

Цели и результаты психотерапии при психических расстройствах: обзор

Pim Cuijpers

Department of Clinical, Neuro and Developmental Psychology, Amsterdam Public Health Research Institute, Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands

Перевод: Шишорин Р.М. (Москва)

Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)

Cuijpers P. Targets and outcomes of psychotherapies for mental disorders: an overview. *World Psychiatry* 2019;18:276–285

До сих пор неясно, что такое психические расстройства и каковы причинные пути, которые приводят к ним. Это делает трудным решить, какими должны быть цели и результаты психотерапии. В данной статье, описаны основные типы целей и результаты, а также представлен краткий обзор некоторых из основных результатов исследования этих типов. Они включают редукцию симптомов, личные цели и результаты с точки зрения пациента, улучшение качества жизни, промежуточные результаты в зависимости от теоретических концепций психотерапевта, отрицательные результаты, которые следует избегать и экономические показатели. Наряду с превалированием систем DSM и МКБ для диагностики, большинство исследований были сфокусированы на редукции симптомов. Такое значительное количество работ с сотнями рандомизированных исследований показали, что для большинства психических расстройств существует эффективная психотерапия. Также есть исследование, показывающее, что психотерапия может привести к улучшению качества жизни при большей части психических расстройств. Однако существует сравнительно мало исследований по результатам, определенным пациентами, промежуточным показателям, отрицательным результатам и экономическим показателям. Пациенты, родственники, психотерапевты, работодатели, медицинские работники и общество в целом – каждый имеет их собственные точки зрения на цели и результаты психотерапии. Точка зрения пациента должна иметь больший приоритет, а также необходима стандартизация измерений результатов в исследованиях.

Ключевые слова: психотерапия, результаты, цели, редукция симптомов, качество жизни, результаты, определенные пациентом, промежуточные результаты, когнитивно-поведенческая психотерапия.

Психические расстройства являются одним из наиболее важных вызовов для общественного здоровья в настоящее время^{1,2}. Охватывая сотни миллионов человек во всем мире, эти расстройства связаны с тяжелой страданием пациентов и их родственников, существенной передачей из поколения в поколение³⁻⁵, огромными экономическими расходами⁶ и повышенным уровнем физической заболеваемости и смертности^{7,8}.

Все же пока еще недостаточно ясно, чем являются эти расстройства. Нет ни объективных тестов или показателей для установления психического расстройства, ни ясных границ, когда пациент имеет расстройство или нет. Международная классификация болезней (МКБ) и Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (DSM) в прошлых десятилетиях были доминирующими системами классификации и определения психических расстройств. Хотя большинство исследователей психических расстройств в прошлых десятилетиях использовали различные версии этих систем, они были широко раскритикованы.

Например, очевидно, что психические расстройства не должны рассматриваться как отдельные единицы, а скорее как составляющие дименсии, в которых одни люди набирают больше баллов, а другие меньше⁹⁻¹¹. Более

того, больший уровень коморбидности является скорее правилом, чем исключением¹². Некоторые утверждают, что диагностические категории DSM и МКБ имеют ограниченную валидность¹³. Лечение обычно также эффективно не лишь при одном расстройстве, а при нескольких различных расстройствах, например, как фармакотерапия эффективна при аффективных и тревожных расстройствах, а когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) – при большинстве психических расстройств¹².

Таким образом, если мы до конца не знаем, чем являются эти расстройства и как они должны определяться, какими должны быть цели лечения и как мы можем оценить их показатели? Конечной целью лечения, несомненно, является сделать пациентов лучше и помочь им справиться с их проблемами. Хотя, что это значит точно и когда мы их можем расценивать как выполненные, не до конца ясно. Не только потому, что природа и причины расстройств не до конца ясны, но и потому что это зависит от того, что попросит для ответа на этот вопрос пациент, лечащий врач, родственники пациента, страховые компании и общество в целом.

Эта статья концентрирует внимание на целях и результатах психотерапии. Мы определяем цели терапии как то, что мы пытаемся достигнуть в ходе

процесса лечения. Так как цели и результаты очень сильно переплетаются, мы можем их рассматривать в месте в дискуссии ниже и часто использовать термин «результат», подразумевая более широкое понятие, включающее цели.

Мы разделяем различные типы результатов: редукция симптомов, что является объектом внимания большинства исследований по психотерапии; результаты, определенные пациентом, улучшение качества жизни, промежуточные результаты, основанные на теоретических концепциях и предположениях психотерапевта; отрицательные результаты, которые следует избегать, и экономические показатели. Краткое изложение типов результатов, исследования, доступные по этим результатам, полученные результаты и конечный статус исследования находятся в Таблице 1.

РЕДУКЦИЯ СИМПТОМОВ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ

Редукция симптомов может рассматриваться как основная цель и результат психотерапии. Мало того, что редукция симптомов наиболее часто рассматривается в исследованиях в качестве результата, но и качественные исследования показывают, что это один из наиболее важных результатов с точки зрения пациентов

Таблица 1. Краткая информация об основных целях и результатах психотерапии при психических расстройствах			
Тип цели и результата	Исследования	Результаты	Состояние исследования
Редукция симптомов	Оценено в сотнях рандомизированных исследований для многих типов психотерапии при всех основных психических расстройствах	Краткосрочная эффективная психотерапия существует для большинства психических расстройств. Эффекты, вероятно, переоценены из-за систематических ошибок публикаций, низкого качества исследований, недостаточного ослепления. Широкий набор показателей	Большинство исследований эффектов психотерапии направлены на уменьшение симптомов
Цели и результаты, определенный пациентом	Идиографические показатели основных проблем, с которыми сталкиваются пациенты, такие как Целевые жалобы, Упрощенный Личностный Опросник и Основные Проблемы Молодежи	Эти показатели обычно используются в регулярном уходе	Доступно ограниченное количество систематических исследований
	Качественные исследования личных целей и результатов психотерапии	Полезное влияние терапии: осведомленность, критичность, самопонимание, изменение поведения, решение проблем, подкрепление, облегчение, лучшее понимание ощущений	Доступно ограниченное количество систематических исследований
Качество жизни и связанные результаты	Исследовано в качестве (вторичного) результата в рандомизированных исследованиях	Значительный эффект терапии на качество жизни был обнаружен при депрессии, расстройствах пищевого поведения и тревожных расстройствах, но не при шизофрении	Относительно хорошо изучено, но нужно больше исследований
Промежуточные результаты: медиаторы или механизмы действия	Каждая школа психотерапии имеет свою собственную теоретическую концепцию для объяснения, как работает психотерапия	Медиаторы и механизмы действия не были в достаточной мере установлены для какого-либо вида психотерапии из-за методологических проблем	Доступно ограниченное количество систематических исследований
Отрицательные результаты	Совсем недавно получили внимание в исследованиях	Предварительное исследование говорит, что ухудшение при психотерапии наблюдалось реже, чем в контрольных условиях. Несколько типов негативных эффектов не были систематически исследованы. Мета-анализ индивидуальных данных пациентов является перспективным подходом	Доступно ограниченное количество систематических исследований
Экономические результаты	Исследования, включают анализ эффективности и полезности затрат	Для большей части психических расстройств доступно не более одного или двух исследований психотерапии. Несколько больше доступно исследований по когнитивно-поведенческой терапии при депрессии.	Доступно ограниченное количество систематических исследований

(хотя, конечно, не единственный)¹⁴. Наряду с исследователями и пациентами, редукция симптомов является основным результатом для остальных участников, включая врачей, хотя это зависит от концепции, которой они придерживаются.

Сотни рандомизированных исследований, которые оценивали эффекты психотерапии при психических расстройствах в основном фокусировались на уменьшении симптомов как на первичном результате. В Таблице 2 представлены результаты некоторых последних мета-анализов по психотерапии (в основном, КПТ) в сравнении с контролем для наиболее важных психических расстройств. Для каждого расстройства представлены по 3 наибольших мета-анализов, опубликованных за последние 5 лет, а также обобщены данные по типу вмешательства, форме вмешательства (индиви-

дуальная, групповая, управляемая и неуправляемая самопомощь) и типу контрольной группы. Мы также приводим данные по количеству исследований, включенных каждый мета-анализ. Размеру эффекта (стандартизованное среднее отклонение), степени гетерогенности в процентах (I^2), и был ли это обычный или сетевой метаанализ.

Размеры эффектов для депрессии, тревожных расстройств (социофобия, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство), посттравматического стрессового расстройства и обсессивно-компульсивного расстройства были от среднего до большого, причем большинство размеров эффектов было между 0,5 и 1,5. Размеры эффектов для психотических и биполярного расстройств были несколько меньше, но это может быть связано с тем, что контрольные усло-

вия обычно состояли из стандартного лечения, что означает, что при этих расстройствах большинство пациентов получали массивную психофармакотерапию.

Эти данные отчетливо поддерживают предположение о том, что психотерапия (как минимум некоторые ее виды) имеют значимый эффект при большинстве психических расстройств, если редукция симптомов принимается за первичный результат. Однако эти данные были раскритикованы как слишком оптимистичные из-за статистических ошибок публикации³³⁻³⁵, низкого качества и валидности многих исследований^{15,36} и таких проблем, как «приверженность исследователя»³⁷, т.е. «вера в превосходство вмешательства и исключительную обоснованность теории изменения, связанной с лечением»³⁸. Также большинство исследований были нацеле-

Таблица 2 Мета-анализы рандомизированных исследований, оценивающих эффекты психотерапии в сравнении с контрольными условиями								
	Вмешательство	Формат	Сравнение	Кол-во исследований	СО	95% ДИ	I2	Тип
Депрессия								
Cuijpers et al ¹⁵	Любая терапия	Индивидуальный/ групповой/ Направляемая самопомощь	Любой контроль	369	0,70	0,64-0,75	76	КМА
Mohr et al ¹⁶	Любая терапия	Индивидуальный/ групповой/ самопомощь	Любой контроль	188	0,54	0,45-0,64	82	КМА
Cuijpers et al ¹⁷	КПТ	Индивидуальный/ групповой/ Направляемая самопомощь	Любой контроль	94	0,71	0,62-0,79	57	КМА
Социальное тревожное расстройство								
Cuijpers et al ¹⁸	КПТ	Индивидуальный/ групповой/ Направляемая самопомощь	Лист ожидания, стандарт лечения, таблетированное плацебо	48	0,88	0,74-1,03	64	КМА
Mayo-Wilson et al ¹⁹	КПТ	Групповой	Лист ожидания	28	0,92	0,51-1,33	Нет данных	СМА
Barkowski et al ²⁰	КПТ	Групповой	Лист ожидания	25	0,84	0,72-0,97	0	КМА
Паническое расстройство								
Cuijpers et al ¹⁸	КПТ	Индивидуальный/ групповой/ Направляемая самопомощь	Лист ожидания, стандарт лечения, таблетированное плацебо	42	0,81	0,59-1,04	77	КМА
Pompoli et al ²¹	КПТ	Индивидуальный/ групповой	Лист ожидания	17	1,14	0,87-1,41	61	СМА
Mayo-Wilson & Montgomery ²²	КПТ	Направляемая/ ненаправляемая самопомощь	Отсутствие лечения	21	0,62	0,45-0,79	23	КМА
Генерализованное тревожное расстройство								
Cuijpers et al ²³	Любая терапия	Индивидуальный/гру повой/ Направляемая самопомощь	Любой неактивный контроль	38	0,84	0,71-0,97	33	КМА
Cuijpers et al ¹⁸	КПТ	Индивидуальный/ групповой/ Направляемая самопомощь	Лист ожидания, стандарт лечения, таблетированное плацебо	31	0,80	0,67-0,93	33	КМА
Mayo-Wilson & Montgomery ²²	КПТ	Направляемая/ненап равляемая самопомощь	Отсутствие лечения	10	0,95	0,44-1,45	88	КМА
Посттравматическое стрессовое расстройсво								
Bisson et al ²⁴	НТ-КПТ	Индивидуальный	Лист ожидания, стандартное лечение	28	1,62	1,21-2,03	89	КМА
Bisson et al ²⁴	НТ-КПТ	Групповой	Лист ожидания, стандартное лечение	16	1,20	0,69-1,70	71	КМА
Gerger et al ²⁵	КПТ	Индивидуальный	Лист ожидания	16	1,10	0,85-1,36	Нет данных	СМА
Обсессивно-компульсивное расстройство								
Olatunji et al ²⁶	КПТ	Индивидуальный/ групповой	Лист ожидания, таблетированное или психологическое плацебо	16	1,39	1,04-1,74	Нет данных	КМА
Ost et al ²⁷	КПТ	Индивидуальный/ групповой	Лист ожидания	15	1,31	1,08-1,55	37	КМА
Ost et al ²⁷	КПТ	Индивидуальный/ групповой	Таблетированное или психологическое плацебо	8	1,33	0,91-1,76	72	КМА
КПТ – когнитивно-поведенческая терапия; НТ – нацеленный на травму; СО – стандартное отклонение; ДИ – доверительный интервал, КМА – конвенциональный мета-анализ; СМА – сетевой мета-анализ.								

Таблица 2 Мета-анализы рандомизированных исследований, оценивающих эффекты психотерапии в сравнении с контрольными условиями (продолжение)								
	Вмешательство	Формат	Сравнение	Кол-во исследований	СО	95% ДИ	I ²	Тип
Психотические расстройства								
Velthorst et al ²⁸	КПТ	Индивидуальный/ групповой	Любой контроль	28	0,09	-0,03 до 0,21	63	КМА
Burns et al ²⁹	КПТ	Индивидуальный	Любой контроль	12	0,52	0,35-0,70	0	КМА
Eichner & Berna ³⁰	Метакогнитивный тренинг	Индивидуальный/ групповой	Любой контроль	11	0,34	0,15-0,53	3	КМА
Биполярное расстройство								
Chatterton et al ³¹	Психообразование + КПТ	Индивидуальный/ групповой	Стандарт лечения	16	0,58	-1,25 до 2,41	Нет данных	СМА
Chatterton et al ³¹	Психообразование	Индивидуальный/ групповой	Стандарт лечения	12	0,14	-1,1 до 1,30	Нет данных	СМА
Chiang et al ³²	КПТ	Индивидуальный/ групповой	Любой контроль	13	0,49	0,03-0,96	90	КМА
КПТ – когнитивно-поведенческая терапия; НТ – нацеленный на травму; СО – стандартное отклонение; ДИ – доверительный интервал, КМА – конвенциональный мета-анализ; СМА – сетевой мета-анализ.								

ны на короткосрочные эффекты, а долгосрочные эффекты в большей части случаев остаются неизвестными. Более того, есть указания, что один вид контроля, например, лист ожидания, может переоценивать эффекты терапии^{39,40}.

Одной из основных проблем в оценке эффектов психотерапии на симптомы является то, что инструменты для оценки измерений сильно варьируются. Например, мы определили 310 рандомизированных исследований, сравнивающих психотерапевтическое лечение с контрольным у людей с депрессией¹⁵. Хотя и Шкала оценки депрессии Бека (BDI)⁴¹ и Шкала оценки симптомов депрессии Гамильтона (HAM-D)⁴² были наиболее используемыми инструментами, было более тридцати инструментов, оценивающих влияние психотерапии на симптомы депрессии. Для сравнения, в последнем мета-анализе более 500 рандомизированных исследований эффекта психотерапии на депрессию, 89% использовали HAM-D как инструмент для первичной оценки результатов⁴³.

Фактически, разнообразие инструментов оценки результата было одной из причин, почему начали применять мета-анализы⁴⁴. В мета-анализе эффекты, оцененные с помощью одного инструмента, стандартизированы в виде «размера эффекта» с целью объединения их с эффектами, оцененными с помощью других инструментов. Если бы все исследования использовали один инструмент оценки, тогда бы стандартизация не требовалась, так как было бы возможным просто посчитать полезное действие вмешательства в точных баллах этого инструмента оценки.

Другим вопросом является что, следует ли проводить измерения путем

самоотчетов пациентов или инструментами, оцениваемыми клиницистами. Можно предположить, что инструменты, оцененные клиницистами предоставляют лучшую оценку эффектов вмешательства, потому что они применены независимым наблюдателем (особенно, если интервьюер ослеплен по условию исследования). С другой стороны, симптомы переживаются пациентами, таким образом, можно утверждать, что пациенты сами являются лучшими экспертами своих проблем. Более того, есть указания, что результаты, оцененные пациентами, являются более заниженные, чем оцененные клиницистами. Нами найдено в мета-анализе, что размер эффекта самоотчетных измерений были значительно меньше, чем оцененные клиницистами в тех же самых исследованиях (дифференциальный размер эффекта $g=0,20$)⁴⁵.

Нет согласия о том, должно или нет уменьшение симптомов рассматриваться как основной результат психотерапии. Психотерапевты и исследователи, придерживающиеся когнитивной и поведенческой традиции, действительно поддерживают представление, что изменение симптомов является основным результатом. Но психотерапевты из психодинамической традиции рассматривают интрапсихические и личностные изменения как гораздо более важные⁴⁶, даже в случае, если не могут быть хорошо измерены. Для них, симптомы являются лишь результатом этих личностных и интрапсихических проблем. Предположительно, они не являются действительно основными проблемами, и исправляются при достижении личностных и интрапсихических изменений. Терапевты клиент-ориентированной школы психотерапии поспорили бы, что самоактуа-

лизация является основным результатом терапии и что симптомы являются лишь одним из триггеров для пациента, чтобы найти помощь.

В некоторых случаях ухудшение симптомов может рассматриваться даже как положительный результат психотерапии⁴⁶. Например, утверждалось, что появление депрессии в течение экзистенциальной терапии может означать, что пациент стал больше в контакте с реальностью, что в свою очередь мотивирует неотлагательно переоценить приоритеты⁴⁷.

Значительный акцент в исследовании на уменьшение симптомов отчасти связан с широким принятием DSM и МКБ, которые доминировали на поле исследований психического здоровья в последние 50 лет⁴⁸. В последние годы, однако, возрастает критика этих систем. Согласно данным некоторых авторов^{12,15,49}, прогресс в улучшении результатов лечения психических расстройств неудовлетворителен, и с целью это изменить, необходимы новые системы для понимания психических расстройств.

Одним из наиболее важных новых проектов, которая бросает вызов приоритету DSM и МКБ, является инициатива Критериев исследовательских доменов (RDoC), запущенная национальным институтом психического здоровья США (US National Institute of Mental Health, NIMH)^{50,51}. RDoC не основаны на клинических описаниях расстройств, но рассматривают эти расстройства с трансляционной точки зрения¹². Оно начинается с фундаментальных, первичных поведенческих функций мозга и нейральных систем, которые вовлечены в реализацию этих функций. Примерами являются нейральные круги для страха и защиты, для поискового поведения, такого как обучение для прогно-

Исследование	Расстройство	Вид терапии	Сравнение	Кол-во исследований	CO	95% ДИ	I ²
Linardon & Brennan ⁶⁵	Расстройство пищевого поведения	КПТ	Любой контроль	13	0,39	0,20-0,57	56
Laws et al ⁶⁶	Шизофрения	КПТ	Любой контроль	10	0,04	-0,12 до 0,19	0
Hofmann et al ⁶⁷	Тревожные расстройства	КПТ	Любой контроль	21	0,56	0,32-0,80	Нет данных
Kolovos et al ⁶⁴	Депрессия	Любая психотерапия	Любой контроль	31	0,33	0,24-0,42	21
Kamenov et al ⁶⁸	Депрессия	Психотерапия	Фармакотерапия	8	0,05	-0,19 до 0,29	Нет данных
		Психотерапия	Психотерапия + фармакотерапия	6	-0,36	-0,62 до -0,11	Нет данных

зирования и получения вознаграждения, а также для когнитивного функционирования, такого как рабочая память¹². RDoC рассматривает психопатологию как нарушение функции в этих системах. На данный момент еще слишком рано говорить, приведет ли этот новый подход действительно к новым знаниям о том, как работает терапия и работает ли вообще.

ЦЕЛИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОТЕРАПИИ, ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ПАЦИЕНТАМИ

Абсолютно другим типом цели и результатов являются те, которые определены самим пациентом. Пациенты обычно не просто приходят на психотерапию для облегчения симптомов, но также для решения их собственных проблем, которые могут включать возвращение к работе, решение внутрличностных конфликтов, стать более хорошим родителем или перестать конфликтовать со своим партнером или начальником. Решение этих проблем пациентов может рассматриваться как одна из основных целей терапии^{52,53}.

Хотя эти индивидуальные проблемы не изучались так интенсивно как уменьшение симптомов, есть достаточно длинная история исследований по их изучению, тянущаяся от 1960х годов⁵⁴. Было разработано несколько стандартизированных показателей для оценки целей и результатов, которые важны с точки зрения пациентов. В этом контексте, важны *нотетические* и *идиографические* показатели результатов. Большая часть результатов являются нотетическими, что означает, что пункты показателей встречаются у всех людей в разной степени проявления, а показатель предназначен для обозначения, где пациент находится в этой дименсии⁵⁵. Идиографические показатели, с другой стороны, основываются на уникальных чертах и образах пациентов.

Для целей и результатов, определенных пациентами, определенно больше подходят идиографические показатели.

Наиболее старшими из этих подходов является Целевые Жалобы⁵⁴. При этом подходе пациент описывает три целевые жалобы в клиническом интервью, и для каждой из этих жалоб как психотерапевт, так и пациент ранжируют их по степени значимости проблемы. После проведенного лечения и пациент, и психотерапевт оценивают по пятибалльной шкале, насколько исправилась каждая из этих проблем.

Другие показатели результата, определенного пациентом включают Профили психологических результатов (PSYCHLOPS)⁵⁶, Упрощенный Личностный опросник⁵⁷ и – в области детской и подростковой психиатрии – Главные Проблемы Молодежи⁵⁸. Эти инструменты различаются в плане вопросов, возможных ответов и момента времени, при котором они оцениваются. Но основная идея сильно сопоставима с Целевыми Жалобами в ключе того, что пациенты указывают, какие проблемы важны, в какой степени проблемы действуют на них, и на улучшение в течение терапии. Эти показатели различаются друг от друга в плане надежности и валидности⁵⁵, но обнаруживают свою пользу в клиническом использовании.

Оценка этих целей и результатов, определенных пациентом, может быть полезным в клинически практике несколькими способами, такими как более точное определение проблемы, выявленных с помощью стандартных измерений, концентрация внимания терапевта на этих проблемах, и увеличение влияния пациентов на формирование программы терапии.

Также есть несколько качественных исследований, оценивающих персональные цели и результаты психотерапии, хотя большая часть этих исследований были проведены в малых и

избирательных выборках⁴⁶. Исследования включали пациентов, получающих различные виды терапии, и не указывали на ясные, понятные виды целей и результатов, которые могут применяться среди пациентов. Многие из этих исследований говорят, что то, что пациенты считают важным в терапии, зависит от того, что им требуется на текущем этапе их жизни⁵⁹.

Одно исследование по малой группе пациентов использовало глубинное качественное интервью¹⁴, и обнаружили четыре категории результатов, которые были наиболее важными для пациентов: а) формирование новых способов отношений с другими; б) уменьшение выраженности симптомов или изменение поведения, которое причиняло страдания; в) более точное самопознание и критика; и г) принятие и осознание ценности себя.

Другое, более раннее исследование, было направлено на объединение результатов качественных исследований по полезному действию психотерапии^{60,61}. Было определено несколько категорий полезного действия, включая осведомленность, критичность и самопонимание, изменение поведения и решение проблем, подкрепление, облегчение и лучшее понимание чувств и ощущений.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СВЯЗАННЫЕ С НИМ ЦЕЛИ И РЕЗУЛЬТАТЫ

Имеет быть растущее мнение, что исследования по психотерапии и другим видам лечения психических расстройств не должны рассматривать лишь симптомы расстройства в качестве целей и результатов, а также рассматривать более широкое понятие качества жизни⁶². Однако что качество жизни точно значит, остается неясным. Оно может рассматриваться как многомерный конструкт, заключающийся в себя физическую, психическую и социальную сферы здоровья⁶³. Оно содержит в себе спектр областей

жизни, включая социальные отношения, физические способности, психическое функционирование, ролевое функционирование и вовлеченность в повседневную активность⁶⁴.

В большинстве исследований результатов психотерапии качество жизни измеряется с помощью самоотчетных инструментов. Имеется значительный массив исследований по эффектам психотерапии на качество жизни, измеренное по самоотчетам, практически для всех психических расстройств. Результаты наиболее важных мета-анализов сведены в Таблице №3. Значимый эффект психотерапии на качество жизни был обнаружен при депрессии, расстройствах пищевого поведения и тревожных расстройствах, в сравнении с контрольными группами. Значимый эффект при шизофрении найден не был.

Качество жизни также содержит более конкретные области, такие как величина дохода, трудоустройство и место жительства. Доступно множество мероприятий для пациентов с психическими расстройствами, которые направлены, например, на помощь им с трудоустройством, или на поддержание их жилищных условий. Эти мероприятия, однако, находятся вне пределов психотерапии.

Есть несколько исследований, оценивающих эффекты психотерапии на более широкие области качества жизни. Например, некоторые мета-анализы обнаружили, что психотерапия при депрессии не только имеет значимый эффект на депрессивные симптомы, но и на социальную поддержку ($g=0.38$; 95% ДИ: 0.29-0.48)⁷¹ и социальное функционирование ($g=0.46$, 95% ДИ: 0.32-0.60)⁷². Также из малых мета-анализов есть указания, что психотерапия матерей с депрессией может привести к улучшению родительских функций ($g=0.67$; 95% ДИ: 0.30-1.04), улучшению детско-родительских взаимодействий ($g=0.35$; 95% CI: 0.17-0.52) и улучшению психического здоровья детей ($g=0.40$; 95% ДИ: 0.22-0.59)⁷³. В этих мета-анализах, сильная связь чаще обнаруживалась между эффектами на психопатологию и эффектами на аспекты качества жизни.

ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ: МЕДИАТОРЫ И РАБОЧИЕ МЕХАНИЗМЫ

Хоть большая часть исследований по психотерапии концентрировали внимание на симптомах расстройств в качестве результатов, психотерапевты из различных школ имеют различные взгляды на то, как эти улучшения реализуются. Каждый вид психотерапии имеет свою собственную теоретиче-

скую модель того, что обуславливает изменения у пациента. С точки зрения исследований КПТ превалирует в этой области, и большая часть рандомизированных исследований сосредоточены, в основном, на этом виде терапии.

КПТ направлена на исправление стереотипов мышления, которые, как предполагается, являются причиной психопатологии, и психотерапевты, использующие КПТ, считают, что, при исправлении этих стереотипов, терапия является успешной и симптомы устраняются.

Однако данные, доказывающие, что изменения этих стереотипов являются медиаторами эффекта КПТ, не очень убедительны. Большинство исследований в этой области были проведены на депрессии. Мета-анализ 26 рандомизированных исследований КПТ при депрессии обнаружили, что дисфункциональное мышление действительно изменилось в ходе терапии⁷⁴. Однако оно также изменилось и при других видах терапии, которые не направлены специфически на дисфункциональное мышление, также не было явных различий между КПТ и другими видами психотерапии. Поэтому, возможно, что дисфункциональное мышление может скорее рассматриваться как проявление депрессии, которое может улучшаться при улучшении симптомов депрессии, а не в качестве медиатора эффекта или основного рабочего механизма КПТ. В связи с этим, нет доказательств, что изменение стереотипов мышления следует действительно рассматривать в качестве цели или результата индивидуальной психотерапии.

Одна важная категория психотерапий, психодинамическая, полагает, что психопатология связана с качеством ранней привязанности⁷⁵ пациента и значимыми событиями детства, которые могут сопровождаться фрустрацией, стыдом, потерей, беспомощности, одиночеством или виной⁷⁶. Эти переживания в ходе стадий развития формируют личность и уязвимость для психопатологии позже в жизни. Симптомы психических расстройств не рассматриваются в качестве основы проблемы, а как следствие открытых проблем личности. Терапия, таким образом, не направлена на симптомы, а на решение глубоких внутриличностных проблем. Психотерапевты, предполагают, работают через уменьшение бессознательного конфликта⁷⁷.

Ведется дискуссия о том, могут ли нет быть измерены эмпирически бессознательные проблемы^{77,78}. Но нет причин, почему они не могут быть измерены как механизмы измерений психодинамической психотерапии, но

едва ли доступны исследования по этим медиаторам или механизмам изменения.

Модель «общих факторов является» третьей теоретической модель. механизмов работы психотерапии^{53,79-81}. Согласно этой модели предполагается, что психотерапия не работает через применяемые специфические техники, а через общие факторы для всех типов терапии. Взаимосвязь между пациентом и терапевтом является важным общим фактором, а также вера и ожидание, что проблемы будут решены (путем логического обоснования, данного психотерапевтом, того, что является причиной проблем и каким образом они могут быть решены). Так, согласно этой модели, формирование эффективных отношений с пациентом является необходимой целью психотерапии.

Основной проблемой с промежуточными результатами и целями психотерапии является то, что рандомизированные исследования могут показать, что терапия работает, но гораздо сложнее показать, как терапия работает⁸¹⁻⁸³. Исследования механизмов действия и медиаторов на настоящий момент являются корреляционными: с целью установить, что медиаторы действительно являются причинным фактором в процессе выздоровления, исследования не только должны показать, что как результат, так и медиатор улучшаются, но и что эти улучшения связаны друг с другом. В дополнение к этому, должна быть показана временная взаимосвязь (изменение в медиаторе происходит до изменения в результате) и определена дозозависимая взаимосвязь с ответом (более сильное изменение медиатора связана с более сильным изменением результата), и должны быть предоставлены доказательства, что никакая третья переменная не является причиной этих изменений, как в медиаторе, так и в результате. И даже если это все продемонстрировано, необходимы подтверждающие экспериментальные исследования и сильная теоретическая основа, чтобы убедительно доказать, что эта переменная может быть действительно настоящим медиатором.

В настоящий момент, ни один (общий или специфичный) фактор не удовлетворяет этим критериям и может, как следствие, рассматриваться как эмпирически доказанный механизм действия. Как сообщает Kadzin⁸³, спустя десятилетия исследований психотерапии, мы не можем привести объяснения, основанного на доказательствах, того, как и почему даже наши самые исследованные процедуры производят изменения». Это означает, что психотерапия может иметь промежуточные цели и результаты, но нет

доказательств, что эти цели и результаты в действительности имеют влияние на проблемы психического здоровья.

НЕГАТИВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

«Не навреди» – важный завет для любого биомедицинского вмешательства. Негативные изменения являются особым видом целей и результатов в том смысле, что их следует избегать, а не осуществлять. Хотя важность негативных эффектов психотерапии обсуждалась в течение нескольких десятилетий^{88,86}, только сейчас они стали одними из основных задач, которые должны быть приоритетными в исследованиях⁸⁷⁻⁹⁰. В настоящий момент можно сказать, что есть консенсус в поле исследований психотерапии, что негативные эффекты должны быть лучше оценены и что они были почти, что проигнорированы в большей части исследований до настоящего момента^{89,91}.

Остается неясным, как должны быть определены негативные эффекты психотерапии^{91,92}. Важные типы негативных результатов включают высокий риск ухудшения в ходе терапии⁹⁰ и тяжелые нежелательные явления⁹³. Однако имеется множество других типов негативных результатов, которые могут быть рассмотрены⁹⁴. Например, в качестве негативных результатов могут быть рассмотрены резистентность и отказ от лечения.

Есть несколько примеров так называемых «альтернативных» или потенциально вредных психотерапий, таких как повторное рождение, воспитание испугом, разбор стресса критических событий и техники восстановления воспоминаний^{87,95}. Считается, что подобные виды терапии имеют, в целом, негативный эффект, и совершенно не должны применяться. Однако негативные эффекты имеют быть и при доказательных видах психотерапии. Хотя в среднем выраженность симптомов может улучшаться при этих видах терапии, но это не означает, что у некоторых лиц не могут возникнуть негативные эффекты.

Систематическое исследование негативных эффектов психотерапии стали проводиться, в целом, довольно недавно. Традиционные мета-анализы контролируемых исследований психотерапии при депрессии обнаружили, что только в 6% всех исследований сообщали о тенденции к ухудшению⁹⁰. Обобщенное отношение рисков (RR) ухудшения в 18 исследованиях (23 сравнения), в которых сообщалось об этих тенденциях, было равно 0,39 (95% ДИ: 0,27-0,57), что означает, что пациенты в группах психотерапии имели на 61% ниже шанс ухудшиться,

чем пациенты в контрольной группе. Большая часть исследований определяло ухудшение согласно критериям, предложенным Jacobson и Truax⁹⁶, которые указывают, что выраженность психопатологии пациента стал значительно хуже и удовлетворяет критериям тяжелого расстройства.

Мета-анализы индивидуальных данных пациентов (ИДП) больше подходят для оценки степени ухудшения в исследованиях психотерапии. Рандомизированные клинические исследования, как правило, не имеют достаточной статистической мощности для обнаружения различий в степени ухудшения между различными условиями, так как эти степени ухудшения обычно являются низкими. При мета-анализах ИДП первичные данные из индивидуальных исследований собираются и соединяются в одну базу данных. Так как конечные базы данных являются обычно большими, они имеют достаточную статистическую мощность для оценки сравнительно редких событий, таких как ухудшение.

В одном мета-анализе ИДП были включены 16 исследований, сравнивающих КПТ и антидепрессанты, с выборкой в 1700 депрессивных пациентов⁹⁷. 5-7% пациентов показали какое-либо ухудшение (увеличение на 1 балл по шкалам HAMD или BDI), 1% показали серьезное ухудшение (увеличение на более чем 8 баллов по HAMD, или на более чем 9 баллов по BDI) и 4-5% пациентов показали отсутствие ответа (баллы по HAMD после лечения были равны 21 или выше, и по BDI – более 31). Значимой разницы между антидепрессантами и КПТ ни в одном сравнении найдено не было.

В двух других мета-анализах ИДП была оценена частота ухудшений при направляемой системе самопомощи при депрессии, основанной на КПТ и проводимой через интернет. Один из них включал данные из 18 исследований с 2079 участниками⁹⁸. Частота значительного ухудшения была 3% при КПТ и 8% при контрольных условиях (RR=0,47; 9% ДИ: 0,29-0,75). Другой мета-анализ, сфокусированный на Интернет-КПТ без какого-либо участия человека, включал 13 исследований с 3805 участниками, и было обнаружено, что ухудшение имели 6% участников в сравнении с 9% участников в контрольной группе (Отношение шансов, OR=0,62; 95% ДИ: 0,46-0,83)⁹⁹.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

В экономических исследованиях результаты терапии часто оцениваются с помощью анализа полезности

затрат (АПЗ) или анализа затрат-эффективности (АЗЭ)¹⁰⁰.

Для большинства психических расстройств доступно лишь один или два АПЗ или АЗЭ психотерапии. Это верно в случае биполярного расстройства¹⁰¹, обсессивно-компульсивного расстройства¹⁰², социального тревожного расстройства, панического расстройства, посттравматического стрессового расстройства^{100,103} и генерализованного тревожного расстройства^{100,104}. Больше исследований доступно по депрессиям¹⁰⁵. Но большая часть этих исследований сосредоточена на КПТ, в то время как до других видов терапии интереса мало. Доступные исследования говорят, что КПТ при депрессии более затратно-эффективно в сравнении с фармакотерапией в долгосрочной перспективе¹⁰⁵.

Растущее число АЗЭ и АПЗ сконцентрировали внимание на вмешательствах, предоставляемых через интернет, причем имеются данные, что они более затратно-эффективны в сравнении с листом ожидания, стандартным лечением, групповой когнитивно-поведенческой терапией, техникой контроля внимания или консультированием по телефону¹⁰⁶, хотя это не подтверждается во всех исследованиях.

РАЗЛИЧНЫЕ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ОТ РАЗЛИЧНЫХ УЧАСТНИКОВ ПРОЦЕССА

В данной статье мы описали основные виды целей и результатов психотерапии. Но что является самым важным? Это сильно зависит от того, кому задавать этот вопрос. Большинство исследований целей и результатов ориентированы на симптомы психических расстройств. Но, как мы отмечали, пациенты могут не рассматривать уменьшение симптомов как единственный и самый важный результат терапии. Они обычно работают в системах здравоохранения, в которых предполагается вылечить психическое здоровье пациента. Таким образом, одной из их основных целей является уменьшение симптомов расстройства. Но они также хотят помочь пациентам решить их личные проблемы. Более того, они обычно работают внутри теоретической модели, такой как когнитивно-поведенческая, психодинамическая или модель «общего фактора», каждая из которых имеет важные промежуточные результаты.

Но имеются еще участники процесса. Страховые компании также имеют их собственную точку зрения на то, какими должны быть цели и результаты терапии. Они хотят, чтобы терапия была эффективной, но имела минимальную стоимость. Сообщества, в

широком смысле, хотя, чтобы терапия помогала отдельным пациентам, но они так же ожидают, что их общественное бремя психических расстройств в экономическом плане, а также исправит проблемы в социальном плане, например, возникающие у пациентов с антисоциальным расстройством личности. Родственники желают для пациентов лучших результатов, но также имеют собственные цели и результаты. Работодатели особенно заинтересованы в возвращении пациентов с психическими расстройствами к работе такими же продуктивными, как и до развития психического расстройства.

Таким образом, вопрос о том, какие цели и результаты психотерапии являются самыми важными, сильно зависит от точки зрения рассматриваемого участника процесса. На текущий момент, большая часть исследований сконцентрированы на симптоматологии психических расстройств, но с легкостью можно сказать, что пациенты должны иметь самый весомый голос в принятии решения о том, какие результаты являются самыми важными. Пациент – это тот, кто страдает от психического расстройства и, так как мы точно не знаем, чем точно являются психические расстройства или каковы могут быть их причины, мы должны полагаться на решение того, кто страдает ими, о том, какие результаты имеют приоритет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

До сих пор неясно, что такое психические расстройства и каковы причинные пути, которые приводят к ним. Это делает трудным решить, какими должны быть цели и результаты психотерапии. В данной статье были описаны различные точки зрения на эту проблему и различные типы результатов.

Системы DSM и МКБ доминировали в исследовательском поле на протяжении десятилетий и привели к выделению усиленного внимания к основным симптомам психических расстройств как главных результатов терапии. Однако имеется растущая критика систем DSM/МКБ и, вместе с этим, чаще выставляется вопрос о том, должны ли симптомы быть основными показателями терапии. Эта статья подчеркнула, что пациенты часто имеют другую точку зрения касательно целей и результатов психотерапии. Качество жизни является одним из широких видов результатов, оцененных в рандомизированных исследованиях. Терапевты имеют другие промежуточные цели, и они сильно зависят от вида терапии, которую они применяют, в то время как имеется мало данных, что эти промежу-

точные цели связаны с результатами. Экономические результаты также являются важными для пациентов, сотрудников здравоохранения и сообществ. Пациенты должны иметь исключительно сильнейший голос в решении того, какие цели и результаты психотерапии должны иметь приоритет.

Также важно, что в этой области исследований достигнут консенсус по поводу того, какими должны быть основные результаты психотерапии в рандомизированных исследованиях. Из-за такого недостаточного согласия в различных исследованиях используются разные показатели и инструменты. Даже если инструменты оценивают один и тот же конструкт, их гетерогенность может привести к несоответствию в отчетах и трудностям при сравнении и совмещении данных в систематические обзоры и мета-анализы¹⁰⁸⁻¹¹⁰. Более того, качество оценок результатов сильно различаются, и во многих случаях наиболее достоверные и валидные параметры результатов так и не выбраны¹⁰⁸. Следовательно, очень необходима стандартизация выбора результатов и их параметров.

Некоторые важные типы результатов не были достаточно оценены в исследованиях психотерапии, включая результаты с точки зрения пациентов, негативные результаты, медиаторы и промежуточные цели и результаты, а также экономические результаты. Важно, что все больше исследований проводятся по этим результатам.

Очень сложно дать ответ на вопрос о том, какими должны быть цели и результаты психотерапии, и он зависит от того, чью точку зрения занять. Из-за огромного бремени психических расстройств это является особо важным вопросом, и целью следующих десятилетий является дать на него ответ.

Источники:

1. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017;390:1211-59.
2. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry* 2016;3:171-8.
3. National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Depression, Parenting Practices, and the Healthy Development of Children. *Depression in parents, parenting, and children: opportunities to improve identification, treatment and prevention*. Washington: National Academies Press, 2009.

4. Reupert AE, Maybery DJ, Kowalenko NM. Children whose parents have a mental illness: prevalence, need and treatment. *MJA Open* 2012;1(Suppl. 1):7-9.
5. Beardslee WR, Gladstone TR, O'Connor EE. Transmission and prevention of mood disorders among children of affectively ill parents: a review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50:1098-109.
6. Bloom DE, Cafiero E, Jané-Llopis E et al. The global economic burden of noncommunicable diseases. Geneva: World Economic Forum, 2011.
7. Liu NH, Daumit GL, Dua T et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry* 2017;16:30-40.
8. Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J et al. Comprehensive meta-analysis of excess mortality in depression in the general community versus patients with specific illnesses. *Am J Psychiatry* 2014;171:453-62.
9. Krueger RF, Hopwood CJ, Wright AG et al. Challenges and strategies in helping the DSM become more dimensional and empirically based. *Curr Psychiatry Rep* 2014;16:515.
10. Krueger RF, Kotov R, Watson D et al. Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. *World Psychiatry* 2018;17:282-93.
11. Widiger TA, Samuel DB. Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – fifth edition. *J Abnorm Psychol* 2005;114:494-504.
12. Cuthbert BN, Insel TR. Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Med* 2013;11:126.
13. Greenberg G. *The book of woe: The DSM and the unmaking of psychiatry*. New York: Penguin, 2013.
14. Binder PE, Hølgersen H, Nielsen GH. What is a “good outcome” in psychotherapy? A qualitative exploration of former patients' point of view. *Psychother Res* 2010;20:285-94.
15. Cuijpers P, Karyotaki E, Reijnders M et al. Was Eysenck right after all? A reassessment of the effects of psychotherapy for adult depression. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019;28:21-30.
16. Mohr DC, Ho J, Hart TL et al. Control condition design and implementation features in controlled trials: a meta-analysis of trials evaluating psychotherapy for depression. *Translat Behav Med* 2014;4:407-23.
17. Cuijpers P, Berking M, Andersson G et al. A meta-analysis of cognitive behavior therapy for adult depression, alone and in comparison to other treatments. *Can J Psychiatry* 2013;58:376-85.
18. Cuijpers P, Cristea IA, Karyotaki E et al. How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry* 2016;15:245-58.
19. Mayo-Wilson E, Dias S, Mavranzeouli I et al. Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2014;1:368-76.

20. Barkowski S, Schwartze D, Strauss B et al. Efficacy of group psychotherapy for social anxiety disorder: a meta-analysis of randomized-controlled trials. *J Anxiety Disord* 2016;39:44-64.
21. Pompoli A, Furukawa TA, Imai H et al. Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;4:CD011004.
22. Mayo-Wilson E, Montgomery P. Media-delivered cognitive behavioural therapy and behavioural therapy (self-help) for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;9:CD005330.
23. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole S et al. Psychological treatment of generalized anxiety disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2014;34: 130-40.
24. Bisson JI, Roberts NP, Andrew M et al. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;12:CD003388.
25. Gerger H, Munder T, Gemperli A et al. Integrating fragmented evidence by network meta-analysis: relative effectiveness of psychological interventions for adults with post-traumatic stress disorder. *Psychol Med* 2014;44:3151-64.
26. Olatunji BO, Davis ML, Powers MB et al. Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *J Psychiatr Res* 2013; 47:33-41.
27. Ost LG, Havnen A, Hansen B et al. Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. *Clin Psychol Rev* 2015;40:156-69.
28. Velthorst E, Koeter M, van der Gaag M et al. Adapted cognitive-behavioural therapy required for targeting negative symptoms in schizophrenia: meta-analysis and meta-regression. *Psychol Med* 2015;45:453-65.
29. Burns AM, Erickson DH, Brenner CA et al. Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant psychosis: a meta-analytic review. *Psychiatr Serv* 2014;65:874-80.
30. Eichner C, Berna F. Acceptance and efficacy of metacognitive training (MCT) on positive symptoms and delusions in patients with schizophrenia: a meta-analysis taking into account important moderators. *Schizophr Bull* 2016;42: 952-62.
31. Chatterton ML, Stockings E, Berk M et al. Psychosocial therapies for the adjunctive treatment of bipolar disorder in adults: network meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2017;210:333- 41.
32. Chiang KJ, Tsai JC, Liu D et al. Efficacy of cognitive-behavioral therapy in patients with bipolar disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One* 2017;12:e0176849.
33. Driessen E, Hollon SD, Bockting CLH et al. Does publication bias inflate the apparent efficacy of psychological treatment for major depressive disorder? A systematic review and meta-analysis of US National Institutes of Health-funded trials. *PLoS One* 2015;10:e0137864.
34. Cuijpers P, Smit F, Bohlmeijer ET et al. Is the efficacy of cognitive behaviour therapy and other psychological treatments for adult depression overestimated? A meta-analytic study of publication bias. *Br J Psychiatry* 2010;196:173-8.
35. Dal-Ré R, Bobes J, Cuijpers P. Why prudence is needed when interpreting articles reporting clinical trials results in mental health. *Trials* 2017;18:143.
36. Cuijpers P, van Straten A, Bohlmeijer E et al. The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: a meta-analysis of study quality and effect size. *Psychol Med* 2010;40: 211-23.
37. Munder T, Brüttsch O, Leonhart R et al. Researcher allegiance in psychotherapy outcome research: an overview of reviews. *Clin Psychol Rev* 2013;33:501-11
38. Leykin Y, DeRubeis RJ. Allegiance in psychotherapy outcome research: separating association from bias. *Clin Psychol Sci Pract* 2009;16: 4-65.
39. Furukawa TA, Noma H, Caldwell DM et al. Waiting list may be a nocebo condition in psychotherapy trials: a contribution from network meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2014;130:181- 92.
40. Gold SM, Enck P, Hasselmann H et al. Control conditions for randomized trials of behavioural interventions in psychiatry: a decision framework. *Lancet Psychiatry* 2017;4:725-32.
41. Beck AT, Ward CH, Mendelson M et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
42. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
43. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* 2018; 391:1357-66.
44. Hunt M. How science takes stock: the story of meta-analysis. New York: Russell Sage Foundation, 1997.
45. Cuijpers P, Li J, Hofmann SG et al. Self-reported versus clinician-rated symptoms of depression as outcome measures in psychotherapy research on depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2010;30:768-78.
46. Hill CE, Chui H, Baumann E. Revisiting and reenvisioning the outcome problem in psychotherapy: an argument to include individualized and qualitative measurement. *Psychotherapy* 2013;50:68-76.
47. Yalom ID. Existential psychotherapy. New York: Basic Books, 1980.
48. Lilienfeld SO, Treadway MT. Clashing diagnostic approaches: DSM-ICD versus RDoC. *Annu Rev Clin Psychol* 2016;12:435-63.
49. Borsboom D. A network theory of mental disorders. *World Psychiatry* 2017;16:5-13.
50. Insel T, Cuthbert B, Garvey M et al. Research Domain Criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry* 2010;167:748-51.
51. Insel TR. The NIMH Research Domain Criteria (RDoC) Project: precision medicine for psychiatry. *Am J Psychiatry* 2014;171: 395-7.
52. Kealy D, Joyce AS, Weber R et al. What the patient wants: addressing patients' treatment targets in an integrative group psychotherapy programme. *Psychol Psychother* 2019;92:20- 38.
53. Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry* 2015;14:270-7.
54. Battle CC, Imber SD, Hoehn-Saric R et al. Target complaints as criteria of improvement. *Am J Psychother* 1966;20:184-92.
55. Sales CMD, Alves PCG. Patient-centered assessment in psychotherapy: a review of individualized tools. *Clin Psychol Sci Pract* 2016;23: 265-83.
56. Ashworth M, Shepherd M, Christey J et al. A client-generated psychometric instrument: the development of 'PSYCHLOPS'. *Couns Psy-chother Res* 2004;4:27-31.
57. Elliott R, Wagner J, Sales CMD et al. Psychometrics of the Personal Questionnaire: a client-generated outcome measure. *Psychol Assess* 2016;28:263-78.
58. Weisz JR, Chorpita BF, Frye A et al. Youth Top Problems: using idiographic, consumer-guided assessment to identify treatment needs and to track change during psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 2011;79:369-80.
59. McLeod J. Qualitative research in counselling and psychotherapy. London: Sage, 2011.
60. Timulak L, Keogh D. The client's perspective on (experiences of) psychotherapy: a practice friendly review. *J Clin Psychol* 2017;73:1556-67.
61. Timulak L, McElvaney R. Qualitative meta-analysis of insight events in psychotherapy. *Couns Psychol Quart* 2013;26:131-50.
62. Saarni SI, Suvisaari J, Sintonen H et al. Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *Br J Psychiatry* 2007;190:326-32.
63. WHOQOL group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995;41: 1403-9.
64. Kolovos S, Kleiboer A, Cuijpers P. The effect of psychotherapy for depression on quality of life: a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2016;209:460-8.
65. Linardon J, Brennan L. The effects of cognitive-behavioral therapy for eating disorders on quality of life: a meta-analysis. *Int J Eat Disord* 2017;50:715-30.
66. Laws KR, Darlington N, Kondel TK. Cognitive behavioural therapy for schizophrenia – outcomes for functioning, distress and quality of life: a meta-analysis. *BMC Psychol* 2018;6:32.
67. Hofmann SG, Wu JQ, Boettcher H. Effect of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2014;82:375–91.
68. Kamenov K, Twomey C, Cabello M et al. The efficacy of psychotherapy, pharmacotherapy and their combination on functioning and quality of life in depression: a meta-analysis. *Psychol Med* 2017;47:414-25.
69. Bitter NA, Roeg DP, van Nieuwenhuizen C et al. Identifying profiles of service users in housing services and exploring their quality of life and care needs. *BMC Psychiatry* 2016;16:419.

70. Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH et al. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;12:CD006237.
71. Park M, Cuijpers P, van Straten A et al. The effects of psychological treatments of adult depression on social support: a meta-analysis. *Cogn Ther Res* 2014;38:600-11.
72. Renner F, Cuijpers P, Huibers MJH. The effect of psychotherapy for depression on improvements in social functioning: a meta-analysis. *Psychol Med* 2013;44:2913-26.
73. Cuijpers P, Weitz E, Karyotaki E et al. The effects of psychological treatment of maternal depression on children and parental functioning: a meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014;24:237-45.
74. Cristea IA, Huibers MJ, David D et al. The effects of cognitive behavior therapy for adult depression on dysfunctional thinking: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2015;42:62-71.
75. Bowlby J. *A secure base*. London: Routledge, 2005.
76. Kohut H. *The analysis of the self: a systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. New York: International Universities Press, 1971.
77. Leichsenring F, Steinert C, Crits-Christoph P. On mechanisms of change in psychodynamic therapy. *Z Psychosom Med Psychother* 2018; 64:16-22.
78. Hoffart A, Johnson SU. Psychodynamic and cognitive-behavioral therapies are more different than you think: conceptualizations of mental problems and consequences for studying mechanisms of change. *Clin Psychol Sci* 2017;5:1070- 86.
79. Frank JD. *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1961.
80. Wampold BE, Imel ZE. *The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychotherapy work*, 2nd ed. New York: Routledge, 2015.
81. Cuijpers P, Reijnders M, Huibers MJH. The role of common factors in psychotherapy outcome. *Annu Rev Clin Psychol* 2019;15:207-31.
82. Kazdin AE. Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychother Res* 2009;19:418-28.
83. Kazdin AE. Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annu Rev Clin Psychol* 2007;3:1-27.
84. Sokol DK. "First do no harm" revisited. *BMJ* 2013;347:f6426.
85. Hadley SW, Strupp HH. Contemporary views of negative effects in psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:1291-302.
86. Mohr DC. Negative outcome in psychotherapy: a critical review. *Clin Psychol Sci Pract* 1995; 2:1-27.
87. Berk M, Parker G. The elephant on the couch: side-effects of psychotherapy. *Aust N Z J Psychiatry* 2009;43:787-94.
88. Lilienfeld SO. Psychological treatments that cause harm. *Perspect Psychol Sci* 2007;2:53- 70.
89. Barlow DH. Negative effects from psychological treatments: a perspective. *Am Psychol* 2010;65:13-20.
90. Cuijpers P, Reijnders M, Karyotaki E et al. Negative effects of psychotherapies for adult depression: a meta-analysis of deterioration rates. *J Affect Disord* 2018;239:138-45.
91. Dimidjian S, Hollon SD. How would we know if psychotherapy were harmful? *Am Psychol* 2010;65:21-33.
92. Boisvert CM. Negative treatment effects: is it time for a black box warning? *Am Psychol* 2010; 65:680-1.
93. Rozental A, Andersson G, Boettcher J et al. Consensus statement on defining and measuring negative effects of Internet interventions. *Internet Interv* 2014;1:12-19.
94. Linden M. How to define, find and classify side effects in psychotherapy: from unwanted events to adverse treatment reactions. *Clin Psychol Psychother* 2013;20:286-96.
95. Beyerstein BL. Fringe psychotherapies: the public at risk. *Sci Rev Altern Med* 2001;5:70-9.
96. Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol* 1991;59:12-9.
97. Vittengl JR, Jarrett RB, Weitz E et al. Divergent outcomes in cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy for adult depression. *Am J Psychiatry* 2015;173:481-90.
98. Ebert DD, Donkin L, Andersson G et al. Does Internet-based guided-self-help for depression cause harm? An individual participant data meta-analysis on deterioration rates and its moderators in randomized controlled trials. *Psychol Med* 2016;46:2679-93.
99. Karyotaki E, Kemmeren L, Riper H et al. Is self-guided internet-based cognitive behavioural therapy (iCBT) harmful? An individual participant data meta-analysis. *Psychol Med* 2018;48:2456-66.
100. Ophuis RH, Lokkerbol J, Heemskerk SC et al. Cost-effectiveness of interventions for treating anxiety disorders: a systematic review. *J Affect Disord* 2017;210:1-13.
101. Pari AA, Simon J, Wolstenholme J et al. Economic evaluations in bipolar disorder: a systematic review and critical appraisal. *Bipolar Disord* 2014;16:557-82.
102. Skapinakis P, Caldwell D, Hollingworth W. A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of pharmacological and psychological interventions for the management of obsessive-compulsive disorder in children/adolescents and adults. *Health Technol Assess* 2016;20:43.
103. Konnopka A, Leichsenring F, Leibling E et al. Cost-of-illness studies and cost-effectiveness analyses in anxiety disorders: a systematic re-view. *J Affect Disord* 2009;114:14-31.
104. Berezina BG, Machado M, Einarson TR. Systematic review and quality assessment of economic evaluations and quality-of-life studies related to generalized anxiety disorder. *Clin Ther* 2009;31:1279-308.
105. Karyotaki E, Tordrup D, Buntrock C et al. Economic evidence for the clinical management of major depressive disorder: a systematic review and quality appraisal of economic evaluations alongside randomized controlled trials. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2017;26:501-16.
106. Donker T, Blankers M, Hedman E et al. Economic evaluations of Internet interventions for mental health: a systematic review. *Psychol Med* 2015;45:3357-76.
107. Kolovos S, van Dongen JM, Riper H et al. Cost effectiveness of guided Internet-based interventions for depression in comparison with control conditions: an individual-participant data meta-analysis. *Depress Anxiety* 2018;35:209-19.
108. Prinsen CAC, Vohra S, Rose MR et al. How to select outcome measurement instruments for outcomes included in a "Core Outcome Set" – a practical guideline. *Trials* 2016;17:449.
109. Williamson PR, Altman DG, Blazeby JM et al. Developing core outcome sets for clinical trials: issues to consider. *Trials* 2012;13:132.
110. Gorst SL, Gargon E, Clarke M et al. Choosing important health outcomes for comparative effectiveness research: an updated review and user survey. *PLoS One* 2016;11:e0146444.

DOI:10.1002/wps.20661