Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Lau Y, Dennis CL, Chan YH. Evaluation of a technology-based peer-support intervention program for preventing postnatal depression (part 1): randomized controlled trial. **J Med Internet Res.** 2019;21(8):e12410. doi:10.2196/12410

Shorey S, Chua JYX. Effectiveness of peer support interventions for adults with depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. **J Ment Health**. 2023;32(2):465-479. doi:10.1080/09638237.2021.2022630

Smit D, Miguel C, Vrijzen JN, Groeneweg B, Spijker J, Cuijpers P. The effectiveness of peer support for individuals with mental illness: systematic review and meta-analysis. **Psychol Med**. 2023;53(11):5332-5341. doi:10.1017/S0033291722002422

White S, Foster R, Marks J, et al. The effectiveness of one-to-one peer support in mental health services: a systematic review and meta-analysis. **BMC Psychiatry**. 2020;20:534. doi:10.1186/s12888-020-02923-3

Yeo G, Fortuna KL, Lansford JE, Rudolph KD. The effects of digital peer support interventions on physical and mental health: a review and meta-analysis. **Epidemiol Psychiatr Sci**. 2025;34:e9. doi:10.1017/S2045796024000854

Bernecker SL, Williams JJ, Caporale-Berkowitz NA, Wasil AR, Constantino MJ. Nonprofessional peer support to improve mental health: randomized trial of a scalable web-based peer counseling course. **J Med Internet Res**. 2020;22(9):e17164. doi:10.2196/17164

Trachtenberg M, Parsonage M, Shepherd G, Boardman J. **Peer support in mental health care: is it good value for money?** London: Centre for Mental Health; 2013. Available from: <https://eprints.lse.ac.uk/60793/>

लेखक के बारे में

लेखक के बारे में

डॉ. अतुल असवानी; मुंबई के साइकियाट्रिस्ट और ट्रेंड रिज़ल्ट्स कोच

अतुल असवानी मुंबई के साइकियाट्रिस्ट और ट्रेंड रिज़ल्ट्स कोच हैं। वे Tranquilo Meditek Sytems में clinical और coaching डिजाइन लीड करते हैं। कंपनी EmotionApp बनाती है। यह भारतीय प्रोफेशनल्स के लिए non-clinical इमोशनल फ़िटनेस (Emotional Fitness) प्लेटफ़ॉर्म है। उनका काम गिनी रोज प्रैक्टिस, AI-assisted कोचिंग human hand-off के साथ, और भारतीय भाषाओं में DPDP-compliant डिलीवरी के जोड़ पर है। वे ये रिव्यू लिखते हैं ताकि खरीदार कहानी खरीदने से पहले नंबर देख ले।

हवाला कैसे दें

Aswani A. Peer versus Professional: A Meta-Analysis of Peer-Support Interventions for Subclinical Distress in Adults. EmotionApp Research Paper 34 (Hindi edition). Mumbai: Tranquilo Meditek Sytems Private Limited; 2026. <https://emotionapp.in/research/peer-versus-professional-subclinical-distress>

अपडेट

Last updated 22 September 2026

नोट

इमोशनऐप एक नॉन-क्लिनिकल इमोशनल फ़िटनेस कोचिंग प्लेटफ़ॉर्म है। यह पेपर प्रैक्टिस, तरीकों और कोचिंग के बारे में है। यह थेरेपी, इलाज, डायग्नोसिस या मेडिकल सलाह नहीं है।

© 2026 Tranquilo Meditek Sytems Private Limited, Mumbai
· emotionapp.in

सुरक्षा नोट

अगर आप परेशानी में हैं, तो किसी योग्य प्रोफेशनल से या Tele-MANAS (14416) पर बात करें।