

Что понимается под «доказательством» применительно к психотерапии?

Концепция доказательной медицины (ДМ), которая возникла в начале 1990-х годов на базе Университета МакМастера (Канада) и распространилась в Великобритании и Северной Америке, провозгласила стремление поставить медицину на более прочный научный фундамент. ДМ имела две глобальные цели: установить рекомендательные («как следует») стандарты, которые ориентировали бы практикующих врачей на применение научно обоснованных видов вмешательств, и нежелательные («как не следует») стандарты, которые предостерегали бы от использования видов вмешательств, не подтверждаемых наукой.

Вскоре идеи ДМ распространились и на область психотерапии. Доказательные виды психотерапии зачастую воспринимаются как стул на трех ножках. Одну из них составляют лучшие из имеющихся доказательств эффективности (положительный эффект в рамках строго контролируемых условий) и результативности (положительный эффект в реальных условиях); две другие – это клинический опыт и предпочтения/ценности пациента (см. Cuijpers¹ в настоящем выпуске журнала).

Тем не менее, в связи с возросшим влиянием ДМ, остается один назойливый вопрос: как нам следует концептуализировать доказательства применительно к психотерапии? Хотя концепция «доказательства» может казаться очевидной, результаты опросов показывают, что представители различных научных дисциплин, включая социальные и естественные науки, часто сильно расходятся во взглядах по поводу этого определения^{2,3}.

Вероятно, наиболее влиятельная практическая концепция доказательного «элемента» вышеупомянутого стула была предложена в середине 1990-х годов Американской психологической ассоциацией (American Psychological Association – APA). Изначально обозначенный как «эмпирически валидированная терапия», а позже – как «эмпирически обоснованная терапия» (empirically supported therapies – ESTs), этот элемент включает в себя виды психотерапии, которые обычно применяются на базе руководств и показали свою успешность при работе с определенным психологическим состоянием.

Смоделированные в значительной степени по образцу рекомендаций для лекарственных препаратов Управления США по контролю за пищевыми и лекарственными средствами (US Food and Drug Administration), критерии EST рассматривают лечение как «хорошо зарекомендовавшее себя», если оно сработало лучше, чем плацебо или альтернативный вид вмешательства, или столь же хорошо, как другой эмпирически обоснованный вид вмешательства, как минимум в двух независимых (проведенных разными группами исследователей) рандомизированных контролируемых исследованиях, или в серии систематических внутригрупповых исследований. Во вторую категорию EST – «вероятно эффективные» виды лечения – попадают, помимо прочего, вмешательства, которые проявили себя лучше в сравнении с контрольной группой листа ожидания или которые соответствуют упомянутым выше критериям «хорошо зарекомендовавших себя», но без условия независимой воспроизводимости результатов.

Другие критерии для доказательных видов психотерапии, такие как недавние практические рекомендации APA для посттравматического стрессового расстройства, депрессии и детского ожирения, а также рекомендации Национального института совершенствования качества охраны здоровья

Великобритании (UK National Institute for Health and Care Excellence – NICE), принимают во внимание более широкий спектр доказательств исходов, чем критерии EST.

Несмотря на заслуживающие одобрения усилия этих организаций, остается множество причин сомневаться в том, что текущая практическая концептуализация доказательной психотерапии достигла своей цели – сдержать распространение ненаучных видов вмешательств. Так, в 2016 году Управление наркологических и психиатрических служб США (US Substance Abuse and Mental Health Services Administration) добавило в свой реестр доказательных практик терапию мысленного поля, которая базируется на сомнительном с позиции науки предположении, что психопатологию можно лечить путем снятия блоков в невидимых и не поддающихся измерению энергетических полях. В 2018 году NICE были выпущены «исследовательские рекомендации» для похожего вида энергетической терапии – техник эмоционального освобождения⁴. Множество других сомнительных с научной точки зрения методов, такие как групповая игра на барабанах, терапия с помощью лошадей, применение акупунктуры для лечения депрессии и музыкальная терапия для лечения аутизма, также подаются как имеющие доказательную основу. По правде говоря, большинство из них могут вполне соответствовать критериям APA для эмпирически обоснованных видов терапии⁵.

Хотя и являясь важной первой ступенькой, текущие доказательные рекомендации, в том числе установленные для EST, упускают из вида ряд ключевых источников доказательств, необходимых для адекватной оценки научной обоснованности того или иного вида психотерапии. Для решения этой проблемы в рекомендации по EST должны быть включены четыре дополнительные линии доказательств.

Во-первых, кризис воспроизводимости результатов исследований в психологии и других областях напоминает нам о том, что следует скептически относиться к данным, если они не были широко воспроизведены в исследованиях, проведенных несколькими независимыми командами, в идеале – с исключением фактора приверженности определенным теориям. С этой точки зрения критерии APA для EST представляются слишком слабыми: они допускают эмпирическую поддержку видов вмешательств, для которых были получены положительные результаты лишь в двух исследованиях, и даже для тех, в отношении которых были неоднократно получены отрицательные результаты. Для обеспечения более строгого доказательного подхода критерии EST должны учитывать весь спектр данных об исходах лечения: как положительные, так и отрицательные, а также опубликованные и неопубликованные. Они также должны принимать во внимание качество методологии охватываемых исследований, например, потенциальные источники систематической ошибки (такие как дифференцированное выбытие участников из групп, некачественная рандомизация по условиям). Наконец, им необходимо применять статистические инструменты, такие как байесовские методы, технологии анализа распределения р-значений, г-индекс воспроизводимости, для измерения доказательной силы и оценки риска предвзятости при публикации результатов исследования⁶.

Во-вторых, доказательные рекомендации должны отступать от опоры только лишь на оценку симптоматических улучшений, как это обозначено в критериях EST, и ввести

объективные и субъективные критерии повседневного жизненного функционирования^{1,7}. Некоторые пациенты с большим депрессивным расстройством, к примеру, могут продемонстрировать значительное улучшение в том, что касается знаков и симптомов депрессии (ангедония, чувство вины), однако продолжать испытывать трудности в работе и межличностных отношениях.

В-третьих, промежуточные, но вновь и вновь появляющиеся результаты экспериментальных и псевдоэкспериментальных исследований говорят о том, что некоторые виды вмешательств, такие как кризисный дебрифинг по факту травматического события, методы «воспитания испугом» при расстройстве поведения, поддерживающие техники избавления от преследующих воспоминаний о сексуальном насилии могут привести к ятрогенным расстройствам у некоторых пациентов. Тем не менее, большинство доказательных рекомендаций, в том числе для ECT, недооценивают возможность причинения вреда. Многие исследования в области психотерапии базируются на однополярной оценке исхода – от отсутствия улучшения к существенному улучшению; вместо этого им следует ввести биполярную шкалу оценки, с помощью которой можно было бы подмечать ухудшение состояния пациента во время и после терапии^{1,8}.

В-четвертых, существующие доказательные рекомендации фокусируются исключительно на доказательстве исходов; никакие из них не принимают во внимание научную достоверность теоретического обоснования вида лечения^{5,9}. Тем самым, остается открытой дверь для всевозможных псевдонаучных вмешательств, многие из которых показывают лучшие результаты, чем условия листа ожидания или минимального вмешательства. Справедливости ради стоит сказать, что то, как работают многие из эффективных видов психиатрических вмешательств, остается в целом неизвестным. Но все-таки когда лечение основывается на механизмах, противоречащих общеизвестным базовым принципам науки, таких как изменения в невидимых энергетических полях, его научный статус должен быть поставлен под сомнение. Подобные процедуры вряд ли смогут продемонстрировать конкретную эффективность, то есть преимущество над плацебо и другими неспецифическими факторами⁹.

Настоящий анализ оставляет без ответа сложный вопрос о том, как собирать воедино и взвешивать все эти различные источники доказательных данных при оценке видов вмешательства. Разумные аргументы могут быть выдвинуты в пользу разнообразных альтернативных критериев доказательности. При этом для того, чтобы психотерапия как дисциплина была ориентирована на соответствие более жестким научным стандартам, ей необходима многомерная концептуализация доказательств, учитывающая критерии воспроизводимости и методологической строгости, выходящая за рамки ограниченного числа показателей симптоматических улучшений, принимающая во внимание потенциальный вред и рассматривающая все научные доказательные данные, относящиеся к видам вмешательств, включая данные фундаментальной науки о механизмах лечения.

Scott O. Lilienfeld

Department of Psychology, Emory University, Atlanta, GA, USA; School of Psychological Sciences, University of Melbourne, Melbourne, Australia

Перевод: Сулова Ж. В. (Москва)

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

Lilienfeld SO. What is “evidence” in psychotherapies? *World Psychiatry* 2019; 18(3): 245-246.

Библиография

1. Cuijpers P. *World Psychiatry* 2019;18:276-85.
2. Stuart RB, Lilienfeld SO. *Am Psychol* 2007;62:615-6.
3. Scott TL, Simula BL. “You’re going to have to actually think”: teaching about evidence in the undergraduate curriculum. Presented at the International Institute for Qualitative Methods Conference, Brisbane, May 2019.
4. Rosen GM, Lilienfeld SO, Glasgow RE. *Lancet Psychiatry* (in press).
5. Lilienfeld SO, Lynn SJ, Bowden SC. *The Behavior Therapist* 2018;41:42-6.
6. Sakaluk JK, Williams A, Kilshaw R et al. *J Abnorm Psychol* (in press).
7. Tolin DF, McKay D, Forman EM et al. *Clin Psychol Sci Pract* 2015;22:317-38.
8. Parry GD, Crawford MJ, Duggan C. *Br J Psychiatry* 2016;208:210-2.
9. David D, Montgomery GH. *Clin Psychol Sci Pract* 2011;18:89-99.

DOI:10.1002/wps.20654