

ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПСИХИАТРИИ: ИЗЛИШЕСТВО ИЛИ НЕОБХОДИМОСТЬ?

Марат Алиевич Ассанович

Гродненский государственный медицинский университет,
Республика Беларусь, 230009, г. Гродно, ул. Горького, 80, e-mail: 70malas@gmail.com

Реферат

Психометрический подход исторически связан со становлением психиатрии как науки. Психометрические шкалы неоднократно использовали для формирования классификаций психических расстройств. В настоящее время эффективность применения психометрического подхода в психиатрии получила доказательное подтверждение в ряде международных проектов по фармакотерапии депрессии. Сформировалось новое направление, получившее название «помощь, основанная на измерении». Доказано, что применение психометрических шкал на 25–45% повышает эффективность диагностической оценки в психиатрии, улучшает взаимодействие между врачом и пациентом, улучшает организацию психиатрической помощи. Вместе с тем, многие практикующие врачи не используют психометрические шкалы в связи с временными затратами, низкой валидностью и трудностями интерпретации. В связи с этим современная психиатрия остро нуждается во внедрении новых психометрических технологий, позволяющих в краткие сроки разрабатывать экономичные, валидные и точные психометрические инструменты.

Ключевые слова: клиническая психометрика, психиатрия, психометрический подход, шкалы, помощь, основанная на измерении.

PSYCHOMETRIC APPROACH IN PSYCHIATRY: EXCESS OR NECESSITY?

Marat A. Assanovich

Grodno State Medical University, Republic of Belarus,
230009, Grodno, Gorkogo str., 80, e-mail: 70malas@gmail.com

Abstract

Psychometric approach is historically associated with the formation of psychiatry as a science. Psychometric scales have been used repeatedly to form classifications of mental disorders. Currently, effectiveness of psychometric approach in psychiatry has received evidence-based confirmation in a number of international projects on the pharmacotherapy of depression. A new direction has emerged, called “measurement-based care”. It has been proven that the use of psychometric scales by 25–45% increases the efficiency of diagnostic assessment in psychiatry, improves the interaction between doctor and patient, and improves the organization of psychiatric care. At the same time, a significant number of practicing psychiatrists do not use psychometric scales due to time costs, low validity and difficulties in interpretation. In this regard, modern psychiatry is in dire need of introduction of new psychometric technologies, allowing in a short time to develop economic, valid and accurate psychometric instruments.

Keywords: clinical psychometrics, psychiatry, psychometric approach, scales, measurement-based care.

В последние годы психометрический подход в психиатрии и клинической психологии оформился в самостоятельную область теоретических и прикладных знаний, которая получила название «клиническая психометрика». Автор названия — известный датский психиатр и учёный P. Vech [1].

Клиническая психометрика содержит методологию научного измерения психологических конструктов в медицине, прежде всего в психиатрии и клинической психологии [1]. До её становления психологический подход в медицине представлял лишь объяснительные модели психических расстройств. Наиболее известные из них, например психоаналитическая модель Фрейда, так и не получили научного подтверждения клинической валидности. Научный подход в клинической психологии как составной части психиатрии стал формироваться благодаря развитию психометрики [1].

Формирование научной методологии клинической психометрики включает две ветви развития.

Первая ветвь взяла начало от В. Вундта и его учеников Э. Крепелина и Ч. Спирмена. Крепелин стал основателем категориально-классификационного подхода в психиатрии (1883) и фармакопсихологии (1892). Фармакопсихологическую ветвь затем продолжил П. Пишо (1974) [1].

Основателем второй ветви развития клинической психометрики стал Ф. Гальтон. В 1884 г. в Лондоне он организовал первую психометрическую лабораторию. Наиболее известными учениками Гальтона были К. Пирсон и Р. Фишер, положившие начало статистической психометрике. Вундт и Гальтон оказали влияние на Спирмена, который в 1904 г. сформулировал принципы классической теории тестов и факторного анализа. Последователями Спирмена были Г. Хотеллинг, разработавший метод главных компонент, Г. Айзенк и М. Гамильтон. Продолжателями линии Гальтона стали С. Сигель, заложивший основы непараметрической статистики (1956), и Г. Раш, разработавший известную однопараметрическую измерительную модель (1960) [1].

Первым клиническим психометристом, применившим психометрические знания для валидации классификации психических расстройств, по праву следует считать немецкого психиатра Э. Крепелина. Он использовал созданные им методики психодиагностического исследования — карточки с перечнями

симптомов психических расстройств. С современной точки зрения его перечни симптомов относятся к номинальным шкалам. С их помощью он выделил такие расстройства, как *dementia praecox* (шизофрения) и маниакально-депрессивный психоз. Впоследствии показан высокий уровень согласованности (80%) диагнозов шизофрении и маниакально-депрессивного расстройства, выставленных с использованием перечня симптомов Крепелина и более современной шкалы «Оценка актуального состояния» [1].

В последующем формирующаяся на психометрической основе клиническая психиатрия Крепелина была практически полностью вытеснена психоаналитическим учением З. Фрейда. Влияние учения Фрейда на научную психиатрию имело фатальный характер, поскольку полностью заблокировало развитие психометрического подхода вплоть до 1950-х годов. В результате в клинике получили широкое распространение психодиагностические методики с непроверенными измерительными свойствами. Недостаточная методологическая разработанность клинической психодиагностики, игнорирование фундаментальных основ измерения в процессе разработки методик обусловили отношение психиатров к психодиагностическим шкалам как к определённо вспомогательным средствам уточнения психиатрического диагноза [1]. Подобная ситуация во многом сохранилась в русскоязычной психиатрии [2].

В период 1950–1970-х годов основной фокус развития психиатрической диагностики был сосредоточен на достижении приемлемой надёжности и согласованности в постановке клинического диагноза. В 1950-е годы надёжность первых классификационных диагностических систем (ICD-6, DSM-I¹) достигала лишь 0,5, тогда как клиническую значимость коэффициент надёжности приобретал при значении 0,8. Диагностическая «революция» свершилась в 1980 г. Американские психиатры обнаружили, что в то время как надёжность клинических классификаций находилась на низком уровне, показатели надёжности рейтинговых шкал Гамильтона и Краткой психиатрической шкалы имели высокие значения [1]. В 1980 г. Ассоциация американских психиатров опубликовала новую диагностическую систему, базирующуюся сугубо на симптоматических профилях психометрических шкал. В результате её применения была достигнута высокая надёжность в диагностике, и психиатрические пациенты начали получать адекватное психофармакологическое лечение. Новая классификационная система DSM-III отличалась высокой согласованностью между оценками клинических рейтинговых шкал и клиническими диагнозами [3, 4].

В 1992 г. Всемирная организация здравоохранения опубликовала десятую ревизию Международной классификации болезней (МКБ). Как и в случае американской классификации, МКБ-10 также имела высокую согласованность клинических диагнозов с оценками

по рейтинговым шкалам. Фактически можно говорить о том, что современные классификационные системы в психиатрии калибровали по известным в то время психометрическим шкалам. Специалисты рассматривают DSM-III как воплощение неокрепелиновской парадигмы, имея в виду, что она полностью базируется на чётких симптоматических описаниях в относительно стандартизированных условиях [1, 5].

Значение психометрического подхода в настоящее время. Современный период развития мировой психиатрии и клинической психологии характеризуется высокой значимостью применения психометрических шкал. Это обусловлено необходимостью получения точной, валидной, надёжной и объективной диагностической информации. С другой стороны, в литературе отмечают недостаточное понимание важности использования психометрических инструментов практикующими психиатрами и клиническими психологами [6].

В современной психиатрии психометрические шкалы используют преимущественно с целью точной и валидной оценки изменения состояния пациента в процессе терапии. В последние годы организовано несколько масштабных исследовательских программ и проектов, базирующихся на применении психометрических методик. В Нидерландах действует программа «Регулярного мониторинга результатов», включающая периодическую обязательную оценку психического состояния пациента с помощью психометрических инструментов [7]. В американской и британской психиатрии сформировалось целое исследовательское направление, получившее название «помощь, основанная на измерении» (MBC — от англ. measurement-based care) [8, 9].

Формирование MBC-подхода инициировано в ходе 20-летних исследований адекватности и эффективности терапии депрессии. Данный проект организован американскими психиатрами J. Rush и M. Trivedi [10–12]. В ходе его реализации установлено, что эффективность фармакотерапии далека от оптимальной. Менее 35% пациентов в ходе первичной терапии достигают устойчивой ремиссии. Выявлен существенный разрыв между доказательными способами терапии депрессии и применявшимися на практике схемами лечения. Пациенты не получали в нужное время адекватных терапевтических доз препаратов. В итоге было принято решение о разработке новых научно обоснованных терапевтических стратегий с доказанной эффективностью. Оказалось, что практическая реализация этих стратегий невозможна без постоянного диагностического мониторинга симптомов с помощью психометрических шкал [12].

¹ICD (от англ. International Classification of Diseases) — Международная классификация болезней; DSM (от англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) — Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам.

По словам С. Lewis и соавт. [8], МВС-подход представляет собой не более как простую структуру доказательных интервенций. В прикладном аспекте МВС включает рутинное измерение психопатологических симптомов с целью планирования и контроля терапии. МВС-подход обнаружил более высокую эффективность по сравнению с обычной психиатрической помощью. Величина прибавки в терапевтическом эффекте достигает средней степени выраженности. Особую эффективность он продемонстрировал в терапии резистентных пациентов. Клиническая и терапевтическая эффективность измерительного подхода в психиатрии оказалась выше эффективности всех существующих методов и программ помощи при депрессии.

МВС имеет транстеоретический и трансдиагностический характер. Его могут применять клиницисты независимо от приверженности той или иной теоретической школе и в отношении не только депрессии, но и других психических расстройств. Клиническая сущность МВС состоит в нахождении минимального вмешательства, необходимого для достижения изменения в состоянии пациента. Систематическое мониторингирование состояния пациента с помощью психометрических инструментов позволяет точно выделить его индивидуальный симптоматический профиль и определить конкретную цель вмешательства на любом этапе терапии [8]. Оснащение терапии психометрическим подходом выполняет двоякую функцию. С одной стороны, создаёт условия для индивидуальной точной и валидной оценки состояния пациента, с другой стороны — унифицирует способы оценки терапевтических результатов. Первое снижает частоту необоснованных, принятых «на глаз» терапевтических решений. Второе редуцирует частоту разночтений и субъективных интерпретаций состояния пациента [12].

В рамках МВС-подхода в последние годы предложено несколько специфических терапевтических программ, направленных на доказательную помощь при конкретных психических расстройствах. Среди них следует выделить, прежде всего, программу «Последовательные альтернативы лечения для уменьшения депрессии» (STAR-D — от англ. Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression) [10].

Принятие решений о назначении тех или иных препаратов и доз в программе STAR-D полностью базируется на динамической психометрической оценке депрессивных симптомов с помощью шкалы оценки депрессии Гамильтона (HDRS — от англ. Hamilton Rating Scale for Depression) и экспресс-опросника депрессивной симптоматики (QIDS-SR16 — от англ. Quick Inventory of Depressive Symptomatology, clinician rating and Self-Report). Ни одно решение в данном проекте не принимают без обращения к указанным методикам. Смысл проекта STAR-D, как и всего МВС-подхода в целом, состоит в превращении психиатрии в точную и объективную специальность, чтобы она заняла достойное место в ряду других меди-

цинских специальностей, базирующихся на точной диагностической информации, например, таких как кардиология или эндокринология [10, 12].

Подводя итоги семилетнего функционирования программы STAR-D, J. Rush подчёркивает, что проведение психометрической оценки состояния пациента при каждой встрече позволило на 25–45% лучше объективизировать терапевтический эффект по сравнению с субъективным клиническим впечатлением без использования психометрических инструментов [13].

Члены американской Группы по развитию психиатрии и Комитета по психопатологии в 2009 г. опубликовали обоснованное заключение о насущной необходимости включения психометрического подхода в повседневную клиническую практику по итогам реализации МВС-подхода и проекта STAR-D [14]. В этом заключении авторы отмечают, что холистический неизмерительный подход к оценке пациента чреват игнорированием ряда важных симптомов и аспектов, например, таких как суицидальность, влияние симптомов на повседневное функционирование, скрытые соматические симптомы психических расстройств. Использование психометрических процедур улучшает взаимодействие между врачом и пациентом, повышает самоосведомлённость пациента, усиливает терапевтический альянс [14]. Усиление вовлечённости пациента в терапевтический процесс и улучшение терапевтического альянса при использовании стандартизированных самооценочных психометрических шкал убедительно показано в работе S. Eisen и соавт. [15].

Ещё один важный аспект, подчёркивающий значимость психометрического подхода в психиатрии, связан с трудностями трансляции исследовательских разработок в клиническую практику [16]. Внедрение в повседневную работу врачей психометрических инструментов, используемых в рандомизированных клинических исследованиях, формирует трансляционный мост, связывающий исследовательские предложения и наработки с рутинной клинической деятельностью [13, 14, 16].

В метаисследовании К. Scott и С. Lewis (2015) раскрыты преимущества МВС-подхода для всех участников процесса лечения [9]. Прежде всего, помощь, основанная на измерении, имеет бесспорные положительные стороны для пациента. Данный подход оказался весьма полезен в решении его межличностных, психологических, социально-ролевых проблем, повысил качество жизни. Применение психометрических шкал неизбежно сопряжено с установлением взаимной обратной связи между лечащим врачом и пациентом. Метрический подход лучше вовлекает последнего в терапевтический процесс, он становится активным участником терапии, поскольку вместе с врачом отслеживает динамику симптомов. В итоге пациент лучше распознаёт психопатологические симптомы и, как следствие, эффективнее их контролирует [9].

Оказание помощи, базирующейся на измерении симптомов, наделяет и врача новыми возможностями. Специалист точнее и объективнее определяет цели вмешательства, эффективнее проводит дифференциальную диагностику, принимает правильные клинические решения и строит более точные прогнозы. Фактически использование психометрических инструментов переводит психиатрическую помощь на новый, более совершенный организационный уровень. Отмечено, что, когда о результатах психометрической оценки симптомов проинформированы все участники лечения, в том числе и медицинские сёстры, положительные результаты достигаются быстрее и имеют бóльшую выраженность. Также показано, что терапевтический эффект ускоряется и усиливается, если психометрическое обследование проводят еженедельно и результаты доводят до всех участников терапевтической бригады [9].

Нередко психометрические методики имеют многошкальную конфигурацию и предоставляют информацию по нескольким диагностическим доменам. В данном случае врач получает информацию, касающуюся не только целевого клинического аспекта, но и дополнительных, что позволяет получить целостную картину происходящих с пациентом изменений в различных сферах его функционирования.

Установлена полезность психометрического подхода в психиатрии не только для конкретных участников лечения, но и для организаций здравоохранения. В случае регулярного использования МВС-подход позволяет накапливать точные и валидные данные об оказываемой помощи, что повышает качество отчётов и открывает возможности для формирования новых программ и проектов [9]. Вместе с тем отмечены трудности внедрения психиатрической помощи, основанной на измерении. Среди них выделяются временные затраты и недостаток организационных ресурсов [9].

Несмотря на актуальность и необходимость внедрения психометрического подхода в психиатрическую клинику, во многих исследованиях отмечают крайне недостаточное использование методов психометрической оценки в повседневной клинической работе [6, 14, 17]. В работе А. Garland и соавт. [6] показано, что доля специалистов, использующих психометрические методики, равна доле специалистов, относящихся к ним скептически. Авторы исследования выявили, что большинство практикующих психиатров и психотерапевтов никогда в своей практике не использовали стандартизированные инструменты оценки и полностью полагались только на свой опыт и интуицию. Среди причин сложившейся ситуации обнаружено три основных фактора: трудности практического использования (временные затраты), субъективно воспринимаемая низкая валидность инструментов и трудности интерпретации диагностических данных [6].

В обсуждаемом контексте интересные результаты получены в британском исследовании С. Doughty и соавт. [17]. Авторы установили, что в то время как психиатры проявляют осторожное отношение к психометрическим шкалам, пациенты приветствуют их применение, поскольку чувствуют более внимательное и полноценное отношение к своим проблемам [17]. Приведённые выше данные перекликаются с результатами метааналитических исследований, посвящённых применению МВС-подхода, которые свидетельствуют, что несмотря на доказанную высокую эффективность метрического подхода, систематическую оценку симптомов с помощью психометрических инструментов осуществляют менее 20% специалистов, включая имеющих учёную степень [8].

Скептическое отношение практикующих врачей к психометрическим инструментам имеет серьёзные основания. В ряде психометрических обзоров шкал и опросников, которые считали и продолжают считать «золотым стандартом» клинической оценки в психиатрии, показаны их существенные диагностические проблемы и недостатки. В качестве примера можно привести самую известную клиническую рейтинговую шкалу HDRS (шкалу оценки тяжести депрессии Гамильтона). В последние годы появилось значительное число исследований, выявляющих проблемы HDRS в оценке эффекта современных антидепрессантов. Наиболее красноречивым свидетельством в этом плане представляется опубликованное в 2017 г. письмо S. Østergaard редактору журнала «Acta Neuropsychiatrica», которое называется «Не обвиняйте СИОЗС: обвиняйте шкалу оценки депрессии Гамильтона» [18].

Помимо HDRS, критике подвергаются и другие психометрические шкалы вследствие их низких дифференцирующих и дискриминативных свойств [19]. В своём метаобзоре R. Bagby и соавт. [20] отмечают, что в то время как психофармакология с каждым годом предлагает новые антидепрессанты, существующие шкалы оценки депрессии имеют существенные измерительные дефекты. В итоге может сложиться такая ситуация, когда с помощью существующих методик будет невозможно оценить клиническую эффективность новых психофармакологических препаратов [20].

Психодиагностические шкалы, используемые в психиатрии, согласно требованиям психометрического подхода, должны соответствовать определённым критериям. На современном этапе развития клинической психометрики к ним относятся адекватная содержательная клиническая валидность, конструктивная валидность, доказательство достаточности суммарной оценки как показателя выраженности конструкта, обоснованные пороговые критерии интерпретации [21]. Только соответствие перечисленным критериям может обеспечить получение точной и валидной информации, пригодной к обоснованию принимаемых решений.

В современной психиатрии и клинической психологии психометрические методики призваны решать широкий круг диагностических задач. К ним относятся оценка выраженности психопатологических симптомов, факторов риска, нарушений когнитивных функций, качества жизни, инсайта и приверженности терапии, личностных особенностей, побочных эффектов.

Для решения перечисленных задач создано внушительное количество шкал, опросников, когнитивных тестов. Однако далеко не все из них удовлетворяют указанным выше психометрическим критериям. Наличие большого количества психометрических методик с неудовлетворительными и неопределёнными диагностическими свойствами стало основанием для организации исследования COSMIN (от англ. COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments) [22, 23]. Исследование COSMIN инициировано в Нидерландах в 2005 г. в рамках международного мультидисциплинарного проекта Delphy, фокусирующегося на отчётах пациентов о результатах лечения [22]. Цель исследования состояла в достижении консенсуса среди 50 экспертов, специалистов в области психометрики, клинической эпидемиологии, статистики и клинической медицины, в ответах на следующие вопросы.

– Какие особенности измерения являются важными?

– Какие термины и определения следует использовать в процессе описания методологии и результатов измерения?

– Как строить дизайн измерительных исследований?

– Какие статистические процедуры применять при обработке данных измерения?

По результатам исследования составлен перечень терминов и характеристик клинически ориентированных психометрических методик, который включает следующие категории: надёжность, внутреннюю согласованность, ошибку измерения, конструктивную валидность, критериальную валидность, содержательную валидность, чувствительность к изменениям и интерпретируемость [22–24]. В исследовательских отчётах COSMIN особо подчеркнуты такие недостатки представления психометрических инструментов в литературе, как игнорирование ошибок измерения, недостаточное методологическое обоснование валидности и отсутствие обоснованных критериев интерпретации [22, 25].

Следует упомянуть и о другой исследовательской инициативе, также направленной на решение психометрических проблем в медицине. Так называемая STARD-инициатива (от англ. The Standards for Reporting of Diagnostic Accuracy) направлена на совершенствование чёткости и полноты отчётов об исследованиях точности диагностических методов [26]. Инициатива начата в 1999 г. на Кокрейновском совещании в

Риме, где отмечены низкое методологическое качество и несоответствие стандартам исследовательских отчётов о разработке диагностических тестов. В ходе исследований в рамках STARD разработан оценочный перечень из 25 пунктов, предназначенный для оценки отчётов об исследовании диагностической точности теста. Среди оценочных пунктов можно выделить, например, такие как описание выборки исследования, критерии оценки полученных результатов, технические процедуры психометрической разработки.

Особое внимание в проекте STARD уделено вопросу диагностической точности измерения в медицине. Указана необходимость представления показателей клинической и критериальной валидности, чувствительности, специфичности, величины эффекта согласованности, диагностического отношения шансов [26–28].

Таким образом, психометрический подход исторически связан с развитием психиатрии, составляет научную основу для построения классификаций психических и поведенческих расстройств, позволяет решать самые разнообразные научные и практические задачи в психиатрии. Недооценка применения психометрических инструментов потенциально ограничивает возможности и снижает эффективность оказания психиатрической помощи. В связи с этим современная психиатрия остро нуждается во внедрении новых психометрических технологий, позволяющих в краткие сроки разрабатывать экономичные, валидные и точные психометрические инструменты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bech P. *Clinical psychometrics*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell. 2012; 202 p.
2. Бобров А.Е. Методологические вопросы диагностики психических расстройств и современные программы подготовки специалистов в психиатрии. *Соц. и клин. психиатрия*. 2014; 2: 50–54. [Bobrov A.E. Metodologicheskie voprosy diagnostiki psihicheskikh rasstrojstv i sovremennyye programmy podgotovki specialistov v psihiatrii. *Soc. i klin. psihiatriya*. 2014; 2: 50–54. (In Russ.)]
3. Kawa S., Giordano J. A brief history of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: issues and implications for the future of psychiatric canon and practice. *Philos. Ethics Humanit. Med*. 2012; 7 (2): 1–9. DOI: 10.1186/1747-5341-7-2.
4. Spitzer R.L., Endicott J., Robins E. Research diagnostic criteria. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1978; 35: 773–782. DOI: 10.1001/archpsyc.1978.01770300115013.
5. Decker H.S. How Kraepelinian was Kraepelin? How Kraepelinian are the neo-Kraepelinians? — From Emil Kraepelin to DSM-III. *Hist. Psychiatry*. 2007; 18 (71): 337–360. DOI: 10.1177/0957154X07078976.
6. Garland A.F., Kruse M., Aarons G. et al. Clinicians and outcome measurement: What's the use? *J. Behav. Health Serv. Res*. 2003; 30 (4): 393–405. DOI: 10.1007/BF02287427.
7. Schulte-van Maaren Y.W.M., Carlier I.V.E., Zitman F.G. et al. Reference values for major depression questionnaires. *J. Affect. Disord*. 2013; 149 (1–3): 342–349. DOI: 10.1016/j.jad.2013.02.009.
8. Lewis C.C., Scott K., Marti C.N. et al. Implementing measurement-based care (iMBC) for depression in community

- mental health. *Implement. Sci.* 2015; 10: 127. DOI: 10.1186/s13012-015-0313-2.
9. Scott K., Lewis C.C. Using Measurement-Based Care to enhance any treatment. *Cogn. Behav. Pract.* 2015; 22 (1): 49–59. DOI: 10.1016/j.cbpra.2014.01.010.
10. Trivedi M.H., Rush J.A., Wisniewski S.R. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. *Am. J. Psychiatry.* 2006; 163 (1): 28–40. DOI: 10.1176/appi.ajp.163.1.28.
11. Trivedi M.H., Rush J.A., Ibrahim H.M. et al. The Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (IDS-C) and Self-Report (IDS-SR), and the Quick Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (QIDS-C) and Self-Report (QIDS-SR) in public sector patients with mood. *Psychol. Med.* 2004; 34 (1): 73–82. DOI: 10.1017/s0033291703001107.
12. Trivedi M.H. Measurement-based care for refractory depression. *Drug Alcohol Depend.* 2007; 88 (2): 61–71. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2007.01.007.
13. Rush A.J. STAR*D: What have we learned? *Am. J. Psychiatry.* 2007; 164 (2): 201–204.
14. Valenstein M., Adler D.A., Berlant J. et al. Implementing standardized assessments in clinical care: now's the time. *Psychiatr. Serv.* 2009; 60 (10): 1372–1375. DOI: 10.1176/ps.2009.60.10.1372.
15. Eisen S.V., Ranganathan G., Seal P. et al. Measuring clinically meaningful change following mental health treatment. *J. Behav. Health Serv. Res.* 2007; 34 (3): 272–289. DOI: 10.1007/s11414-007-9066-2.
16. Kessler R., Glasgow R.E. A proposal to speed translation of healthcare research into practice. *Am. J. Prev. Med.* 2011; 40 (6): 637–644. DOI: 10.1016/j.amepre.2011.02.023.
17. Dowrick C., Leydon G.M., McBride A. et al. Patients' and doctors' views on depression severity questionnaires incentivised in UK quality and outcomes framework. *BMJ.* 2009; 338: 663. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.b663>.
18. Østergaard S.D. Do not blame the SSRIs: blame the Hamilton Depression Rating Scale. *Acta. Neuropsychiatr.* 2017; 30 (5): 1–3. DOI: 10.1017/neu.2017.6.
19. Bondolfi G., Jermann F., Rouget B.W. et al. Self- and clinician-rated Montgomery–Asberg Depression Rating Scale. *J. Affect. Disord.* 2010; 121 (3): 268–272. DOI: 10.1016/j.jad.2009.06.037.
20. Bagby R.M., Ryder A.G., Schuller D.R. et al. The Hamilton depression rating scale. *Am. J. Psychiatry.* 2004; 161 (12): 2163–2177. DOI: 10.1176/appi.ajp.161.12.2163.
21. Bech P. An overview of which health domains to consider and when to apply them in measurement-based care for depression and anxiety disorders. *Nord. J. Psychiatry.* 2018; 72 (5): 1–7. DOI: 10.1080/08039488.2018.1465592.
22. Prinsen C.A.C., Mokkink L.B., Bouter L.M. et al. COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures. *Qual. Life Res.* 2018; 27 (5): 1147–1157. DOI: 10.1007/s11136-018-1798-3.
23. Mokkink L.B., Prinsen C.A.C., Bouter L.M. et al. The COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments (COSMIN) and how to select an outcome measurement instrument. *Braz. J. Phys. Ther.* 2016; 20 (2): 105–113. DOI: 10.1590/bjpt-rbf.2014.0143.
24. Krabbe P. *The measurement of health and health status.* Elsevier. 2017; 380 p.
25. Vet H.C.W., Terwee C.B., Mokkink L.B. et al. *Measurement in medicine.* Cambridge Univ. Press. 2011; 350 p. DOI: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511996214>.
26. Bossuyt P.M., Reitsma J.B., Bruns D.E. et al. The STARD Statement for Reporting Studies of Diagnostic Accuracy: explanation and elaboration. *Clin. Chem.* 2003; 49 (1): 7–18. DOI: 10.7326/0003-4819-138-1-200301070-00012-w1.
27. Ochodo E.A., Bossuyt P.M. Reporting the accuracy of diagnostic tests. *Clin. Chem.* 2013; 59 (6): 917–919. DOI: 10.1373/clinchem.2013.206516.
28. Bossuyt P.M., Reitsma J.B., Bruns D.E. et al. Towards complete and accurate reporting of studies of diagnostic accuracy: the STARD initiative. *BMJ.* 2005; 326: 41–44. DOI: 10.1136/bmj.326.7379.41.

Поступила 05.09.2020; принята в печать 21.09.2020.