

ПОВЫШАЕТ ЛИ ПСИХОМЕТРИЯ КАЧЕСТВО ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ?

Евгений Владимирович Снедков

Психиатрическая больница св. Николая Чудотворца,
190121, г. Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, 126, e-mail: esnedkov@mail.ru;
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
190115, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41

Реферат

Норма и болезнь, стадии болезни, формы болезней различаются между собой качественными, а не количественными характеристиками. Психометрические инструменты неспособны охватить гештальт клинической картины и определить происходящие в ней качественные сдвиги. В статье аргументируется псевдонаучность и недостоверность количественных измерений интеллекта, личности, статики и динамики психических заболеваний.

Ключевые слова: психометрия, количественные меры, качественное исследование, объективность в психиатрических исследованиях.

DOES PSYCHOMETRY INCREASE THE QUALITY OF PSYCHIATRIC DIAGNOSIS?

Evgeny V. Snedkov

St. Nicholas Psychiatric Hospital, 190121, St. Petersburg,
Moika River emb., 126, e-mail: esnedkov@mail.ru;
I.I. Mechnikov North-West State Medical University,
190115, St. Petersburg, Kirochnaya str., 41

Abstract

Norm and illness, stages of illness, forms of illness differ from each other in qualitative, and not quantitative characteristics. Psychometric tools are unable to capture the gestalt of the clinical picture and determine the qualitative changes taking place in it. The article argues for the pseudoscientific basis and unreliability of quantitative measurements of intelligence, personality, statics and dynamics of mental illness.

Keywords: psychometrics, quantitative measures, qualitative research, objectivity in psychiatric research.

В реферате статьи «Психометрический подход в психиатрии: излишество или необходимость?» её автор М.А. Ассанович утверждает: «Доказано, что применение психометрических шкал на 25–45% повышает эффективность диагностической оценки в психиатрии, улучшает взаимодействие между врачом и пациентом, улучшает организацию психиатрической помощи». Заинтригованный читатель тщетно будет искать в тексте изложение дизайна и результатов авторского исследования. Оказывается, цифры (и только цифры) заимствованы из публикации A.J. Rush (2007) под заголовком «STAR*D: что мы узнали?» [1].

Что же любопытного узнал доктор Раш? Он поделился опытом участия в спонсированном фармацевтическими компаниями исследовании эффективности применения антидепрессантов в комбинации с когнитивной терапией в реальной амбулаторной клинической практике лечения пациентов с большой депрессией. Так называемая «measurement-based care» предполагала рутинное использование психометрических методик «определения симптомов и нежелательных явлений» при каждом визите пациента, а также основанных на этих измерениях руководств по своевременным изменениям доз препаратов. Раш сообщал: «измерения симптомов (в отличие от общего суждения) вполне могут выявить пользу (например, снижение исходной тяжести симптомов на 25–45%), о которой многие пациенты, если их спросят об общем впечатлении, не сообщают».

В действительности хотя бы улучшение, не говоря уж о ремиссии, происходило много позже (≥ 6 нед), чем следовало бы ожидать от применения препаратов, доверяя результатам рандомизированных клинических исследований (РКИ) их эффективности. Немало пациентов выбыли из исследования, так и не достигнув ремиссии — «несмотря на предоставленный координаторами исследования дополнительный персонал, обучение пациентов и на доступность бесплатного лечения». «Эти результаты, — подчеркнул Раш, — подтверждают важность ремиссии (а не просто ответа) как клинически значимой конечной точки». В целях повышения пользы РКИ для нужд реальной практики он предложил коренным образом изменить их дизайн, а текст завершил словами: «от себя лично скажу, что такие огромные усилия, как STAR*D, являются высшим экзерсисом “отсроченного вознаграждения”». Но, в конце концов, процесс работы с выдающимися исследователями, преданным своему делу персоналом и с пациентами сам по себе уникальная награда» [1].

От себя лично добавлю: к требующему незаурядной силы воли «отсроченному вознаграждению» нужно быть морально готовыми тем, кто по протоколу РКИ, увы, обязан принимать диагностические и терапевтические решения лишь по итогам психометрии, и всем, кто слепо верит в клинический реализм выводов исследований, использовавших психометрию в качестве главного метода оценки эффективности вмешательств.

Коллега хочет ввести читателя в заблуждение, уверяя его в том, что «психометрический подход исторически связан со становлением психиатрии как науки». Во-первых, нет наук «терапия», «хирургия», «психиатрия» *et cetera*. Есть прикладные клинические дисциплины, каждая из которых базируется на интеграции ряда наук и иногда обогащает эти науки новыми знаниями. Во-вторых, известно, что становление психиатрии как отрасли медицины происходило на рубеже XVIII–XIX веков, когда будущего основателя психометрии и евгеники Ф. Гальтона ещё не было на свете.

Верно, что для уточнения различий в ассоциациях у больных ранним слабоумием и маниакально-депрессивным помешательством (МДП) Э. Крепелин в своей работе использовал ассоциативный эксперимент Вундта, что он разработал собственную методику оценки внимания и утомляемости, ныне известную как «счёт по Крепелину». Верно и то, что с 1887 г. Крепелин вёл учётные карточки всех своих пациентов. Однако заявления М.А. Ассановича, будто бы Крепелина надлежит считать «первым клиническим психометристом, применившим психометрические знания для валидации классификации психических расстройств», будто бы он «использовал карточки с перечнями симптомов психических расстройств» и «с их помощью выделил такие расстройства, как *dementia praecox* и МДП», — досужий вымысел.

Как таковых «психометрических знаний» не существует. Ни один «психометрический инструмент» (ПМИ) не содержит вопросов, утверждений или описательных характеристик, которые позволяли бы получить какую-то новую, недоступную для распознавания в ходе клинической беседы и наблюдения либо ускользающую из поля внимания врача информацию о пациенте. ПМИ состоят из формализованных элементов клинко-психопатологического метода обследования, а значит, они в принципе не могут собою представлять самостоятельную эвристическую ценность.

«Не существует ни одного признака болезни, который был бы решающим для дифференциального диагноза» (Крепелин Э., 1904) [2]. Составление перечней симптомов — бесперспективное занятие психиатров первой половины XIX века и разработчиков современных психиатрических классификаций. Крепелин анализировал динамические взаимосвязи симптомов на каждом этапе их возникновения и дальнейшего течения. Ни один из симптомов не экстрагировался в качестве диагностического критерия, точно так же не было второстепенных признаков. Регистрируемые в учётных карточках пациентов описания целостных клинических картин вместе с результатами качественного катамнестического наблюдения в итоге позволили ему выявить ряд прогностически важных закономерностей течения и синдрома кинеза, которые тогда, в самом начале нозографического пути, уже могли дифференцировать пусть не формы,

так хотя бы главные группы болезней. «Идея нозологической единицы — наиболее плодотворный из всех существующих ориентиров», «источник эффективного и беспрецедентного стимулирования научного прогресса» (Ясперс К., 1913) [3]. Нет вины Крепелина в том, что вместо конструктивного продолжения начатой им работы по разграничению естественных фенотипов психических болезней психиатрия дрейфует назад, в симптоматологическую эпоху XIX века, итеративно сетуя на пресловутую дихотомию как на якобы причину запутывания в тех же самых докрепельновских тупиках.

Утверждая, что «формировавшаяся на психометрической основе клиническая психиатрия Крепелина была практически полностью вытеснена психоаналитическим учением З. Фрейда», М.А. Ассанович неправ по нескольким причинам. Во-первых, клиническая психиатрия формировалась на основе естественных наук. Во-вторых, психоанализ одно время преобладал лишь в американской психиатрии. Он не противодействовал психометрии; конфликт интересов психоаналитиков лично с Г. Айзенком не в счёт. Наоборот, при поддержке Русского психоаналитического общества в СССР была создана и долго процветала сеть педологических лабораторий; внутри самой педологии существовало целое психоаналитическое направление [4].

Запрет педологии в 1936 г. имел основания. Вооружённые идеями социал-дарвинизма и психометрическими орудиями, педологи вычисляли «одарённых», «обычных» и «дефективных» детей для организации школьных классов с раздельным их обучением. О больных олигофренией речь не шла. Трудно сказать, услышали бы мы что-то про теорию относительности, попади в своё детство Альберт Эйнштейн в объятия педологов.

Интеллект не имеет фиксированного уровня, и это многомерная конструкция. Он зависим от базовых психических функций (таких, как память, язык, внимание, воля, ...), от внешних условий и сферы применения. Интеллект и уровень осведомлённости — не одно и то же. Интеллект включает критическое мышление, воображение, рефлекссию, интуицию, интенцию, способность к познанию, навыки решения проблем. Помимо вербального, невербального и социального интеллекта, есть понятия творческого, практического, лингвистического, логико-математического, музыкального, целого ряда других интеллектов (включая мошеннический?), причём даже очень высокое развитие интеллекта в каком-то направлении необязательно совпадает с хорошими академическими способностями. Количественным измерениям перечисленное не поддаётся. А если бы и поддавалось — помилуйте, зачем?

Польза применения методик «исследования личности» не менее сомнительна. Понятие «личность» включает духовный мир, мировоззрение, совесть, глубинные потребности и мотивации. Научных

методов получения явных знаний о духовной сфере не существует. Однако выявление доминирующих черт характера без сопоставления с этими неосозаемыми свойствами человеческого духа даёт многозначную и малоинформативную для целей прогнозирования поведения картину. «Экстраверсия» на деле может обернуться бесцеремонностью, «приятность» — лицемерием, «эмоциональная стабильность» — чёрствостью, и т.п.

Если мы сравним уровни социально-психологической адаптации, то без труда обнаружим, что многих стоящих на самой высшей её ступени крупных олигархов и политиков отличают холодная расчётливость, тщеславное самолюбование, умение манипулировать людьми, нечувствительность к чужим страданиям. С другой стороны, адаптация любой ценой к несправедливости, злу, насилию, мракобесию, лжи — иными словами, приспособленчество, конформизм — разве это и есть человеческое призвание? Что, если личность практически на всём протяжении своей жизни находится в неприемлемых для неё условиях — в семье ли, в обществе — и, делая свой нравственный либо безнравственный выбор, вопреки конвенциональным шаблонам, как умеет, протестует против них?

«Дефект нравственного чувства сам по себе, без других признаков психического заболевания или недоразвития, не может составлять болезнь» (Блэйлер Э., 1920). Любая болезнь — психическая, соматическая — способна ограничить социальную адаптацию. Однако социальный критерий не может считаться маркёром биомедицинского понятия «патология», тем более единственным. Установление некоего количественного показателя как границы, якобы разделяющей норму и патологию, не имеет отношения ни к теории, ни к практике. Ибо в соответствии с законом перехода количества в качество по достижении этого рубежа должен был бы происходить скачок в качественно иное состояние. Ничего подобного в континуумах психологических черт и социальной адаптированности нет. Уязвимость в отношении определённого рода психотравмирующих воздействий, типология реакций («декомпенсаций»), патопластическое влияние свойств характера на картины болезней у акцентуированных и у так называемых «психопатических» личностей не различаются. Следовательно, баллами и процентилями измеряется псевдонаучная реальность, но никак не личность.

Норма и болезнь, стадии болезни, формы болезней различаются между собою качественными, а не количественными характеристиками.

Представим себе совестливого молодого человека, который в силу своей неопытности, горячности, малодушия, инфантилизма стал причиной разрыва отношений с лучшим другом или возлюбленной. И теперь от горя и стыда он готов под землю провалиться, поделом вина себя во всём произошедшем. У него даже мелькают мысли о желательности смерти. Конечно, он

нуждается в мудрой психологической поддержке. Нет сомнений и в том, что душевные страдания сейчас ему жизненно необходимы для воспитания чувств, обретения зрелости. Если молодой человек честно заполнит опросник Бека, суммарный балл наверняка будет соответствовать «тяжёлой депрессии». Но разве в отрыве от общего контекста и массы не учтённых опросником деталей сей психологический кризис является депрессией, болезнью в клиническом, не в бытовом понимании? Для психиатра гораздо важнее не что говорит обследуемый, а как. К распознаванию этих нюансов ПМИ (и даже искусственный интеллект) не приспособлены.

Служит ли редукция отдельных симптомов точным индикатором нормализации патофизиологических процессов, ставших причиной их возникновения? Каждый психиатр знает, что при обратном развитии приступа тоскливой депрессии сначала редуцируется психомоторная заторможенность, в то время как тимический её компонент сохраняется намного дольше. Иногда на фоне оживления идеаторных процессов депрессивные переживания даже усиливаются, при этом серьёзно возрастает риск суицида. Длительная интенсивная тревога иногда сменяется деперсонализацией, сопровождаясь существенным снижением баллов по шкалам тревоги и депрессии. Депрессивная деперсонализация — качественно иное мучительное состояние, не поддающееся лечению антидепрессантами (Нуллер Ю.Л., 1992) [5].

То же самое можно сказать о закономерностях редукции мании: исчезновение гиперактивности и непрерывного речевого напора не говорит ещё о том, что приступ миновал. Снижение показателей выраженности симптомов по шкалам депрессии или мании в обоих случаях закономерно, но оно создаёт обманчивое впечатление улучшения и может стать причиной принятия врачом неверного решения по дальнейшей тактике лечения.

Психометрия способна дать иные искажённые представления о состоянии пациента. Рассмотрим два клинических примера, взятых мною из монографии К. Леонгарда [6].

Психоз у Гелены Х. развился в считанные дни, после короткого периода эмоциональной гиперестезии и бессонницы. В клинику поступила в состоянии экстатического возбуждения. Сообщила, что вовсе не чувствует себя больной: «Да я счастливее самого счастливого человека!» А дело было в том, что некую фрау К., которая и «навела» на неё болезнь, «дьявол утащил в преисподнюю». Обо всём этом Х. сообщила с большой таинственностью и торжественностью. Больная обо всём говорила в повышенном тоне и несколько нараспев, словно читала молитвы. Часто пела, закрыв глаза, религиозные песни. На вопрос о том, снизошла ли на неё Божественная милость, она ответила утвердительно, при этом лицо у неё было просветлённое.

Затем она разразилась целой речью: «Мне явилась Богородица, одежда на ней была голубая, как небеса, она кивнула мне головой». «Завтра будет страшный суд, — продолжала Х., — никто и представить не может себе, что будет твориться. Звёзды попадают с неба, и луна светить не будет, будет затмение солнца, мёртвые восстанут из гробов — я счастлива, как никогда!» Она приказывала всем больным встать на колени и ожидать предсказанных событий.

Эльза В. длительно находится в лечебнице. Больная дружелюбна, доступна, довольно разговорчива, даёт дельные советы, но легко отклоняется от темы. Эмоционально совершенно безучастна. Даже о голосах говорит без всякого чувства: «Говорят они об обычных вещах, о политике или о кухонных рецептах». При этом она объясняет: «Это и не голоса даже, это вроде как мои же собственные мысли». Столь же безучастно она сообщает о том, что у неё иногда бывают сексуальные ощущения, как будто бы кто-то хватает её под одеялом. Она признаёт, что это бывает у неё временами и именно тогда она легко впадает в раздражение. Но во время обследования взволновать её не удалось.

Итак, бред и галлюцинации существенно нарушают мышление и поведение Гелены Х. Расстройства восприятия переживаются как реально происходящие события с эмоциональными реакциями на них. Пациентка возбуждена и высказывает множество фантастических идей. По каждому из следующих пунктов шкалы позитивных и негативных симптомов — Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS) — «бред», «галлюцинации», «возбуждение», «необычное содержание мыслей» — выраженность имеющихся симптомов соответствует 5–6 баллам.

Хотя галлюцинации у Эльзы В. затрагивают более одной чувственной сферы, они лишены личностной значимости, не подвергаются интеллектуальной переработке, не влияют на поведение почти не влияют. Вторичный галлюцинаторный бред мало оформлен, стереотипен, парафренических элементов не содержит. Безучастность пациентки с содержанием бреда не связана. Возбуждения нет (1 балл), выраженность симптомов по остальным вышеперечисленным пунктам PANSS соответствует 3–4 баллам.

Для высоких оценок по данным пунктам глоссария PANSS неявным образом предполагает наличие чрезвычайно подвижной психопатологической симптоматики. Неслучайно в большинстве спонсируемых фармкомпаниями РКИ новых антипсихотиков критериями включения пациентов являются высокие баллы по субшкале позитивных симптомов в сочетании с требованием недавно наступившего обострения. Расцвет психометрии всецело совпадает с расцветом фарминдустрии психотропных средств. Простодушный вопрос: *cui bono*?

Примером Гелены Х. Леонгард проиллюстрировал психоз страха-счастья — одну из форм циклоидных психозов, «острое полиморфное психотиче-

ское расстройство» в Международной классификации болезней 10-го пересмотра. В прошлом похожие картины описывали под названиями «острая галлюцинаторная паранойя» (Вестфаль), «амения» (Мейнерт), «дизнойя» (Корсаков), «острые полиморфные бредовые вспышки» (Маньян), «истерическое помешательство» (Крафт-Эбинг), «онейрофрения» (Медуна), «диэнцефальные психозы» (Голант) и др. Все авторы констатировали транзиторный интермиттирующий характер течения этих приступов — как это происходило и у Гелены Х., причём ещё до эры психофармакотерапии. Случай Эльзы В. использован Леонгардом при описании бесчувственной гебефрении; мы также называем её «ядерной», злокачественной шизофренией. Более или менее эффективных фармакологических средств лечения этой болезни до сих пор не существует.

Попробуем теперь представить, как рассуждал бы сторонний исследователь при ознакомлении с рейтинговыми оценками PANSS. Похоже, обе пациентки психотические, но только у первой есть связанные с галлюцинаторно-бредовыми переживаниями изменения поведения. Поведение второй упорядочено, и как знать, может, она находится в ремиссии. Располагая результатами оценок по всем 30 пунктам шкалы, квалифицировать состояние пациенток даже на синдромальном уровне всё равно не удастся. Озаботившись дифференциальной диагностикой, пришлось бы безуспешно ломать голову, что же за болезнь у Гелены Х.: шизофрения? психотический маниакальный эпизод? шизоаффективное расстройство? острое полиморфное психотическое расстройство? мескалиновый психоз? А у Эльзы В. — органический лобный синдром? органическое бредовое расстройство? шизофрения? Психометрия никак не поспособствовала бы ни прогнозированию дальнейшего течения их заболеваний, ни выбору оптимальной тактики лечения.

Ну, и с какой же стати М.А. Ассанович голословно уверяет, будто бы психометрический подход «создаёт условия для индивидуальной точной и валидной оценки состояния пациента, ... снижает частоту необоснованных, принятых “на глаз” терапевтических решений, ... специалист точнее и объективнее определяет цели вмешательства, эффективнее проводит дифференциальную диагностику, принимает правильные клинические решения и строит более точные прогнозы»? Апофеоз статьи — ошеломляющие авторские открытия: *«величина прибавки в терапевтическом эффекте [психометрии] достигает средней степени выраженности ... особую эффективность [психометрический подход] продемонстрировал в терапии резистентных пациентов»*. Да уж... Nobel Prize? Ig Nobel Prize?

Никакие ПМИ не способны охватить гештальт клинической картины и определить происходящие в ней качественные сдвиги.

В реальной практике психиатрии применяют узкий круг измерений, которые трудно назвать психометрическими, так как они не претендуют на измерение психики как таковой. Имеются в виду числовые градации интегративных клинических суждений о социальном, профессиональном и психологическом функционировании пациента (например, шкалы GAF, PSP), о тяжести его состояния (CGI-S), о динамике в процессе терапии (CGI-I). Есть нейропсихологические методики, которые не содержат готовых формулировок вопросов или утверждений, но в итоге дают количественные оценки когнитивных нарушений (например, MMSE), лобной дисфункции и т.п.

Подобные инструменты широко применяют в нашей больнице: одни в качестве вспомогательного средства контроля качества лечения, другие — в качестве подспорья в диагностике. Некоторые шкалы и опросники врачи используют для скрининга. Иногда нелишне обсудить с пациентом некоторые ответы в целях достижения лучшего понимания им своего состояния. Однако приравнивать ПМИ к самостоятельному методу психиатрической диагностики, как пропагандирует М.А. Ассанович, — это, простите, чересчур.

В литературе, в том числе на страницах «Неврологического вестника», уже неоднократно анализировалась и обосновывалась несостоятельность ПМИ в смысловых, лингвистических, культурологических, контекстуальных аспектах [7–13], подмена ими герменевтического, лингвистического, нарративного, эмпатического дискурса традиционной клинической диагностики позитивистским, формализованным дидактическим подходом [7, 14] с полным игнорированием исключительно важных в диагностике имплицитных психологических процессов, эвристических находок, феноменологии как таковой [7, 15, 16]. Показана методологическая и эпистемиологическая недостоверность квазиизмерений человеческого опыта, иллюзорность «объективности» и «доказательности» получаемых с помощью ПМИ результатов [7, 11, 17–21]. А тем временем уже идёт ненавязчивое внедрение зависимости клинических суждений и терапевтических решений от результатов, получаемых с помощью ПМИ [21], что, безусловно, содержит в себе угрозу постепенной примитивизации психиатрического знания [7, 22, 23].

Как видно, я не одинок в своём неприятии психометрического азарта коллеги. Однако ведь и он имеет немалое, быть может, превосходящее число единомышленников, искренне убеждённых в том, что самооценка выраженности расстройства посредством ПМИ обладает доказательной чувствительностью и специфичностью [24]. По меткому выражению К. Tabb (2015), дименсиональное мышление в психиатрии набирает обороты [25]. В отличие от статьи М.А. Ассановича, встречаются обзоры, содержащие весомые аргументы в пользу преимуществ размерного подхода [26–29].

Усматривая потенциальную пользу поиска истин и компромиссов в ходе дискуссии специалистов по этой исключительно важной для будущего психиатрии проблеме, я хотел бы оставить за скобками перечисленные изъяны статьи М.А. Ассановича и на правах рецензента всё же рекомендовать редакционной коллегии её публикацию. В конце концов, демонстрация антипода качественной научной статьи ради достижения дидактической цели урока тоже может быть полезна.

Конфликт интересов отсутствует. Конфликт научных взглядов и практических подходов желательно устранить.

ЛИТЕРАТУРА

1. Rush A.J. STAR*D: What have we learned? *Am. J. Psychiatry*. 2007; 164 (2): 201–204. DOI: 10.1176/aip.2007.164.2.201.
2. Kraepelin E. *Psychiatrie. Ein Lehrbuch fuer Studierende und Aerzte*. 7te Aufl., Bd. II: Klinische Psychiatrie. Leipzig: J.A. Barth. 1904; 478 p.
3. Ясперс К. *Общая психопатология*. М.: Практика. 1997; 1053 с. [Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin; Heidelberg; New York: Springer Verlag. 1965; 748 p.]
4. Эткинд А.М. От психоанализа к педологии (из истории советской науки о человеке). *Человек*. 1990; 1: 20–30. [Etkind A.M. Ot psikhoanaliza k pedologii (iz istorii sovetskoy nauki o cheloveke). *Chelovek*. 1990; 1: 20–30. (In Russ.)]
5. Нуллер Ю.Л. Смена парадигмы в психиатрии. *Обозр. психиатр. и мед. психол.* 1992; 1: 13–19. [Nuller Yu.L. Smena paradigmy v psikhiiatrii. *Obozr. psikhiatr. i med. psikholog.* 1992; 1: 13–19. (In Russ.)]
6. Леонгард К. *Систематика эндогенных психозов и их дифференцированная этиология*. Пер. с нем. под ред. А.С. Тиганова. М.: Практическая медицина. 2010; 456 с. [Leonhard K. *Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Aetiologie: 54 Tabellen*. Georg Thieme Verlag. 2003; 454 p.]
7. Stiles W.B. Quality control in qualitative research. *Clin. Psychol. Rev.* 1993; 13 (6): 593–618. DOI: 10.1016/0272-7358(93)90048-Q.
8. McLeod J. An administratively created reality: some problems with the use of self-report questionnaire measures of adjustment in counselling/psychotherapy outcome research. *Couns. Psychother. Res.* 2001; 1 (3): 215–226. DOI: 10.1080/14733140112331385100.
9. Давтян Е.Н. Психиатрия сегодня: последствия глобализации. *Обозр. психиатр. и мед. психол.* 2012; 4: 3–6. [Davtyan Ye.N. Psikhiiatriya segodnya: posledstviya globalizatsii. *Obozreniye psikhiiatrii i meditsinskoy psikhologii*. 2012; 4: 3–6. (In Russ.)]
10. Кудря С.В., Давтян Е.Н. Что измеряет шкала депрессии Бека? *Психиатрия и психофармакотерап.* 2013; 15 (2): 57–60. [Kudrya S.V., Davtyan Ye.N. Chto izmeryayet shkala depressii Beka? *Psikhiiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2013; 15 (2): 57–60. (In Russ.)]
11. Hill C.E., Chui H., Baumann E. Revisiting and reenvisioning the outcome problem in psychotherapy: an argument to include individualized and qualitative measurement psychotherapy. *Am. Psychol. Assoc.* 2013; 50 (1): 68–76. DOI: 10.1037/a0030571.

12. Давтян Е.Н., Кудря С.В. Слово в защиту клинициста (об использовании медицинских опросных инструментов в психиатрии). *Психиатрия и психофармакотерап.* 2014; 16 (2): 59–64. [Davtyan Ye.N., Kudrya S.V. Slovo v zashchitu klinitsista (ob ispol'zovanii meditsinskikh oprosnykh instrumentov v psikhiiatrii). *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya.* 2014; 16 (2): 59–64. (In Russ.)]
13. Зорин Н.А. Ещё раз про любовь к доказательной медицине. *Неврол. вестн.* 2019; 2: 95–100. [Zorin N.A. Yeshche raz pro lyubov' k dokazatel'noy meditsine. *Nevrologicheskiy vestnik.* 2019; 2: 95–100. (In Russ.)]
14. Borsboom D., Mellenbergh G.J., van Heerden J. The theoretical status of latent variables. *Psychol. Rev.* 2003; 110 (2): 203–219. DOI: 10.1037/0033-295X.110.2.203.
15. Cousineau T.M., Shedler J. Predicting physical health: Implicit mental health measures versus self-report scales. *J. Nerv. Mental Dis.* 2006; 194 (6): 427–432. DOI: 10.1097/01.nmd.0000221373.74045.51.
16. De Los Reyes A., Kunder S.M.A., Wang M. The end of the primary outcome measure: A research agenda for constructing its replacement. *Clin. Psychol. Rev.* 2011; 31: 829–838. DOI: 10.1016/j.cpr.2011.03.011.
17. Messick S. Test validity and the ethics of assessment. *Am. Psychol.* 1980; 35: 1012–1027. DOI: 10.1037/0003-066X.35.11.1012.
18. Shedler J., Mayman M., Manis M. The illusion of mental health. *Am. Psychol.* 1993; 48 (11): 1117–1131. DOI: 10.1037//0003-066X.48.11.1117.
19. Michell J. Constructs, inferences, and mental measurement. *New Ideas Psychol.* 2013; 31 (1): 13–21. DOI: 10.1016/j.newideapsych.2011.02.004.
20. Зорин Н.А. Методологический самообман. Имеют ли смысл квазиизмерения человеческих чувств и ощущений? *Неврол. вестн.* 2018; 4: 19–22. [Zorin N.A. Metodologicheskiy samoobman. Imeyut li smysl kvaziizmereniya chelovecheskikh chuvstv i oshchushcheniy? *Nevrologicheskiy vestnik.* 2018; 4: 19–22. (In Russ.)]
21. Truijens F.L., Cornelis S., Desmet M. et al. Validity beyond measurement: why psychometric validity is insufficient for valid psychotherapy research. *Front. Psychol.* 2019; 10: 532. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00532.
22. Давтян Е.Н. Психиатрия сегодня: последствия глобализации. *Обозр. психиатр. и мед. психол.* 2012. 4: 3–6. [Davtyan Ye.N. Psikhiiatriya segodnya: posledstviya globalizatsii. *Obozr. psikhiatr. i med. psikhol.* 2012; 4: 3–6. (In Russ.)]
23. Maj M. Why the clinical utility of diagnostic categories in psychiatry is intrinsically limited and how we can use new approaches to complement them. *World Psychiatry.* 2018; 17 (2): 121–122. DOI: 10.1002/wps.20512.
24. Зобин М.Л. Являются ли «измерения» человеческих чувств измерением в операциональном смысле? *Неврол. вестн.* 2019; 1: 70–72. [Zobin M.L. Yavlyayutsya li “izmereniya” chelovecheskikh chuvstv izmereniyem v operatsional'nom smysle? *Nevrologicheskiy vestnik.* 2019; 1: 70–72. (In Russ.)]
25. Tabb K. Psychiatric progress and the assumption of diagnostic discrimination. *Philosophy of Sci.* 2015; 82 (5): 1047–1058.
26. Markon K.E., Chmielewski M., Miller C.J. The reliability and validity of discrete and continuous measures of psychopathology: a quantitative review. *Psychol. Bull.* 2011; 137 (5): 856–879. DOI: 10.1037/a0023678.
27. Cuthbert B.N. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry.* 2014; 13 (1): 28–35. DOI: 10.1002/wps.20087.
28. Hengartner M.P., Lehmann S.N. Why psychiatric research must abandon traditional diagnostic classification and adopt a fully dimensional scope: two solutions to a persistent problem. *Front. Psychiatry.* 2017; 8: 101. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.00101.
29. Kotov R., Krueger R.F., Watson D. et al. The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *J. Abnorm. Psychol.* 2017; 126 (4): 454–477. DOI: 10.1037/abn0000258.

Поступила 22.09.2020; принята в печать 23.09.2020.