



УДК: 616.89:159.9.01

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb321817>

Как можно испортить идеи доказательной медицины, если не знать её принципов и границ¹

Н.А. Зорин

Общество специалистов доказательной медицины, Москва, Россия

АННОТАЦИЯ

Продолжается дискуссия о методологических ограничениях квазиизмерений чувств и ощущений, начатая автором в журнале «Неврологический вестник». Рассмотрен ряд причин, которые лежат в основе притягивания/отторжения и понимания принципов и границ клинической эпидемиологии/доказательной медицины вплоть до сознательного их искажения. Показано, что идеи «свободы» и «творчества» в медицине — способы ухода от контроля и реализации биовласти. На конкретном примере — изучении эффективности антидепрессантов — показано, как можно, ненамеренно или специально, не соблюдая принципы и постулаты клинической эпидемиологии и доказательной медицины, получить ложный результат.

Ключевые слова: *политические стереотипы, биовласть, доказательная медицина методология науки, «общечеловеческие ценности», психометрические инструменты, квазиизмерения, культуральное разнообразие, исходы (конечные точки), депрессия, антидепрессанты, суицид, рынок, история медицины.*

Для цитирования:

Зорин Н.А. Как можно испортить идеи доказательной медицины, если не знать её принципов и границ // Неврологический вестник. 2023. Т. LV. Вып. 2. С. 81–89. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb321817>.

¹ Настоящая работа — продолжение дискуссии, возникшей после публикаций [1, 2].

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb321817>

How misunderstanding the principles and limitations of evidence-based medicine may discredit the concept

Nikita A. Zorin

Russian Society for Evidence Based Medicine, Moscow, Russia

ABSTRACT

The discussion on the methodological limitations of the quasi- measurement of human feelings and sensations, started by the author in the journal *Neurology bulletin*, continues. There are a number of reasons for accepting/rejecting and understanding the principles and limitations of clinical epidemiology/evidence-based medicine (EBM) to the point of deliberate distortion. It is shown that the ideas of “freedom” and “creativity” in medicine, are ways of avoiding control and the realization of biopower. A concrete example, the study of the efficacy of antidepressants, shows how it is possible, either unintentionally or intentionally, to obtain a false result without following the principles and tenets of EBM.

Keywords: *political stereotypes, biopower, evidence-based medicine, scientific methodology, “universal values”, psychometric tools, quasi-measures, cultural diversity, outcomes (endpoints), meta-analysis depression, antidepressants, suicide, market, history of medicine.*

For citation:

Zorin NA. How misunderstanding the principles and limitations of evidence-based medicine may discredit the concept. *Neurology Bulletin*. 2023;LV(2):81–89. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb321817>.

«Все думают только о том, как питаться, что вредно, что полезно. У какого доктора лечиться. На какие воды ездить. Все думают только о том, как жить. А зачем? Никто не хочет думать».

И.А. Гончаров

«Ой правда штоле? И нам доказательной медициной не будут мозг выносить?» (орфография оригинала сохранена) Форум «Врачи РФ» из коллекции 2014–2016 гг.

Неприятие идей клинической эпидемиологии и доказательной медицины (КЭ/ДМ) врачами и многими исследователями в России продолжается более 30 лет. Помимо почти повального невежества (в России до сих пор отсутствуют обязательное преподавание этого предмета, и знакомство с ДМ происходит из нарезки «научного общепита» [3]). Очевидно, что есть тому и другие причины.

Недавно появилась немецкая статья, проливающая дополнительный свет на этот вопрос. О политических разногласиях и доверию к науке. Вот её краткий вывод: *«Доверие к науке... поляризовано по политическому признаку: консерваторы (по сравнению с либералами) склонны меньше доверять науке и учёным... упрощённое объяснение этому явлению: взаимодействие политических стереотипов об учёных (например, «учёные — либералы») и собственной политической ориентации является основным фактором, определяющим доверие людей к науке. Во всём политическом спектре люди доверяют только тем учёным, которых они считают идеологически похожими на себя»². [4]*

Представляется, что это и является сердцевинной проблемы взаимоотношения врачей и исследователей³! В России, как всегда, она приобрела форму архетипического противостояния «почвенников» и «западников». Вот как об этом писал Н.С. Лесков в 1893 г.: «В конце сентября 1893 года в заседании Общества содействия русской промышленности и торговле один оратор прямо заговорил, что “Россия должна обособиться, забыть существование других западноевропейских государств, отделиться от них китайскою стеною”» [5]⁴.

За столетия ничего не изменилось: *«Мы же врачи, а не тупые придатки доказательной медицины...»*; *«Сыты по горло вашими навязанными*

стандартами доказательной медицины... и это всё «доказательная медицина», навязанная из США и ВОЗ» [6].⁵ А вот и противоположная точка зрения: «Каждому слову в американских или британских руководствах по психиатрии можно верить, поскольку их содержание основано на научных фактах и отражает клиническую реальность»..., «научным аргументом в наше время может считаться исключительно факт, полученный в результате научного исследования надлежащего качества — в первую очередь крупные рандомизированные клинические исследования (РКИ), а также выполненные на основе многочисленных контролируемых исследований, систематических обзоров и метаанализов (МА)» [7].

Ещё неизвестно, что больше дискредитирует ДМ, «тяготение к жёлудю и корыту» или подобострастно-самоуничижительный, довольно безответственный, «прозападный» текст⁶. Ниже будет показано, что дискредитировать идеи ДМ и получить неверные результаты можно, проведя **доказательное по форме, но ошибочное по содержанию и выводам** исследование.

²Здесь и далее, если не указано иначе, все выделения и курсивы (цитаты) — мои, Н.З.

³Центризм публикой не приветствуется. Она требует принадлежности исследователя к одной из полярных групп, а если кто-то этого не хочет, то он будет либо определён туда, куда публика посчитает нужным, либо будет подвергаться остракизму с обеих сторон. Нешуточное остервенение доходит тут до степени, сравнимой с таковой, у описанного Ф.М. Достоевским денщика, который делил мир на две части. К одной он относил себя и своего барина, а к другой «всю остальную сволочь»... [цит. по 5.]

⁴«Почти одновременно вышли две хозяйственные брошюры: одна «О благотворном врачебном действии коры и молодых побегов ясеня дерева», а другая «О целебных свойствах лоснящейся сажи». ... А получать её (сажу) можно было только в русских курных избах, и нигде иначе, так как нужна была сажа лоснящаяся, которая есть только в русских избах, на стенах, натертых мужичьими потными загорбками. Пушистая же или лохматая сажа целебных свойств не имела. На Западе такого добра уже нет, и Запад придет к нам в Загон за нашею сажею, и от нас будет зависеть, дать им нашей коפותи или не давать; а цену, понятно, можем спросить какую захотим. Конкуренентов нам не будет. Это говорилось всерьёз, и сажа наша прямо приравнивалась к ревеню и калганному корню, с которыми она станет соперничать, а потом убьёт их и сделается славой России во всём мире» [ibid.].

⁵С коллекцией таких высказываний с сайта <https://vrachirf.ru/> можно ознакомиться на https://encyclopatia.ru/wiki/Критика_ДМ.

⁶Разбор этого текста см. здесь [7]. Настоящая статья в определённой мере — продолжение разбора на эту тему.

В вышеупомянутых статьях, предшествующих настоящей работе [1, 2], читатель может ознакомиться с детальным анализом следующих положений, которые здесь будут повторены тезисно⁷.

Попытки оценить сравнительную эффективность антидепрессантов (АД) в метаанализах привели к парадоксальным выводам об их эквивалентности. Одним из правдоподобных объяснений тому стал факт ангажированности исследователей спонсорами-производителями, когда каждый «хвалил свой шесток» и в каждом исследовании возникал новый «лидер эффективности». Это было показано, в частности, в знаменитой лекции Дж. Иоанидиса «Доказательная медицина захвачена» (обзор 185 МА по эффективности АД за 7 лет) [8]⁸.

В МА разнонаправленные данные отдельных РКИ не позволяли определить наиболее эффективный препарат, так как в следующем МА он уже оказывался на совершенно другом месте в иерархии. Отчётливо различались только нежелательные явления. Очевидно это, в частности, стало поводом для Питера Гётче ещё раньше утверждать, что вообще все АД приносят больше вреда, чем пользы [9], а маркетинг перешёл на рекламу АД, опираясь на лучшие показатели по побочным эффектам.

Однако эти факты имеют ещё одно объяснение — систематические ошибки в оценке эффективности обусловлены неадекватностью медицинских опросных инструментов, имеющих культуральную специфичность [10], что не позволяет использовать их в другом культурном пространстве и даже после ревалидации не даёт возможности суммировать их показания в транскультуральных метаанализах.

Кроме того, «измеряемый» латентный конструкт (депрессия) связан с числовым индикатором нелинейно и вероятностно. «Оценка» психометрических параметров подходит к границе принципиальной невозможности отследить характер связи латенты (депрессии) и индикаторов (пунктов шкалы), поскольку выраженность, а иногда и сам факт их возникновения опосредованы индивидуальными смыслами психических переживаний, которые имеют семиотическую природу [1].

Допустимо после культуральной адаптации использовать шкалы для неких узких прагматических целей (например, оценки динамики состояния у **отдельного больного**), но по мере

увеличения количества больных в клинических исследованиях, то есть по мере нарастания их культурального и индивидуального разнообразия, за их пределами начнётся случайный разнонаправленный разброс показателей. Именно это, на мой взгляд, могло также привести к ложному выводу об эквивалентности действия АД по результатам МА, где показатели «усреднились».

Сурогатные (количественные) исходы при клинических исследованиях (измерения выраженности депрессии) должны быть заменены клиническими показателями. Самым жёстким здесь будет предотвращённый суицид в сравнении с завершённым суицидом⁹.

Ещё один источник систематических обзоров в МА — использование **разных инструментов** в РКИ, объединяемых затем **в одном МА**... Вот пример такого Кокрейновского МА, в РКИ которых использовали шесть разных инструментов (только аббревиатуры) — HAM-D, MADRS, BDI, SF-36, HoNOS, WHOQOL [12].

Как можно видеть, это не только шкалы оценки собственно депрессии, но и другие инструменты. При этом к ним были добавлены ещё «экономические результаты (например, дни отсутствия на работе/возможность вернуться на работу, количество посещений врача первичной медико-санитарной помощи, количество направлений во вторичные службы, использование дополнительных видов лечения), если сообщалось, резюмировались в описательной форме». Побочные эффекты (например, совершённые самоубийства/попытки самоубийства), если о них сообщалось, резюмировались в описательной форме.

⁷Тем, кто собирается критиковать этот текст: «Не делайте это по тезисам, а загляните в первоисточники».

⁸FDA (Food and Drug Administration — Федеральная служба США, контролирующая производство, хранение и реализацию пищевых продуктов, лекарственных препаратов и косметических средств) тоже заявила, что эффективность всех АД одинакова, ибо иное не доказано (2019) [11].

⁹Исследования должны быть сравнительными с другим препаратом, так как по этическим соображениям РКИ с таким исходом и плацебо-контролем — неприемлемы. Ощущения и чувства в принципе не подходят в виде исходов клинических исследований. Поскольку критерием их существования является сам факт этого существования. «Так, например, утверждение о том, что роза, аромат которой я вдыхаю, материальна и существует объективно, равно как и утверждение о том, что она существует лишь в воспринимающем сознании, ... одинаково лишены смысла. Буду ли я считать розу материальной или идеальной, это не повлияет на тот факт, что я чувствую ее запах, и она от этого не станет пахнуть хуже или лучше». Р. Карнап <https://fil.wikireading.ru/12132>.

Здесь нужно отметить, что перечисленные экономические показатели также культурозависимы, не одинаковы в разных системах здравоохранения. И, что ещё хуже, индивидуально различны в зависимости от ситуационной мотивированности поступков больного [13]. По этим причинам правомерность их обобщения — сомнительна.

С инструментами оценки напрямую связаны **исходы заболеваний** (конечные точки)¹⁰. ДМ надуманно или ошибочно приписывается стремление едва ли не к **исключительно** количественным показателям¹¹. Дошло до утверждений, что и оценочные шкалы выдумала использовать ДМ [14]. При этом «не замечается», что эти инструменты возникли и были внедрены в практику на десятилетия раньше... (например, шкала Гамильтона — 1960 г.; Бека — 1978 г.; ДМ — 1980–1990-е годы). К изобретениям ДМ нередко относят и «западные» по происхождению классификации болезней (DSM¹², ICD¹³). Однако ни они, ни оценочные инструменты, равно как и статистика, **не имеют никакого отношения к специфике ДМ**.

Более того, КЭ/ДМ постулирует изучение не количественных (косвенных, суррогатных), а именно «клинических исходов» (термин ДМ). Последние образуются в точке перехода количества в качество (уровень кальция — переломы, уровень артериального давления — инсульты, инфаркты; выраженность депрессии — суицид). Для депрессии самым жёстким клиническим исходом будет смерть. Поэтому, ещё раз, первичным исходом оценки действия антидепрессивного лечения должно быть предотвращение суицида.

На это указывали и многие исследователи на Западе¹⁴, например Джон Геддес, профессор эпидемиологической психиатрии в Оксфордском университете и ведущий исследователь в области депрессии. Он подчёркивал важность использования показателей суицидального поведения в качестве основного исхода в исследованиях депрессии, заявляя, что «*суицидальное поведение является наиболее важным исходом для больных, их семей, клиницистов и политиков*» [15].

Дэвид Хили, психиатр и психофармаколог, ведущий критик фармацевтической промышленности, утверждал, что использование суррогатных мер, в том числе PROM¹⁵, в исследованиях депрессии привело к чрезмерной зависимости от АД, которые на самом деле могут и не снижать

риск самоубийства [16]. Джоанна Монкрифф, психиатр и исследователь, утверждала, что сосредоточение внимания на PROM как на первичном исходе в исследованиях депрессии отражает узкий взгляд на состояние, которое игнорирует социальные и культурные факторы, способствующие этому, и что самоубийство должно быть первичным исходом в таких испытаниях [17]. Питер Крамер, психиатр и автор популярной книги «Слушая прозак», писал, что «*конечной целью лечения депрессии является предотвращение суицида*» [18].

Несмотря на это, большинство работ по изучению эффективности вмешательств при депрессии упорно выполняются по суррогатному первичному исходу — выраженности самой депрессии¹⁶. Более того, **потенциальных суицидентов намеренно удаляли из клинических испытаний АД, что делало исход смерти «невидимым» даже в качестве побочных эффектов**: «Смертность от суицида и суицидальных попыток значительно снизилась в ходе клинических испытаний АД после 2000 г. по сравнению с десятилетием до 2000 г. Основные демографические характеристики пациентов остались неизменными, а влияние медикаментозного лечения на суицидальность не было очевидным. Эти результаты могут отражать расширенные процедуры скрининга и эффективное исключение суицидальных пациентов из клинических испытаний депрессии» [19].

¹⁰Если исходом является смерть, то и измерительные инструменты становятся ненужными.

¹¹Количественные показатели психологически понятным образом имитируют научность работы («по латентному признаку»: цифры, значит «математика», а значит — «наука»); они быстро получаемы, в отличие от клинических исходов, которых нужно, в той или иной мере, долго ждать (а тут диссертацию защищать нужно...). На этом примере видно отличие классической науки от исследовательской практики в медицине.

¹²DSM (от англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) — Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам.

¹³ICD (от англ. International Classification of Diseases) — Международная классификация болезней.

¹⁴Для сбора информации для этого раздела пользовались ChatGPT Mar 14 Version. Free Research Preview. <https://chat.openai.com/>.

¹⁵PROM (от англ. patient reported outcomes measure) — показатели результатов, о которых сообщают больные (букв.).

¹⁶Не могу очередной раз не повториться, что это делает нас участниками анекдота: — «Помогает ли ваше лечение больному? — «О да! У нас прекрасная динамика! Больной, считавший себя Людовиком XIV теперь считает себя Людовиком XIII...»

Наконец, загадочно, почему этот факт не замечен большинством сторонников ДМ, даже такими выдающимися её деятелями, как Питер Гётче и Дж. Иоаннидис?

Таким образом, значительное количество клинических исследований АД на сегодня — это пример **доказательного дизайна**, где сначала из выборки намеренно удаляют **«нежелательные» исходы**, затем **негодными инструментами «измеряют» неадекватные исходы**, потом **обобщают необобщаемое в МА**.¹⁷

Даже если мы станем изучать не биологические (лекарственные), а психотерапевтические воздействия, такие результаты также нельзя будет обобщить в клинических исследованиях, ибо квазиизмерения выраженности депрессии или других экзистенциально-зависимых параметров (например, суицидальных намерений, а не самого факта смерти) точно так же будут «плавать», и мы вновь будем вынуждены задуматься о «жестких» исходах: *«Следует отметить несколько значительных пробелов в литературе. Во-первых, учитывая недостаток РКИ, способных обнаружить смертельные случаи из-за самоубийства, неизвестно, может ли смерть в результате самоубийства, а не попытки (незавершённого. Н.З.) самоубийства, быть предотвращена психотерапией. Кроме того, неясно также, уменьшает ли на самом деле психотерапия, направленная на сокращение попыток самоубийства или суицидальных мыслей, смертельные случаи из-за самоубийства»* [20].

Однако для выбора предотвращения суицида в качестве исхода есть одно существенное препятствие: «Поскольку самоубийство является поведением с низкой базовой частотой, для проведения адекватных исследований требуются очень большие выборки» [20]. «Сравнительно **низкая частота суицидальных явлений** даже в популяции больных депрессией означает, что для надёжной оценки влияния терапии на суицидальный риск потребуются... **примерно два млн субъектов»** [21].

Это, вероятно, заставит в будущем отказаться от РКИ для получения убедительного результата эффективности АД. Возможно, что выходом из положения могли бы стать национальные регистры. Однако их создание — очень длительный и дорогой процесс, который явно будут опережать разработки новых АД, и содержание регистров частично обесценится. Если же мы начнём искать «жесткий» критерий индивидуального (или куль-

турального) смысла, ответив на вопрос в эпиграфе этой статьи — «Зачем жить?» (то есть определим, **зачем нужно избавляться от депрессии**), то, даже найдя его, мы вновь попадём в нескончаемый круг — такой исход нельзя обобщить для транскультуральной популяции, например в МА.

Таким образом, в вопросах изучения эффективности АД, которые позволили бы обобщить их в универсальных клинических рекомендациях, мы попадаем в методологический тупик. Нужно признать, что мы стоим на пороге отказа от «общечеловеческих ценностей» в психиатрии и должны будем прийти к ценностям индивидуальным и культуральным¹⁸.

ВМЕСТО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Кому выгодно «не замечать» эти ошибки? Есть основания думать, что так же, как и с финансированием исследований [8], в сохранении этой «научнообразной некорректности», прежде всего, заинтересован фармбизнес. Ну, а личные интересы желающих «онаучить» («оматематичить») психиатрию и собственную деятельность, тоже могут иметь место.

Вдобавок на мельницу рынка, заинтересованного в расширении показаний к применению АД через *медиализацию обыденного*, льёт воду продвигаемая им идея, что социальное неравенство обусловлено некими биологическими несовершенствами, которые можно исправить фармакологическими препаратами: *«Теория химического дисбаланса предполагает, что существует нормальное или идеальное нейрхимическое состояние, относительно которого можно измерить каждого человека. По мере того, как границы болезни раздвигаются»*¹⁹, значительной

¹⁷Это не критика КЭ/ДМ! Это пример того, как можно, ненамеренно или специально, не соблюдая принципов и постулатов ДМ, получить ложный результат.

¹⁸Я уже слышу голоса об изобретении «национальной таблицы умножения». Однако это сравнение неуместно. Медицина, как я неоднократно говорил, не наука, а лишь одна из человеческих практик, погружённая в рыночный мир и, как любое другое производство, использующая технологии фундаментальных дисциплин.

¹⁹Инструментом расширения границ болезни (медиализация обыденного) как раз и становятся количественные суррогатные оценки, так как они позволяют произвольно «устанавливать» границы допустимой выраженности чувств, в зависимости от маркетинговых задач. Человеку «с цифрами в руках» показывают, что он, дескать, отличается от остальных, например, на 10 баллов какой-нибудь оценочной шкалы... (см. сноску выше о Людовике IV).

части населения внушается неудовлетворённость собой и потребность «исправлять» это, меняя химию своего мозга. Людей поощряют прекратить быть самим собой, как в эмоциональной, так и в материальной жизни. Индивидуальное потребление — в данном случае фармацевтических препаратов — представлено как средство достижения этой цели» [22].

На примере «общечеловеческих» оценочных шкал и сообразных им исходов становится видно, что идеологические вопросы (с которых начиналась эта статья), всегда подспудно присутствующие во всех сферах человеческой деятельности (в нашем случае — попытка навязать всему миру единые смыслы существования, игнорируя культуральное разнообразие), формируют **научный снобизм и дефектную методологию исследований**. Образно говоря, исследовательская деятельность в медицине на сегодня обслуживает интересы белого человека²⁰.

Таков и выбор направлений клинических исследований ДМ, на что указывал Дж. Иоанидис [8]: на 25% глобального бремени болезни приходится 0,1% работ типа клинических исследований (то есть ДМ занималась тем, что интересно белому населению...); даже калибровка пульсоксиметров проводилась на белом населении, а позднее обнаружилось, что у людей с более тёмной кожей они дают неправильные результаты. Та же история с геномным проектом, который был сделан почти исключительно на европейцах (96% исследований было проведено на 12% жителей земли) [23].

Нужно добавить ещё один, едва ли не самый мощный источник, в той или иной мере осознанных манипуляций медицинскими данными. Надуманные упрёки многих врачей в адрес КЭ/ДМ («запрещает творчество», «отменяют клинический метод» и т.п.), вызваны отнюдь не «методологической озабоченностью»²¹. Люди вообще и врачи в частности не желают, чтобы кто-то ставил под контроль их деятельность²² и покушался на биовласть, как её понимал М. Фуко²³ [24, 25]. Сегодня нашлось тому подтверждение. Ещё задолго до появления ДМ американский врач, аристократ, Ernest A. Codman, (1869–1940), которому мир обязан созданием первых регистров заболеваний, обвинялся в предательстве сословных интересов, так как покушался на «творчество»: «Стремясь разрушить образ меди-

цины как «искусства», зависящего от мудрости избранной группы сверхъестественно талантливых людей, Кодман также угрожал разрушить реальность, обусловленную классовыми различиями, лежащую в основе этой публичной оболочки»²⁴. «Медицинский истеблишмент по обе стороны Атлантики изо всех сил избегал проверки данных».

И последнее. «Наборы данных не являются «безличными доказательствами», какими их считал Кодман. ...данные, несомненно, воспроизводят и конкретизируют предубеждения самого общества. Как объясняет специалист по информатике Массачусетского технологического института Марзиех Гассеми, данные предлагают «блеск объективности», воспроизводя этнические, расовые, гендерные и возрастные предубеждения институционализированной медицины. Таким образом, инструменты, тесты и методики, основанные на этих данных, также не беспристрастны» [23].

ДОПОЛНИТЕЛЬНО

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Благодарности активному члену Общества специалистов доказательной медицины Павлу Викторовичу Желнову за предоставленные источники и дельные замечания.

Funding. This publication was not supported by any external sources of funding.

Conflict of interests. The author declare no conflicts of interests. **Thanks** to Pavel Viktorovich Zhelnov, an active member of the Society of Evidence-Based Medicine Specialists, for providing sources and practical comments.

²⁰Я бы уточнил, в нашем случае — «англосаксонского человека».

²¹Разве что по наивности...

²²КЭ/ДМ требует соблюдать определённый набор медицинских технологий (рекомендации и даже стандарты), перед тем как перейти к творческому применению этих знаний на конкретном больном. Любые точные данные (полученные КЭ/ДМ) могут обнаружить некачественную работу врачей.

²³Явная или неявная способность социума и его властных структур нормировать и регулировать биологические отправления отдельных индивидуумов. (М. Фуко)

²⁴Сегодня, в эпоху, когда врачи, утратившие свою сословную принадлежность, рекрутируются из всех социальных слоёв, правильнее будет говорить не о классовых различиях, а о покушении на биовласть, исполнение которой делегировано врачам.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Зорин Н.А. Методологический самообман. Имеют ли смысл квазиизмерения человеческих чувств и ощущений? // Неврологический вестник. 2018. Т. L. Вып. 4. С. 19–22.
2. Зорин Н.А. Ещё раз про любовь к доказательной медицине // Неврологический вестник. 2019. Т. LI. Вып. 2. С. 95–100.
3. Зорин Н.А. Напрасные надежды, или почему в обозримом будущем прогресса психиатрии не будет. Доклад на конференции «Диагностические и терапевтические парадоксы современной психиатрии», 2 декабря 2022 г. Казань. <https://www.youtube.com/watch?v=75frMHJg-ZU&t=1211s> (дата обращения: 13.03.2023).
4. Altenmüller M.S., Wingen T., Schulte A. Explaining polarized trust in scientists: A political stereotype-approach. 2022. Nov. 23 (preprint). DOI: 10.31219/osf.io/tdukb.
5. Лесков Н.С. Загон. Собрание сочинений. В 11 т. Т. 9. М.: Государственное издательство художественной литературы, 1956–1958. 253 с.
6. Жуков Н. Энциклопедия. Критика ДМ. https://encyclopatia.ru/wiki/Критика_ДМ (дата обращения: 13.03.2023).
7. Зорин Н.А. О сносе памятников и переименовании диагнозов // Независимый психиатрический журнал. 2020. №3. С. 70–74.
8. Иоаннидис Дж. Доказательная медицина захвачена (лекция). <https://youtu.be/N63skNtYaJw> (дата обращения: 13.03.2023).
9. Götzsche P.C. Does long term use of psychiatric drugs cause more harm than good? // *BMJ*. 2015. Vol. 350. DOI: 10.1136/bmj.h2435.
10. Давтян Е.Н. Что измеряет шкала депрессии Бека? // Психиатрия и психофармакотерапия. 2013. №2. С. 57–60.
11. Сэдок Б., Сассмэн Дж.Н., Сэдок В.Э. Руководство Каплана и Сэдока по медикаментозному лечению в психиатрии. М.: МЕДпресс-информ; 2021. 480 с.
12. Davies P., Ijaz Sh., Williams C.J. et al. Pharmacological interventions for treatment-resistant depression in adults // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2019. Vol. 12. N. 12. P. CD010557. DOI: 10.1002/14651858.CD010557.pub2.
13. Зорин Н.А. Зачем больной приходит к врачу? // Главный врач. 2002. №2. С. 62–65.
14. Давтян Е.Н. Слово в защиту клинициста (об использовании медицинский опросных инструментов в психиатрии) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2014. Т. 16. №2. С. 59–64.
15. Geddes J.R. Suicide prevention trials: Where are we and what do we need? // *Journal of Psychopharmacology*. 2014. Vol. 28. N. 11. P. 1085–1087.
16. Healy D. Antidepressants and suicide: Risk-benefit conundrums // *Journal of Psychiatry & Neuroscience: JPN*. 2012. Vol. 37. N. 3. P. 135.
17. Moncrieff J. Psychiatric drug promotion and the politics of neoliberalism // *British Journal of Psychiatry*. 2009. Vol. 195. N. 3. P. 189–190.
18. Kramer P.D. Listening to Prozac: A psychiatrist explores antidepressant drugs and the remaking of the self. New York: Penguin Books; 1994. 432 p.
19. Khan A., Fahl Mar K., Gokul S., Brown W.A. Decreased suicide rates in recent antidepressant clinical trials // *Psychopharmacology (Berl.)*. 2018. Vol. 235. N. 5. P. 1455–1462.
20. Brown G.K., Jager-Hyman Sh. Evidence-based psychotherapies for suicide prevention future directions // *Am. J. Prev. Med.* 2014. Vol. 47. N. 3S2. P. S186–S194.
21. Цидик Л.И. Эффективность антидепрессантов в предотвращении суицидов. Психиатрия. Психотерапия и клиническая психология. Материалы конференции, посвящённой 90-летию кафедры психиатрии и медицинской психологии Белорус. гос. мед. ун-та. Минск: Профессиональные издания; 2015. с. 230–232.
22. Moncrieff J. Psychiatric drug promotion and the politics of neoliberalism // *British Journal of Psychiatry*. 2006. Vol. 195. N. 3. P. 301–302.
23. Gainty C. From a “deranged” provocateur to IBM’s failed AI superproject: The controversial story of how data has transformed healthcare. *The Conversation Published*: January 16, 2023. <https://theconversation.com/from-a-deranged-provocateur-to-ibms-failed-ai-superproject-the-controversial-story-of-how-data-has-transformed-healthcare-189362> (access date: 13.03.2023).
24. Зорин Н.А. Апология индустриальной модели медицины. Доклад на научно-практической конференции с международным участием «Status praesens психиатрии. Междисциплинарный консилиум», Санкт-Петербург, 29.11.1019. https://www.youtube.com/watch?v=wURXS6yo6_s (дата обращения: 13.03.2023).
25. Зорин Н.А. Поиск чёрной кошки в тёмной комнате. О сомнительной ценности поиска «объективного» диагноза. Доклад на конференции «Психиатрические поколения в поиске консенсуса» (Казань, 1 декабря 2021 года). <https://www.youtube.com/watch?v=f3iV0f991aM> (дата обращения: 13.03.2023).

REFERENCES

1. Zorin NA. Metodologicheskij samoobman. Imeyut li smysl kvaziizmereniya chelovecheskih chuvstv i oshchushchenij? *Nevrologicheskij vestnik*. 2018;L(4):19–22. (In Russ.)
2. Zorin NA. Eshche raz pro lyubov' k dokazatel'noj medicine. *Nevrologicheskij vestnik*. 2019;LI(2):95–100. (In Russ.)
3. Zorin NA. Naprasnye nadezhdy, ili pochemu v obozrimom budushchem progressa psihiatrii ne budet. Doklad na konferencii «Diagnosticheskie i terapevticheskie paradoksy sovremennoj psihiatrii», 2 dekabrya 2022 g. Kazan'. <https://www.youtube.com/watch?v=75frMHJg-ZU&t=1211s> (access date: 13.03.2023). (In Russ.)
4. Altenmüller MS, Wingen T, Schulte A. *Explaining polarized trust in scientists: A political stereotype-approach*. 2022. Nov 23 (preprint). DOI: 10.31219/osf.io/tdukb.
5. Leskov NS. *Zagon*. Sobr. soch. v 11 t. T. 9. M.: Gosudarstvennoe izdatel'stvo hudozhestvennoj literatury, 1956–1958. 253 p.
6. Zhukov N. *Enciklopiya. Kritika DM*. https://encyclopatia.ru/wiki/Kritika_DM (access date: 13.03.2023). (In Russ.)
7. Zorin NA. O snose pamyatnikov i pereimenovanii diagnostov. *Nezavisimyj psihiatricheskij zhurnal*. 2020;(3):70–74. (In Russ.)
8. Ioannidis Dzh. *Dokazatel'naya medicina zahvachena (lekcija)*. <https://youtu.be/N63skNtYaJw> (access date: 13.03.2023). (In Russ.)
9. Götzsche PC. Does long term use of psychiatric drugs cause more harm than good? *BMJ*. 2015; 350. DOI: 10.1136/bmj.h2435.
10. Davtyan EN. Chto izmeryaet shkala depressii Beka? // *Psihiatriya i psihofarmakoterapiya*. 2013;(2):57–60. (In Russ.)

11. Sedok B, Sassmen DzhN, Sedok VE. *Rukovodstvo Kaplana i Sedoka po medikamentoznomu lecheniyu v psihiatrii*. M.: MEDpress-inform; 2021. 480 p. (In Russ.)
12. Davies P, Ijaz Sh, Williams CJ et al. Pharmacological interventions for treatment-resistant depression in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;12(12):CD010557. DOI: 10.1002/14651858.CD010557.pub2.
13. Zorin NA. Zachem bol'noj prihodit k vrachu? *Glavnyj vrach*. 2002;(2):62–65. (In Russ.)
14. Davtyan EN. Slovo v zashchitu klinitsista (ob ispol'zovanii medicinskij oprosnyh instrumentov v psihiatrii). *Psihiatriya i psihofarmakoterapiya*. 2014;16(2):59–64. (In Russ.)
15. Geddes JR. Suicide prevention trials: Where are we and what do we need? *Journal of Psychopharmacology*. 2014;28(11):1085–1087.
16. Healy D. Antidepressants and suicide: Risk-benefit conundrums. *Journal of Psychiatry & Neuroscience: JPN*. 2012;37(3):135.
17. Moncrieff J. Psychiatric drug promotion and the politics of neoliberalism. *British Journal of Psychiatry*. 2009;195(3):189–190.
18. Kramer PD. *Listening to Prozac: A psychiatrist explores antidepressant drugs and the remaking of the self*. New York: Penguin Books; 1994. 432 p.
19. Khan A, Fahl Mar K, Gokul S, Brown WA. Decreased suicide rates in recent antidepressant clinical trials. *Psychopharmacology (Berl)*. 2018;235(5):1455–1462.
20. Brown GK, Jager-Hyman Sh. Evidence-based psychotherapies for suicide prevention future directions. *Am J Prev Med*. 2014;47(3S2):S186–S194.
21. Cidik LI. Effektivnost' antidepressantov v predotvrashchenii suicidov. *Psihiatriya. Psihoterapiya i klinicheskaya psihologiya*. Materialy konf., posv. 90-letiyu kafedry psihiatrii i med. psihologii Belorus. gos. med. un-ta. Minsk: Professional'nye izdaniya; 2015. p. 230–232.
22. Moncrieff J. Psychiatric drug promotion and the politics of neoliberalism. *British Journal of Psychiatry*. 2006;195(3):301–302.
23. Gainty C. *From a “deranged” provocateur to IBM’s failed AI superproject: the controversial story of how data has transformed healthcare*. The Conversation Published: January 16, 2023. <https://theconversation.com/from-a-deranged-provocateur-to-ibms-failed-ai-superproject-the-controversial-story-of-how-data-has-transformed-healthcare-189362> (access date: 13.03.2023).
24. Zorin NA. Apologiya industrial'noj modeli mediciny. Doklad na nauchno-prakticheskoy konferencii s mezhdunarodnym uchastiem “Status praesens psihiatrii. Mezhdisciplinarnyj konsilium”. Sankt-Peterburg, 29.11.1019. https://www.youtube.com/watch?v=wURXS6yo6_s (access date: 13.03.2023). (In Russ.)
25. Zorin NA. *Poisk chernoj koshki v temnoj komnate. O somnitel'noj cennosti poiska “ob”ektivnogo” diagnoza*. Doklad na konferencii “Psihiatricheskie pokoleniya v poiske konsensusa” (Kazan', 1 dekabrya 2021 goda). <https://www.youtube.com/watch?v=f3iV0f991aM> (access date: 13.03.2023). (In Russ.)

ОБ АВТОРЕ

Зорин Никита Александрович, канд. мед. наук;
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7245-216X>;
eLibrary SPIN: 6352-6095;
e-mail: nzorin@inbox.ru

AUTHOR'S INFO

Nikita A. Zorin, M.D., Cand. Sci. (Med.);
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7245-216X>;
eLibrary SPIN: 6352-6095;
e-mail: nzorin@inbox.ru