

ЕЩЕ РАЗ ПРО ЛЮБОВЬ К ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ¹

Никита Александрович Зорин

Общество специалистов доказательной медицины,
127238, г. Москва, Дмитровское шоссе, д. 46, к. 2, e-mail: nzorin@inbox.ru

Реферат. Продолжается дискуссия о методологических ограничениях квазиизмерений чувств и ощущений, начатая автором в журнале «Неврологический вестник» (2018). Рассматриваются различия между клинической эпидемиологией и ее практической частью – доказательной медициной. Обсуждаются недостатки медицинских оценочных инструментов в их культурно-лингвистическом и смысловом аспектах. Сделана очередная попытка показать несостоятельность их применения для групповых обобщений.

Ключевые слова: квазиизмерения, медицинские оценочные инструменты, доказательная медицина, клиническая эпидемиология, метаанализы, депрессия.

ENCHANTED AGAIN, THIS TIME WITH
EVIDENCE-BASED MEDICINE

Nikita A. Zorin

Russian Society for Evidence Based Medicine,
127238, 46, b. 2, Dmitrovskoe highway, Moscow, Russia

The discussion on methodological limitations of quasi-measuring human feelings and sensations continues, started by the author in the journal Neurological Bulletin (2018). The differences between clinical epidemiology and its practical part – evidence-based medicine – are considered. The limitations of medical assessment tools in their cultural, linguistic and semantic aspects are discussed. Another attempt is made to show the inadequacy of their use for group generalizations.

Keywords: quasi-dimensions, medical assessment tools, evidence-based medicine, clinical epidemiology, meta-analysis, depression.

«Счастье – это когда тебя критикуют!»
(«Из меня», 2019)

Эта статья – ответ на критический комментарий Михаила Леонидовича Зобина [6], написанный им к моей статье «Методологический самообман. Имеют ли смысл квазиизмерения человеческих чувств и ощущений?» [9]. Я разделяю известную максиму (парафраз армейской аксиомы Мэрфи) о том, что «если в тексте что-то может быть понято неправильно, оно будет понято неправильно!», но теперь я вижу, что максиму нужно расширить, ибо все чаще сталкиваюсь с ситуацией, когда даже то, что, казалось бы, ну никак не может быть понято неправильно, все равно понимается неправильно!

Для меня ответ на критику – повод еще раз поговорить о некоторых положениях доказательной меди-

цины (ДМ) и ее исследовательской части – клинической эпидемиологии (КЭ), в рамках которой мною рассматривались критикуемые моим оппонентом вопросы. Правда я испытываю некоторую неловкость, что мне придется в тысячу первый раз говорить о том, что и так хорошо известно.

В России почти никто не различает ДМ как **клиническую практику**² и ее теоретическую, исследовательскую основу – КЭ. Их постоянно смешивают, и даже утвердилось уже **одно название** – ДМ. Так происходит и в статье моего оппонента. Постараюсь показать, что я **рассматривал проблемы исследовательской части ДМ – КЭ** (метаанализы, инструменты оценки, то есть составные части того, что я отношу к *технологии сохранения Вида*), а упреки, в частности, получил, за несоответствие этих взглядов **клинической практике** – ДМ (*технологии сохранения индивида*) [10].

Сегодня я возьму себе в союзники еще одного критика моих статей – Е.Н. Давтян («Ищи друзей своих среди врагов своих и будешь милосерден и непобедим!»³). Сейчас много говорят о существующем противостоянии клиницистов и сторонников доказательной медицины. Я утверждаю, что оно искусственно раздуто и преувеличено в сторону «обиженного» клиницизма. Немногочисленным сторонникам ДМ/КЭ нет надобности противостоять клиницистам. Поскольку они знают, что даже по определениям ДМ (их, похоже, «критики» не читают), которые ей давали ее создатели, (Д. Саккет, Г. Гордон) и адепты (Т. Гринхалд) и др. – есть самый настоящий клиницизм⁴, **по возможности** дополненный исследовательскими результатами (подробности здесь [11]). ДМ/КЭ буквально демонизирована. Ей приписывается

¹Статья публикуется в авторской редакции.

²Все выделения в тексте, если не указано специально – сделаны мною НЗ.

³Фильм «Последняя реликвия», слова одного из главных героев (Р. Быков)

⁴По правде говоря, что такое «клиницизм» никто не определяет. Чаще всего подразумевается просто «ручная работа» с больным. Под традиционным «клиницизмом» его сторонники подразумевают все, что не имеет отношения к инструментальному изучению и/или статистической обработке. Немного упрощая проблему можно сказать клиницистом обычно себя называет тот, кто презирует ДМ... Добавлю, что сегодняшний «клиницизм» стал даже хуже, чем он был в СССР, где еще сохранялись остатки европейской психиатрии, философии, психологии [https://psychiatr.ru/download/3667?view=1&name=РЕПЛИКА].

введение в практику инструментов, которые появились и применялись задолго до самой ДМ/КЭ (например, оценочных шкал и/или статистики)⁵, а главное, **не имеющие отношения к собственно специфике предмета**.

Да и некому еще противостоять традиционно понимаемому «пост-советскому клиницизму» ... Так, Е.Н. Давтян, в одной из своих статей пишет: «...в русскоязычных научных журналах появился модный тренд – недовольство клиницистами...»⁶ ...<... > «Более того, в отечественной психиатрии выросло поколение «белых воротничков» – молодых ученых, воспитанных на канонах доказательной медицины, которые легко ориентируются в актуальных тенденциях мировой психиатрической моды, хорошо разбираются в статистике и без труда пишут объемные тексты, при этом ни дня не проработав в клинике» [3].

Увы! Мой опыт говорит об обратном. Нет, к сожалению, в России никаких «белых воротничков», знатоков ДМ в молодом поколении. Никто их не воспитывал, не преподается ДМ как обязательный предмет в мединститутах (по меткому выражению автора проекта «Энциклопедия» Н. Жукова «ДМ – организация, запрещенная в России» [5]). Есть единицы самоучек и значительное число **жонглеров терминологией ДМ**, имитаторов приверженности ей «с советской клинической фигой в кармане». Половина из них также, как и многие открытые критики ДМ, вообще плохо понимает то, о чем пишет и говорит «от лица или против ДМ». Их продукция – винегрет-копи-паст обзоры западных публикаций.

Однако еще хуже то, что и среди тех, кто считает себя сторонником КЭ/ДМ также немного людей, вникающих во все ее детали. Мне потребовалось много лет, чтобы понять, почему создатели ДМ допустили столько промахов *в изложении* своей теории, что они по сей день раздражают тех, кто клинику противопоставляет ДМ [11]. Даже у моего уважаемого оппонента, не чуждого ДМ, я нахожу некоторые пробелы.

Мне трудно принять некоторые положения критики уважаемого Михаила Леонидовича. Он, очевидно, очень торопился и допустил ряд, поспешных, порой забавных, иногда противоречивых утверждений. Я, например, плохо понимаю, что такое: «Автор отрицает **информативную содержательность** предлагаемых индикаторов чувств и переживаний...» (на мой вкус можно перевернуть с тем же результатом, написав: «содержательная информативность»...); а такой перл, как «**прижизненная самооценка**» мне, как атеисту – непривычен Я также крайне удивлен, что при споре о довольно серьезных вопросах в списке литературы у моего оппонента стоит...только одна работа – моя, та которую он критикует....

О квазиизмерениях.

Если взять заголовок рецензии моего уважаемого оппонента, М.Л. Зобина, который привел меня в замешательство: «Являются ли «измерения» человеческих

чувств измерением в операциональном смысле?», то непонятно, кому адресован этот вопрос? Мой оппонент дважды сам отвечает на него отрицательно. С этого он начинает статью в аннотации: «В статье указывается на то, что психометрическое шкалирование, основанное на самооценке, **не является измерением в привычном значении** и ранговые показатели не следует воспринимать как числовые» и заканчивает ее: «**Прижизненная самооценка** выраженности расстройства в психометрических шкалах обладает доказательной чувствительностью и специфичностью, **а квазиизмерением называться не может**, поскольку **измерением, как таковым, не является**». А вот и обо мне: «**Скептическое отношение автора** (меня, НЗ) к этим процедурам **отражено в обозначении их как квазиизмерений**».

Таким образом, в рамках заглавия критической статьи мы имеем: 1) Я (Н.А. Зорин) придумал иронический термин «квазиизмерения», чтобы отразить тем самым свое скептическое к ним отношение; 2) «Квазиизмерения» не могут так называться, потому, что они – «не измерения».

Термин, к сожалению, не мой, и я **не подвергал сомнению то, чем являются квазиизмерения, я исходил из того, что это – не измерения**. Приставка «квази», как раз и показывает, что они измерением не являются: (при добавлении к существительным образует существительные со значением ложности, мнимости того, что названо мотивирующим именем [<https://ru.wiktionary.org/wiki/квази->]).

И что еще более странно, мой оппонент **сам это признает**: «Содержанием этой метрической процедуры, **как совершенно верно отмечено автором** (мною, НЗ), является **приписывание числовых значений** качественным характеристикам ...». **Ссылаясь на авторитет К. Берка, автор** (Зорин Н.А.) **указывает**, что психометрия «...», **представляет собой лишь присвоение цифр неким психическим содержаниям**».

Уважаемый Михаил Леонидович! Если Вам не нравится название, определитесь плз. кому адресо-

⁵«Методологические подходы, которые привнесла **доказательная медицина** в клиническую практику, привели к тому, что в привычном взаимодействии врач – больной **появился посредник** – медицинский опросный инструмент (психометрическая шкала, структурированное интервью и т.д.)» [3].

⁶Интересно, что в число таких недовольных Е.Н. Давтян записала и меня. Она приводит мои слова: «Критика доказательной медицины исходит в основном от ремесленного корпуса клиницистов. Именно они растерялись от несовпадения выводов доказательной медицины и задач ремесленной практики» [8]. Не понимаю почему ремесленность клиницизма кого-то оскорбляет. По мне, так в этом бесспорном для меня факте, ничего обидного нет. И потом, меня раздражает не клиницизм вообще (хоть бы кто-то объяснил мне в чем он состоит), а вполне конкретный «советский и пост-советский клиницизм» [12] который к тому, о чем вообще пишет в своих философских статьях сама Е.Н. Давтян не имеет никакого отношения. Я также утверждаю обратное: появилось и продолжается целенаправленное шельмование ДМ/КЭ со стороны тех, кто себя объявляет «Клиницистами» [8].

вать Вашу претензию: правилам русского языка, или Карелу Берке.

А далее претензии моего оппонента ко мне выходят за пределы заголовка его статьи: 1) Психометрические шкалы обладают доказательной чувствительностью и специфичностью и их «измерениям» следует доверять; 2) Моя, (НЗ) гипотеза о невозможности выявления эффективности антидепрессантов в мета-анализах по причине несовершенства применяемых шкал – неверна, и «причины могут лежать «в недостаточной универсальности серотонинергической модели» депрессии; 3) Критерий числа предотвращенных суицидов *от моего имени* почему-то объявлен «универсальным»; 4) Суицид не подходит в качестве оценки эффективности антидепрессантов потому, что он, также как субъективные ощущения больного в шкалах, опосредован «смыслами»; 5) Термин «Миф» также придумал Я (НЗ). Я сосредоточусь только на этих позициях, хотя мой оппонент дает еще много поводов для ответной критики.

О шкалах.

Мой оппонент: «Если, в процессе терапии, интенсивность переживаний в восприятии пациента меняется, **почему субъективной количественной оценке этих изменений не следует доверять?**» <...> «**Совокупность** субъективных параметров чувств и ощущений в исследуемой **группе** не снижает их **клинической значимости** для оценки результатов лечения. По крайней мере, в парадигме доказательной медицины...».

Здесь придется освещать сразу несколько разных вопросов (в частности и те, которых я не касался в критикуемой моим оппонентом статье): применение шкал, сделанных в одном лингвистическом, культурном пространстве, а применяемых в другом; применение шкал у одного больного; применение шкал у группы испытуемых, одного культурного и языкового пространства; обобщение (метаанализ) результатов шкал, примененных в разных местах (странах и т.п.)

Здесь мы имеем два источника потенциальных искажений: лингво-культурный и межиндивидуальных смысловых различий⁷. Этим инструментам можно доверять, если речь идет об **одном испытуемом**, динамика состояния которого оценивается шкалой, валидизированной на выборке, к которой принадлежит испытуемый. Эта выборка должна быть сделана в том же языковом (лингвистическом) и культурном (ценностном) пространстве, где создана и выверена эта шкала.

Дело должно сразу осложняться, если речь пойдет о группе, поскольку надо будет быть уверенным, что все ее участники не только принадлежат к одному культурному и языковому пространству, а их *личные смыслы* совпадают хотя бы в принципе. Понятно, что это почти утопическая ситуация. Ни в какой парадигме, нельзя обобщать **групповые** данные, полученные на **несопоставимых по смыслу ответах отдельных лиц** (на

вопросы шкал, в данном случае). Я склонен считать, что обобщения даже на таком уровне будут сомнительны.

С.В. Кудря и Е.Н. Давтян Е.Н. приводили иностранные данные анализа методологии более двухсот исследований в которых использовались медицинские опросные инструменты (МОИ) где их авторы обнаружили, что «...в 79% случаев исследователи просто **исходили из того, что содержание опросника применимо ко всем обследуемым культурам**». Причем и лингвистически и межличностно: «Между тем, **разработчики** опросных инструментов для транснациональных исследований исходят из того что **модель врача одинакова в сознании англоязычного больного и больного из любого другого культурного сообщества**; если бы не это исходное основание, транс-культурные эмпирические исследования на основании МОИ были бы отвергнуты как идея [14]. Напомню, что пять лет спустя, я, не сговариваясь, другим путем пришел к тому же выводу: «Однако многих пользователей шкал объединяет молчаливое допущение одинаковости чувств и ощущений у всех людей...» <...> «... инструменты оценок, шкалы, также являются продуктами культуры, в оценках и вопросах которых, отражены человеческие ценности и стереотипы культурного отношения к психическим переживаниям, *меняющие их выраженность и несопадающие* у разных народов, социальных групп индивидуумов. Чтобы **доверять** такому инструменту, и получить воспроизводимые оценки нужно, по меньшей мере, каждый раз заново **валидизировать его на новой выборке испытуемых**. Но тогда они станут несопоставимыми, ибо РКИ с разными выборками нельзя превратить в метаанализ» [9].

Поэтому, когда мой оппонент пишет: «Никита Александрович ломится в открытые двери. **Разработчики** психометрических шкал, в массе своей, хорошо понимали проблемы операционализации предмета своих «измерений». Я отвечаю: во-первых, неплохо бы было подтвердить это заявление некой литературной ссылкой (что там «понимали разработчики», которые, судя по приведенным выше цитатам не особо себя в этом плане утруждали), и, во-вторых, я ничего не писал о разработчиках, а только о потребителях этих разработок. А последние в своем большинстве **не понимают**, чем, собственно они пользуются и где.

К счастью, я тут опять не одинок. Об этом гораздо подробнее писали в своих статьях С.В. Кудря и Е.Н. Давтян, анализируя лингвистическую сторону вопроса: «Существует множество лингвистических и экстралингвистических факторов, за счет которых *валидность опросного инструмента при переводе обнуляется* (здесь и далее курсив авторский), и ее требуется заново доказывать внутри новой принима-

⁷Как смысл может менять ощущения и чувства было показано на примере трех мифологических трактовок боли [9].

ющей лингвокультуры. <.....> Поскольку эта работа проводится, за редкими исключениями, внутри одного лингвокультурного сообщества (например, англоязычного), постольку и культурная специфика языковой группы, внутри которой разрабатывается МОИ, инкорпорирована на всех уровнях МОИ: *как на уровне концептуального содержания и языковой репрезентации отдельных стимулов, так и на уровне модели измерения в целом*. И маленький штрих конкретики: «Для носителя русского языка очевидно, что высказывание «Я чувствую себя несчастным» описывает по крайней мере высокую степень подавленности и вдобавок эмоционально окрашено, чего нет в оригинальном «I feel sad». Таким образом, у русскоязычного больного, у которого просто плохое настроение, нет возможности «пожаловаться» на этот симптом в рамках русскоязычной шкалы депрессии Бека, ведь получается, что в русскоязычной шкале Бека **нет пункта**, посвященного снижению настроению» [14].

О метаанализах.

Еще хуже, когда речь идет о метаанализах (МА). Несостоятельность клинических оценок незаметна в отдельных исследованиях и расхождения между ними обычно склонны связывать с добросовестностью исследователей, «правильностью» применения методик, методами отбора испытуемых и т.п. Но все дефекты выходят наружу именно при попытке их обобщить.

В «парадигме ДМ» отдельные, чаще рандомизируемые контролируемые испытания, отобранные для МА, проходят предварительный анализ на сопоставимость, гомогенность. **Этой процедуре должны были быть подвергнуты и применяемые инструменты** (всякие опросники-вопросники). Выше уже было сказано, что этого практически никогда не делалось, ибо эти инструменты в подавляющем большинстве случаев считали **подходящими для кого угодно**. Мне также неизвестны прецеденты, чтобы кто-то ревалидировал шкалы. Хороший, большой МА, как правило – транскультурален. Поэтому исследования, сделанные **разными инструментами** нельзя объединять в МА.

Я не случайно проводил в статье параллель с «общечеловеческими ценностями» – инструментами управления «неправильно» живущими людьми [13]. Для полемического заострения нашего спора, можно сказать, что шкалы – это помещенные в наукообразный оборот «общечеловеческие ценности». Есть подозрения, что к ним скоро будет причислен и английский язык....

Мой оппонент: «.....автор высказывает **предположение**, что именно неадекватность психометрических инструментов приводит к невозможности выявления иерархии эффективности антидепрессантов **в мета-анализах**⁸. «Между тем, причины могут лежать совершенно в другой плоскости. Например, **в недостаточной универсальности серотонинергической модели депрессивного расстройства**».

Во-первых, столь небрежно брошенное замечание о «серотониновой модели» опять же нуждается если не в объяснении, то хотя бы в литературной ссылке (правда, как это могло бы прояснить дело? – я не понимаю). Во-вторых, я вынужден бестактно напомнить, что **технологии КЭ/ДМ позволяют судить об эффективности и безопасности вмешательств без знания механизмов болезни и самого вмешательства**. Поэтому никто из проводивших метаанализы в рамках ДМ/КЭ ни в каких теориях не нуждался.

О предотвращенных суицидах.

Мой оппонент: «Ставится под сомнение обоснованность предложения по использованию смерти в качестве («твердого») показателя исхода для **универсальной** (? НЗ) оценки эффективности антидепрессантов»...<...> «... **суицид опосредуется теми же факторами и смыслами**, которые, по мнению автора, не позволяют использовать психометрический инструмент для сравнительного анализа тяжести депрессии...<.....> Смерть уравнивает людей биологически, а не экзистенциально. Выбор смерти в качестве поведенческой модели может быть обусловлен разными мотивами (нравственными, патриотическими, религиозными и пр.), при этом сами суицидальные реализации не являются обязательным признаком депрессии...» <...>. Суицид является прямым следствием состояния, которое **автор именует мифом** (то есть семиотической структурой с индивидуальным смыслом)⁹...!>.

Мне конечно льстит, что я объявлен автором не только термина «квазиизмерения» (вместо К. Берки), но теперь еще и понятия мифа (вместо Р. Барта) Я писал в критикуемой статье о том, почему, с моей точки зрения, провалились попытки оценить эффективность **лекарств** при депрессии в метаанализах (технология сохранения Вида). А мой рецензент переводит стрелки на экзистенциальные проблемы суицида (технология сохранения индивида). Мне трудно поверить, что он действительно не понимает, что у КЭ, у клинических испытаний – другие задачи и другие методы!

Здесь смешаны лекарственные воздействия, которыми лечат **больных**, и другие методы, которыми корректируются экзистенциальные проблемы психически здоровых. Если некто покончил с собой **не потому, что он был болен депрессией**, имеющей **биологические механизмы**, то **медикаментозное лечение не имеет к этому человеку никакого отношения**¹⁰. И такая ситуация не имеет отношения к **вопросам, разбиравшимся в моей статье**.

⁸Кстати, через дефис слово метаанализ пишется только в англоязычной литературе. В русском написании, приставка «мета» пишется слитно (что, соглашусь, для чтения неудобно)...

⁹Интересно, что я отвечал на этот вопрос (он был задан мне Иосифом Зислиным) на конференции, где присутствовал мой оппонент.

¹⁰Я знаю, что кто-то вспомнит об «опосредовании биологического социальным» и наоборот. Однако на сегодня у нас нет хоть сколь-нибудь удовлетворительного понимания такой связи, и здесь нет надобности об этом рассуждать.

И я очень хочу узнать, как, каким хитрым способом, и главное зачем (?), **экзистенциальные (или иные) мотивы самоубийства, могли бы быть увязаны с эффективностью фармакологического препарата?**

Когда вы читаете, что «Клинические исследования показали, что литий в шесть-семь раз снижает частоту самоубийств у больных биполярным расстройством I типа» [16], вы задаетесь вопросом, о мотивах самоубийства? Вы представляете прелесть, например, такого утверждения: «Амитриптилин лучше всего действует при религиозных мотивах самоубийства, а СИОЗС при патриотических...»? Это напоминает мне события моей психиатрической юности [12]: «...врач диетолог (речь идет о психотерапии в диетологии – Н.З.), владеющий методикой косвенного внушения, встречает больных, предлагая показанные им в соответствии с нозологической формой блюда»...[1]. Я 45 лет наблюдал, как на псевдомногозначительных клинических разборах, долго выясняли «потел больной перед попыткой суицида или нет», а потом назначали «показанный ему в соответствие с нозологической формой» какой-нибудь препарат...

Повторюсь. В случае со шкалами выраженности депрессии, связь пытаются установить между жестким фактом применения конкретного препарата (доза, концентрация в плазме, и прочие вполне **измеримые** вещи) и «мягким» результатом оценки шкалы, который «плавает», ибо результат «измерения», оценки, **зависит** от культуральной принадлежности испытуемого, его языка, его индивидуальных смыслов.

Во втором случае, мы сравниваем все тот же **факт применения препарата** и ищем связь его с другим жестким фактом – смертью, фактом, который **уже больше не зависит от смыслов**, ибо смерть – эквивалентна в отношении смыслов. Она либо есть, либо ее нет. То есть в обоих случаях нас интересует **не процесс, а результат**. Результат «действия смыслов» в первом случае – **экзистенциальный**, «мягкий», разный, неуловимый, необобщаемый для группы; во втором – **биологический**, «жесткий», однозначный.

Суть моего предложения как раз и состояла в том, чтобы **заменить экзистенциальный (суррогатный, косвенный) критерий на биологический** (клинический, по терминологии КЭ). Тогда мы достигаем **соответствия уровня вмешательства, уровню изучения** («измерения») объекта. Общий постулат о несводимости психики к биологии как раз предполагает, что оценивать **биологическое** действие лекарств (так и называемое – «биологической терапией»), «измеряя» **психические** конструкторы – всегда будет чреват ошибками. Вмешательства проводятся в рамках одной формы движения материи, а «измерения» – в другой... [12] Вторым фактором искажения будет непригодность шкал, сделанных в одном месте, а применяемых – в другом. А это уже препятствие для

изучения с их помощью экзистенциальных проблем, а не только биологических. Поскольку если применять некую шкалу за пределами культурного и языкового пространства, в котором она была сделана и валидизирована, то мы просто никогда не сможем сказать, что же мы собственно «измерили» (оценили).

Все это, как я продолжаю думать, и привело к ложному выводу о «равенстве» эффективности всех антидепрессантов (АД) на материалах метаанализов [4, 17, 18], а Питера Гочи (Peter C Göttsche, 2015) даже подвигло к утверждению, что от АД один только вред (т.к. все серьезные осложнения, которые исследователь видит, включая смерть – жесткие переменные) [15].

Наличие или отсутствие доказанной связи между действительностью лекарства и предотвращенным суицидом будет означать что: 1) препарат действует/не действует на некий **биологически-зависимый** фактор (не важно, что он нам неизвестен и известен не будет!), который вносит свой вклад в намерение и реализацию самоубийства. То есть экспериментально возводится граница между болезнью/не-болезнью по критерию вовлеченности в изучаемый процесс биологического; 2) результат не позволит желающим медикализировать обыденную жизнь (как это происходит, когда в качестве клинических исходов применяются то, что в ДМ/КЭ называется «суррогатные или косвенные исходы», к которым относится и выраженность депрессии)¹¹.

Число предотвращенных суицидов на сегодня один из немногих доступных жестких клинических исходов (если не единственный) при популяционном изучении депрессии. Нас в принципе должна интересовать не депрессия сама по себе, и на сколько пунктов клинической шкалы она снизилась, а **некие серьезные события, которые могут произойти/не произойти** при том или ином ее изменении¹². Это и будет переход от квазиизмерений латент (выраженность депрессии и т.п.) к настоящим измерениям (количество предотвращенных смертей).

¹¹Тот факт, что до сих пор выраженность депрессии (а также качество жизни, плотность костей вместо риска переломов, уровень холестерина, вместо инфарктов/инсультов, и т.д. и т.п. суррогатные исходы) применяются в КИ и обобщаются в метаанализах, лично я объясняю маркетинговыми интересами фармбизнеса. Только с суррогатными исходами можно бесконечно **медикализировать обыденную жизнь**, внушая людям, что надо принимать антидепрессанты, если у них неприятности по работе или «несчастливая любовь» пр. Все это стоит в ряду насаждения «наученной беспомощности» для последующих социальных манипуляций и отъема денег у «во всем виноватых» и «неправильно живущих» людей [13]. И добавлю: тут нет никакой конспирологии; это – **нормальный** «способ существования белковых тел», в условиях рынка. «Ничего личного!» (еще примеры см. здесь: [7]).

¹²М.А. Асанович приводит слова А.Д. Раша (A.D.Rush): «По аналогии с лечением гипертензии, «менее гипертензивный» не является целью терапии. Точно также «менее депрессивный» не может быть целью терапии депрессивных пациентов» [2].

ЛИТЕРАТУРА

1. Агафонова Л.В. Кулинарные выставки дегустации как форма эмоционально стрессовой психотерапии (ЭСП) // Научно-практическая конференция «Эмоционально стрессовая психотерапия (теория, методики. опыт). Одесса, 1985. С. 37.
2. Ассанович М.А. Психометрические измерения в психиатрии. Лекция. <https://psychiatr.ru/download/3670?view=1&name=психометрические+измерения+в+психиатрии+новая.pdf>
3. Давтян Е.Н., Кудря С.В. Слово в защиту клинициста (об использовании медицинских опросных инструментов в психиатрии) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2014. № 16(2). С. 59–63.
4. Дробизhev М.Ю. Время мета-анализов и эффективность антидепрессантов при депрессиях // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. №4. С. 81–86.
5. Жуков Н. Критика доказательной медицины. http://encyclopatia.ru/wiki/Критика_ДМ
6. Зобин М.Л. «Являются ли «измерения» человеческих чувств измерением в операциональном смысле?» // Неврологический вестник. 2019. №1. С. 70–72.
7. Зорин Н.А. О вреде рекламы лекарств и ответственном самолечении https://www.academia.edu/38652682/O_VREDE_REKLAMY_LEKARSTV_I_OTVETSTVENNOM_SAMOLECHENII Интернет публикация, 2013.
8. Зорин Н.А. Анализ практической значимости или попытка дискредитации клинической эпидемиологии и доказательной медицины? // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2013. № 15(2). С. 61–65.
9. Зорин Н.А. Методологический самообман. Имеют ли смысл квазиизмерения человеческих чувств и ощущений?» // Неврологический вестник. 2018. №4. С. 19–22.
10. Зорин Н.А. О все более полном удовлетворении растущих потребностей российского населения в оценке технологий здравоохранения. Здравоохранение vs лечебное дело. Две ментальности, две стратегии. Часть II // Пластическая хирургия и косметология. 2014. №2. С. 207–212.
11. Зорин Н.А. О все более полном удовлетворении растущих потребностей российского населения в оценке технологий здравоохранения. Часть III. Клиническая эпидемиология и доказательная медицина как технологии здравоохранения и лечебного дела. Проблемы терминологии // Пластическая хирургия и косметология. 2014. №3. С. 414–423.
12. Зорин Н.А. Кризис клинической психиатрии: истоки и попытки преодоления (философско-методологический аспект) // Философские Науки. 1989. № 8. С. 42–52.
13. Зорин Н.А. Круговорот пороков, болезней и добродетелей как инструментов управления экономически значимым поведением. / Альманах Центра исследований экономической культуры. Специальный выпуск «Экономика пороков и добродетелей». М., СПб: Из-во Института Гайдара, 2016
14. Кудря С.В., Давтян Е.Н. Что измеряет шкала депрессии Бека? // Психиатрия и психофармакотерапия. 2013. № 15(2). С. 57–60.
15. Götzsche Peter C., Does long term use of psychiatric drugs cause more harm than good? // BMJ. 2015; <https://doi.org/10.1136/bmj.h2435>
16. Kaplan & Sadock's pocket handbook of psychiatric drug treatment Seventh edition. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2019.
17. Mulrow C.D., Williams J.W.Jr., Trivedi M. Review: Newer and older antidepressants have similar efficacy and total discontinuation rates but different side effects // ACP J Club. 2000. Vol. 133. P.10.
18. Mulrow C.D., Williams J.W.Jr., Trivedi M. Treatment of depression: newer pharmacotherapies. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research; February 1999. AHCPR publication no. 99-E014 <http://www.ahcpr.gov/clinic/depsumm.htm>

REFERENCES

1. Agafonova L.V. Kulinarne vystavki degustatsii kak forma emotsional'no stressovoi psikhoterapii (ESP) // In: *Emotsional'no stressovaya psikhoterapiya (teoriya, metodiki. opyt). Proceedings of the scientific-practical conference.* Odessa, 1985. P. 37. (in Russian)
2. Assanovich M.A. *Psikhometricheskie izmereniya v psikhiiatrii. Lektsiya.* <https://psychiatr.ru/download/3670?view=1&name=psikhometricheskie+izmereniya+в+psikhiiatrii+novaya.pdf> (in Russian)
3. Davtyan E.N., Kudrya S.V. *Psikhiiatriya i psikhofarmakoterapiya.* 2014. № 16(2). pp. 59–63. (in Russian)
4. Drobizhev M.Yu. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya.* 2017. №4. pp. 81–86. (in Russian)
5. Zhukov N. *Kritika dokazatel'noi meditsiny.* http://encyclopatia.ru/wiki/Kritika_DM (in Russian)
6. Zobin M.L. *Nevrologicheskii vestnik.* 2019. №1. pp. 70–72. (in Russian)
7. Zorin N.A. *O vrede reklamy lekarstv i otvetstvennom samolechenii* https://www.academia.edu/38652682/O_VREDE_REKLAMY_LEKARSTV_I_OTVETSTVENNOM_SAMOLECHENII Internet publikatsiya, 2013. (in Russian)
8. Zorin N.A. *Psikhiiatriya i psikhofarmakoterapiya im. P.B. Gannushkina.* 2013. № 15(2). pp. 61–65. (in Russian)
9. Zorin N.A. *Nevrologicheskii vestnik.* 2018. №4. pp. 19–22. (in Russian)
10. Zorin N.A. *Plasticheskaya khirurgiya i kosmetologiya.* 2014. №2. pp. 207–212. (in Russian)
11. Zorin N.A. *Plasticheskaya khirurgiya i kosmetologiya.* 2014. №3. pp. 414–423. (in Russian)
12. Zorin N.A. *Filosofskie Nauki.* 1989. № 8. pp. 42–52. (in Russian)
13. Zorin N.A. In: *Al'manakh Tsentra issledovaniy ekonomicheskoi kul'tury. Spetsial'nyi vypusk «Ekonomika porokov i dobrodetelei».* Moscow, St.Petersburg: Iz-vo Instituta Gaidara, 2016. (in Russian)
14. Kudrya S.V., Davtyan E.N. *Psikhiiatriya i psikhofarmakoterapiya.* 2013. № 15(2). pp. 57–60. (in Russian)

Поступила 31.03.19.