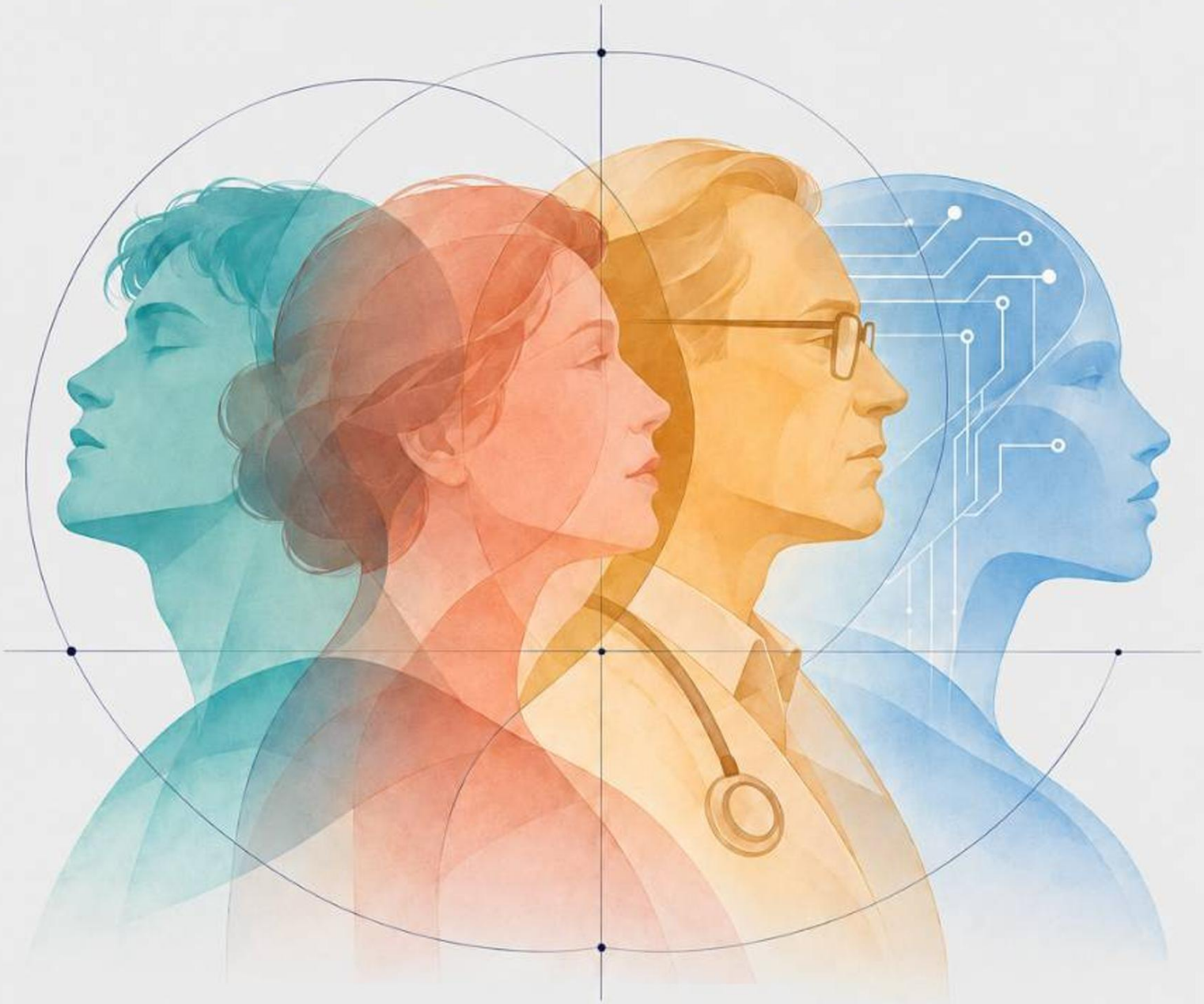
И. Я. Новицкий

ПСИХИАТРИЯ РАСХОЖДЕНИЙ

Пациент, родственник, врач и ИИ как источники клинических сведений

Научно-практическая монография



МОСКВА 2026

Игорь Новицкий

Психиатрия расхождений. Пациент, родственник, врач и ИИ как источники клинических сведений

«Автор»
2026

Новицкий И. Я.

Психиатрия расхождений. Пациент, родственник, врач и ИИ как источники клинических сведений / И. Я. Новицкий — «Автор», 2026

Пациент говорит, что почти не спал. Близкий видел его спящим днём. Врач отмечает возбуждение, а дневник содержит записи только о ночном сне. Какие из этих сведений действительно противоречат друг другу? Что можно заключить о состоянии пациента и какие вопросы ещё предстоит задать?
В научно-практической монографии «Психиатрия расхож-дений» И. Я. Новицкий предлагает метод сопоставления клинических сведений. В его основе — отдельное утверждение, для которого фиксируются источник, время, контекст и основание. Такой анализ помогает отличить прямое противоречие от различий в условиях наблюдения, понять, какие расхождения способны изменить клиническое заключение, и отразить в психическом статусе то, что пока остаётся неопределённым. В книге показано, как экзоспекция дополняет рассказ пациента данными внешнего наблюдения, как психкод и психпаспорт позволяют проследить основания клинического вывода и его пере-смотр во времени, какую роль в этой работе может выполнять искусственный интеллект.

© Новицкий И. Я., 2026
© Автор, 2026

Содержание

Предисловие 7
Введение. Расхождение как предмет клинического исследования 9
Постановка задачи 9
Предшествующие исследования и границы переноса 10
Исследовательские вопросы 11
Статус клинических примеров и выводов 12
Обзор исследований клинических расхождений 13
Многоисточниковая оценка и происхождение расхождений 13
Самоотчёт и наблюдение при психотической симптоматике 13
Согласие специалистов и устойчивость заключений 14
Экспертный консенсус и проверка клинической значимости 14
Исследовательский вопрос монографии 15
Часть I. Доступ к психическому состоянию и научные основания оценки 16
Глава 1. Психическое состояние и условия его наблюдения 16
1.1. Переживание, поведение и квалификация признака 16
1.2. Время и ситуация как свойства утверждения 16
1.3. Ненаблюдение и отсутствие признака 16
1.4. Продолжительность и плотность наблюдения 17
1.5. Изменение после уточняющего наблюдения 17
1.6. Психическая система в анализе расхождений 17
Психическая система как предмет клинического сопоставления 17
Переживание, познание и действие в одном эпизоде 18
Различение предмета оценки, проявления и канала наблюдения 19
Изменение состояния и изменение условий его наблюдения 19
Системная связь как проверяемая гипотеза 20
Две структуры клинической карты 21
Учебная реконструкция межобластной связи 21
Матрица наблюдения и функциональные конструкты 22
Системная связь и значимость для клинического решения 23
Глава 2. Пациент как источник сведений о собственном переживании 24
2.1. Непосредственный и ретроспективный самоотчёт 24
2.2. Значение слов пациента 24
2.3. Раскрытие переживаний и отношение к состоянию 24
2.4. Отрицание, отсутствие ответа и неопределённость воспоминания 25
2.5. Изменение самоотчёта при повторном расспросе 25
Глава 3. Близкий как наблюдатель и участник клинической ситуации 26

3.1. Повседневное наблюдение и исходный уровень 26
3.2. Наблюдение, передача и объяснение 26
3.3. Отношения, тревога и нагрузка 26
3.4. Несколько близких как самостоятельные источники 27
3.5. Объём утверждения о привычном поведении 27
Глава 4. Врач как наблюдатель и автор клинического заключения 28
4.1. Осмотр как организованное наблюдение 28
4.2. Влияние предварительной гипотезы 28
4.3. Межэкспертные расхождения 28
4.4. Структура записи при передаче сведений 29
4.5. Архивная запись и повторный пересказ 29
4.6. Экзоспекция в анализе клинических сведений 29
Экзоспекция и пределы наблюдения психического состояния 29
Различия в доступе к переживанию 30
Независимость наблюдения и происхождение сведений 31
Учебный пример сопоставления каналов 31
Роль ИИ в воспроизводимости экзоспективного вывода 32
Глава 5. Предмет клинического свидетельства 34
Вопрос, на который отвечает высказывание 34
Как формируется описательный признак 34
Фиксация буквального, подразумеваемого и клинически квалифицированного 35
Ограничения отчёта пациента и предел их обобщения 35
Глава 6. Доверие к источнику и эпистемическая справедливость 37
Почему значение имеет отдельное утверждение 37
Язык опыта и доступность объяснения 37
Неравенство доступа к клинической записи 38
Практическая проверка равного внимания 38
Глава 7. Контекст как условие наблюдения и часть клинической ситуации 40
Условия проявления и условия доступа 40
Культура и язык высказывания 40
Что даёт наблюдение в обычной среде 41
Обобщение по случаям и сравнение внутри одного случая 41
Глава 8. Экзоспекция и границы вычислительного вывода 43
Выбор канала и проверка источника 43
Условия, при которых внешняя регистрация прибавляет сведения 43
Когда наблюдение меняет поведение 44
Глава 9. Психическая система и объяснение внутрислучайной динамики 45
Две карты одного эпизода 45
Признак, взаимодействие и механизм 45
Границы системного обобщения 46
Пополнение карты и пересмотр вывода 46
Глава 10. Асимметрия неопределённости в клиническом выводе 48

Разные основания для положительного и отрицательного суждения 48
Как ранняя трактовка влияет на последующее свидетельство 48
Роль исходной вероятности и зависимости свидетельств 49
Значимость остающегося расхождения 49
Глава 11. Что показывают исследования нескольких источников у взрослых пациентов 50
Согласие зависит от того, о чём спрашивают 50
Самооценка и исполнительские показатели при шизофрении 50
Самооценка и клиническая оценка депрессивных проявлений 51
Качество жизни и оценки заместителя 52
Матрица признаков и методов 53
Глава 12. Время, ситуация и сопоставимость измерений 54
Вопрос задаёт период и способ обобщения 54
Измерение опыта в повседневной среде 54
Конец ознакомительного фрагмента. 56

Игорь Новицкий
Психиатрия расхождений. Пациент, родственник, врач и ИИ как источники клинических сведений

Предисловие

Психиатрическое обследование соединяет сообщения о переживаниях, описания поведения и профессиональную оценку состояния. Эти сведения возникают в различных условиях. Больной рассказывает о бессонной ночи спустя несколько часов после её окончания. Близкий описывает то, что видел дома. Врач фиксирует поведение во время беседы и сопоставляет его с предшествующими записями. Клиническое заключение объединяет этот материал. В сжатой записи при этом легко утрачивается возможность установить, кто и на каком основании сообщил каждый факт.

Представим, что пациент говорит: «Я почти не спал и совсем не устал». Близкий вспоминает два случая, когда видел его спящим днём. Врач на утреннем осмотре отмечает выраженное психомоторное возбуждение. Дневник сна содержит записи только о ночных периодах. Отнесение всех этих сведений к рубрике «нарушения сна» скрывает несколько различий. Длительность сна и субъективная утомляемость относятся к разным признакам. Дневные эпизоды и ночной сон относятся к разным временным интервалам. Психомоторное возбуждение характеризует наблюдаемое поведение во время осмотра. Пределы сведений о суммарном сне зависят от полноты записей за сутки. Этот пример используется в книге как учебная ситуация.

Три направления предшествующей работы сходятся в постановке этой задачи. В исследовании психического статуса предметом систематизации становится описание состояния и его динамики. Концепция экзоспекции обращена к условиям внешнего наблюдения психики и к возможностям его инструментального расширения. Работа о синдроме родственника рассматривает участие близкого в клинической ситуации. Здесь предметом становится отношение между конкретными сообщениями. Участие источника в ситуации, возможность наблюдать событие и достаточность основания для вывода подлежат отдельной оценке.

Слово «близкий» охватывает родственников и других людей, регулярно общающихся с пациентом. Для клинического анализа важно знать, где, когда и при каких обстоятельствах человек наблюдал описываемое поведение. В одном случае такими сведениями располагает член семьи, живущий вместе с пациентом. В другом их сообщает друг, с которым пациент общался ночью, или партнёр, присутствовавший при конкретном событии. Степень родства не определяет полноту доступа к эпизоду.

ИИ включён в рассмотрение в связи с изменением способов обработки клинической документации. Программа может извлекать утверждения из интервью, связывать их с записями и отмечать возможные расхождения. Производный вывод сохраняет зависимость от исходных материалов. Сводка, составленная ИИ по словам пациента, не добавляет второго независимого свидетельства. Для клинициста в ней должна оставаться возможность открыть исходный фрагмент, увидеть его контекст и проверить интерпретацию.

В письменном заключении высказывание неизбежно сокращается. Сокращение оправдано, когда оно убирает повторения, оставляя признаки и их основания. Оно меняет клиническое содержание, когда из нескольких фраз создаётся общий вывод с большей определённостью, чем допускал исходный материал. Формулировка «спал только пять часов за трое суток»

приобретает силу установленной количественной оценки, хотя пациент мог иметь в виду лишь ночное время и приблизительную сумму. Указание на происхождение и границы такой оценки позволяет сохранить значение числа без увеличения его точности.

Для читателя, работающего с клиническими документами, существенны два вопроса. Как восстановить основания уже записанного заключения? Как построить запись, в которой следующему специалисту будет понятно, какой вопрос остаётся открытым? Первый вопрос обращён к историческому материалу, второй к будущей документации. Их объединяет проверяемость: выражение должно иметь такой вид, чтобы другой специалист мог проследить путь от первичного сообщения к клинической квалификации.

Введение. Расхождение как предмет клинического исследования

Постановка задачи

Один и тот же клинический эпизод может быть представлен несколькими рассказами, наблюдениями и документами. Единый эпизод ещё не гарантирует единства предмета описания. Фраза «стал активнее» может обозначать увеличение числа дел, рост двигательной активности, изменение темпа речи или впечатление близкого, вызванное одним необычным поступком. Сопоставление начинается с восстановления предмета каждого утверждения.

Под клиническим расхождением в этой книге понимается различие между сведениями, отнесёнными участниками или исследователем к общему клиническому эпизоду либо вопросу, которое требует установить предмет, время, контекст или основание каждого сведения. Это рабочее определение охватывает и случаи, где сопоставимость пока только предполагается. Прямое противоречие устанавливается при более строгих условиях. Утверждения должны относиться к одному предмету в сопоставимом временном и ситуационном диапазоне и иметь несовместимое содержание. Выявление прямого противоречия оставляет открытым вопрос о том, какое утверждение лучше обосновано.

Объект исследования составляют сведения, используемые для описания психического состояния и его динамики. Предмет исследования составляют отношения между утверждениями, которые можно восстановить по этим сведениям. В качестве единицы анализа принимается клиническое утверждение. При его фиксации сохраняются исходная формулировка, источник, относимое время, контекст и основание. В исследовательском протоколе требуется отдельно оценить воспроизводимость выделения самих утверждений и воспроизводимость решения об их отношениях. Если специалисты выделили разные утверждения, итоговое несогласие в классификации требует анализа уже на этапе сегментации материала.

Предшествующие исследования и границы переноса

Методология сбора сведений от нескольких информантов имеет собственную исследовательскую традицию. De Los Reyes и соавторы рассматривали условия, при которых согласие информантов и различия между их оценками получают содержательное объяснение. В исследованиях детского и подросткового психического здоровья изучалась связь различий в сообщениях с неодинаковым проявлением проблем дома, в школе и в других ситуациях. Значение расхождения зависит от конструкции исследования, свойств инструмента и доступности независимых критериев. Эти работы обосновывают постановку вопроса о контексте наблюдения. Воспроизводимость разметки отдельных утверждений при госпитализации взрослых с психотической симптоматикой подлежит самостоятельной проверке (De Los Reyes и соавт., 2013, 2015).

Рекомендации NICE по ведению взрослых с психотической симптоматикой предусматривают комплексную оценку психиатрических, медицинских и психосоциальных областей. Эта рамка показывает, почему сведения для клинической оценки возникают в разнородных условиях. Диагностические требования МКБ-11, опубликованные ВОЗ, задают язык описания расстройств и их диагностических признаков. Предлагаемый в книге метод занимает предшествующий уровень анализа. Он описывает, какие сведения лежат в основании квалификации признака и что следует уточнить перед её пересмотром (NICE, CG178; WHO, 2024).

Исследовательские вопросы

Первый вопрос состоит в том, могут ли два клинициста независимо восстановить из одного материала сопоставимый набор утверждений. Второй касается различения прямого противоречия, контекстной вариативности, несовпадения временных окон и иных отношений между утверждениями. Третий вопрос относится к результату работы. Требуется установить, сохраняет ли структурированное резюме значимые сведения и неопределённость при приемлемых затратах времени. Каждая из этих задач имеет свой критерий проверки. Совпадение разметки подтверждает её воспроизводимость в исследованных условиях. Сохранность значимых сведений в резюме требует отдельной оценки на фоне сравнения с обычной практикой.

Для первого исследования предполагается использовать материал первичных и повторных госпитализаций с психотической симптоматикой, ограничив область разметки сном, активностью, аффективными проявлениями и содержанием переживаний. Первая госпитализация определяется по факту стационарного обращения и может приходиться на разные этапы заболевания. Длительность симптоматики и наличие предшествующих эпизодов должны фиксироваться самостоятельно. В повторной госпитализации существенную часть материала могут составлять прежние записи. Для них нужно установить, описывает ли документ текущий эпизод или воспроизводит сведения из более раннего.

Статус клинических примеров и выводов

Учебные примеры позволяют варьировать один параметр за раз. В исходной ситуации со сном изменим только объём самоотчёта. Если слова «почти не спал» относятся к трём ночам, дневной сон добавляет сведения о других интервалах. Если пациент уточняет, что имел в виду всё время за трое суток, дневные эпизоды входят в то же окно. Сохраняется вопрос, считал ли он краткое засыпание сном и насколько надёжно установлено, что близкий наблюдал именно сон. Наконец, если пациент прямо говорит «в два часа дня бодрствовал», а близкий описывает сон в то же время и в той же ситуации, появляется основание рассматривать пару как прямое противоречие. Уточнение обстоятельств может изменить и эту предварительную квалификацию.

Клиническая значимость расхождения определяется вопросом, для решения которого используются сведения. Если задача ограничена описанием поведения на осмотре, неизвестная длительность дневного сна может быть второстепенной. При восстановлении последовательности изменений перед поступлением границы дневных и ночных периодов приобретают самостоятельное значение. В исследовательском протоколе критерии значимости задаются до оценки результатов, чтобы расхождения не выбирались по тому, насколько хорошо они демонстрируют преимущества метода.

Предлагаемая типология является рабочим инструментом. Её категории могут оказаться неодинаково применимыми к устной речи, историческим документам и синхронным записям. Часть разногласий может сохраняться из-за неопределённости исходного текста. Такая возможность должна быть предусмотрена в протоколе разметки. В частности, специалисту требуется категория для случая, в котором данных о времени или предмете недостаточно для решения о сопоставимости. Принудительное распределение подобных пар по содержательным типам исказило бы оценку материала.

Обзор исследований клинических расхождений

Многоисточниковая оценка и происхождение расхождений

В психиатрическом обследовании совместно используются сведения, полученные разными способами и в разных условиях. Интервью позволяет спросить о переживании и его значении для пациента. Близкий может описать действия в домашней обстановке до обращения за помощью. Врач наблюдает пациента в ситуации обследования, сопоставляет описания и формулирует психопатологические квалификации. При анализе расхождений следует выяснить, какую часть заключения поддерживает каждое из доступных сведений. Для этого различаются источник утверждения, способ получения, окно наблюдения и клинический вопрос.

История изучения согласия между информантами наиболее подробно представлена в психологии развития. Метаанализ Achenbach и соавт. (1987) включил 269 выборок из 119 работ. Средние корреляции составляли 0,60 для источников одного типа, 0,28 для источников разных типов и 0,22 при сопоставлении самоотчётов с оценками других информантов. В более позднем метаанализе 341 исследования средняя корреляция составила 0,28. Для интернализованных проблем оценка составляла 0,25, для экстернализованных — 0,30 (De Los Reyes и соавт., 2015). Эти оценки характеризуют связи между показателями в выборках детей и подростков. Устройство взрослой стационарной выборки, содержание шкал и временные рамки первого осмотра требуют самостоятельной проверки.

Более высокое согласие информантов одного типа совместимо с несколькими объяснениями. Два взрослых, живущих с ребёнком, могут видеть близкие ситуации. Они также могут пользоваться общей терминологией или предварительно обсудить поведение. Родитель и педагог, напротив, наблюдают ребёнка при разных требованиях к поведению. В конкретном эпизоде можно уточнить, когда, где и по каким признакам каждый информант сделал вывод. Средняя корреляция по выборке оставляет этот вопрос открытым. Она также допускает систематическое расхождение уровней: при одинаковом порядке ранжирования людей два наблюдателя могут расходиться по каждому отдельному случаю. Для вопроса о взаимозаменяемости измерений требуется анализ согласия, а единица анализа должна соответствовать утверждению, которое предполагается проверять (Bland, Altman, 1986).

Модель Operations Triad связывает интерпретацию многоисточниковых данных с предварительными ожиданиями конвергенции и дивергенции. При ожидаемой зависимости поведения от ситуации смысл расхождения проверяется через самостоятельные показатели, отражающие соответствующие ситуации. При слабом соответствии данных проверяется также качество операционализации, включая сопоставимость методик и доступ информантов к наблюдению (De Los Reyes и соавт., 2013). Для психиатрической записи отсюда следует необходимость заранее задавать условия, при которых сведения должны совпадать. Если в одном источнике оценивается «тревога дома», а во втором «двигательная напряжённость на осмотре», общность темы ещё не создаёт основания ожидать совпадения. Вопрос о связи двух феноменов можно поставить отдельно и проверить при появлении сведений о времени, обстоятельствах и содержании переживания.

Самоотчёт и наблюдение при психотической симптоматике

В исследовании Sabbag и соавт. (2011) сопоставлялись самоотчёты 193 пациентов с шизофренией и оценки их повседневного функционирования друзьями, родственниками или клиницистами, часто контактировавшими с пациентами. Оценки последних чаще коррелировали

с показателями функциональной способности по заданиям. В исследовании также различались размеры групп информантов и основания, по которым можно было судить о функционировании. Связь оценок с выполнением заданий характеризует один из аспектов их валидности. Способность выполнить действие в условиях исследования и фактическое выполнение того же действия дома имеют разные условия наблюдения. Расхождение между ними может уточнять роль поддержки, доступных ресурсов и требований среды.

Для анализа отдельного сообщения при психозе существенна многомерность осознания болезни. David (1990) различал признание наличия психического расстройства, отношение к лечению и способность рассматривать необычные психические события как болезненные. В предлагаемой методике выражение «критика снижена» требует указания предмета оценки. Пациент может описать необычное восприятие с высокой детализацией и одновременно объяснять его внешней причиной. Несогласие врача с объяснением относится к интерпретации переживания, а конкретность рассказа может оставаться клинически полезной при оценке времени и обстоятельств его появления. Обратная ситуация также возможна: согласие пациента с общей формулировкой врача оставляет неясным, какой конкретный эпизод он имеет в виду.

Эти работы обосновывают выбор единицы анализа на уровне клинического утверждения. Оценка информативности относится к определённому предмету, временному интервалу и способу наблюдения. При оценке внутреннего переживания преимущество имеет возможность прямого сообщения о нём. При оценке повседневного поведения важны условия, при которых его можно было увидеть. При реконструкции динамики значение имеет последовательность наблюдений. Единый ранг источника смешал бы эти разные основания.

Согласие специалистов и устойчивость заключений

В полевых исследованиях DSM-5 согласие клиницистов оценивалось по результатам независимых обследований одного пациента в разные моменты времени (Clarke и соавт., 2013; Regier и соавт., 2013). При таком дизайне различия могут относиться к формулировкам вопросов, ответам пациента, состоянию в момент интервью и способу применения критериев. Два психиатра, читающие одинаковый набор записей, решают другую исследовательскую задачу. При одинаковом материале можно локализовать разногласие в границах выделенной реплики, нормализации признака, сопоставлении времени или выводе о клинической значимости. Выводы об одном типе согласия следует переносить на другой после дополнительной проверки.

Проспективная стабильность диагноза характеризует его сохранение при последующем наблюдении. В метаанализе первых эпизодов психоза Fusar-Poli и соавт. (2016) проанализировали 45 выборок, включавших 14 484 пациента, при среднем периоде наблюдения 4,5 года. Стабильность различалась между диагностическими группами. При интерпретации учитываются изменение клинической картины, появление новых документов и новые сведения о ходе эпизода. Сам факт смены диагноза оставляет открытым вопрос о том, какая информация стала решающей. Для продольного психпаспорта эта задача переводится в последовательность датированных утверждений и оснований пересмотра. Запись о пересмотре полезна, когда можно установить, изменился ли феномен, появился ли доступ к прежнему периоду или была пересмотрена квалификация ранее известного события.

Экспертный консенсус и проверка клинической значимости

Подход LEAD связывает клиническую экспертную оценку с продольной информацией из нескольких источников (Spitzer, 1983). Современные стандарты LEADING предлагают описывать продольный дизайн, пригодность собранных сведений, порядок экспертного решения и основания валидности (Eijsbroek и соавт., 2025). Для рассматриваемого пилота важны две

процедуры. Согласие независимых психиатров измеряется до обсуждения материала. Затем для отдельных исследовательских целей может быть сформирована экспертная оценка на основании согласованных правил и дополнительной информации. Она документируется отдельно с указанием того, какие сведения были доступны экспертам и почему они изменили первоначальную квалификацию.

Пример различия процедур даёт разбор фразы «последние три дня совсем не спал». Два исследователя независимо устанавливают её временной охват и рассматривают сообщение близкого о дневном сне. Один исследователь понимает фразу как описание всего времени, другой трактует «не спал» как идиоматическое указание на плохой ночной сон. Согласие исследователей оценивается по исходному пакету. Если позднее доступна запись уточняющего вопроса, она может разрешить смысловую неопределённость для итоговой оценки, но исходные ответы исследователей остаются результатом работы с первым пакетом. Это разделяет качество исходной разметки и эффект дополнительного сведения.

Значимость расхождения требует указать, какое клиническое суждение зависит от его разрешения. В примере со сном противопоставляются возможные формулировки «почти не спал ночью» и «почти не спал за полные сутки». Их различие может менять описание длительности бодрствования и основания для дальнейшего расспроса. Если изменяется только точность приблизительной оценки, а клиническое резюме одинаково отражает короткий ночной сон и доступные сведения о дневных эпизодах, значение расхождения для этой задачи ограничено. При разметке следует назвать конкретную зависимую формулировку, характеристику динамики или следующий шаг обследования. Так клиническая значимость связывается с проверяемым последствием, доступным независимой оценке.

Исследовательский вопрос монографии

Многоисточниковые исследования показывают зависимость согласия от предмета и условий наблюдения, а исследования диагностической воспроизводимости и стабильности дают основания проверять работу с неопределённостью на разных уровнях. Настоящая монография предлагает проверить более узкую процедуру. В ней сначала выделяются утверждения, затем независимо кодируются основания их сопоставления, отношение между утверждениями и значение расхождения для клинического резюме. Признак, период, контекст, область доступа и смысл утверждения фиксируются отдельно. Это позволяет различать ситуацию, когда вывод меняется после уточнения, и ситуацию, когда исходные сведения остаются различными, но совместимыми.

Проверке подлежат воспроизводимость каждого решения, доля клинически значимых расхождений, которые сохраняются в резюме, частота ложных конфликтов и затраты времени. Раздельное измерение необходимо для интерпретации результата. Улучшение согласия за счёт общей привычки отмечать любой неполный пакет как неопределённый будет отличаться от улучшения согласия по конкретным условиям сопоставимости. Сохранение большего числа расхождений может сопровождаться ростом необоснованных конфликтов. Оценка этих последствий требует одинаковых исходных материалов, заранее заданных правил и публикации неопределённых и расходящихся решений вместе с итоговыми показателями (Kottner и соавт., 2011).

Порядок изложения следует за клинической работой. Сначала устанавливается, в каких условиях пациент, его близкий и психиатр получают доступ к происходящему. Затем вводится единица сопоставления и рассматривается переход от исходной формулировки к психическому статусу. Дальнейшие главы показывают, что происходит с этой записью при изменении состояния, смене наблюдателя и переносе сведений между учреждениями. Завершающие части посвящены цифровому представлению и проверке воспроизводимости метода.

Часть I. Доступ к психическому состоянию и научные основания оценки

Глава 1. Психическое состояние и условия его наблюдения

1.1. Переживание, поведение и квалификация признака

Психическое состояние представлено в клинических сведениях через субъективное переживание, наблюдаемое поведение и их профессиональное истолкование. Человек может непосредственно сообщить о страхе, ощущении внешнего влияния или непривычной ясности мыслей. Наблюдатель может описать молчание, перемещение по комнате, прерывание разговора и изменение привычного распорядка. Клиницист устанавливает, при каких условиях наблюдаемое и сообщаемое образуют достаточное основание для клинического признака.

При смене уровня описания меняется характер утверждения. «Во время беседы четырежды вставал» указывает на конкретное наблюдение. «Психомоторно возбуждён» представляет клиническую квалификацию, которая может опираться на несколько наблюдаемых проявлений. «Дома был возбуждён» без указания источника не позволяет установить, описывает ли автор записи увиденное поведение, передаёт оценку близкого или распространяет на более ранний период впечатление от осмотра. Разделение уровней создаёт возможность повторно оценить квалификацию по исходному материалу.

Отношение между переживанием и поведением следует проверять в каждом эпизоде. Пациент может сообщить о сильном внутреннем напряжении, оставаясь внешне неподвижным в беседе. Близкий может видеть внезапный выход из дома, не зная, был ли этот поступок связан с переживанием страха. Поведенческое наблюдение уточняет обстоятельства эпизода. Для вывода о субъективном мотиве требуется отдельное основание.

1.2. Время и ситуация как свойства утверждения

Фраза «во время осмотра спокоен» имеет определённый временной диапазон. Чтобы распространить её на утро, ночь или дни до поступления, необходимы дополнительные наблюдения. Даже в пределах одного дежурства условия могут меняться. Пациент общается с персоналом, остаётся один, встречается с близким или отвечает на вопросы после периода отдыха. Эти обстоятельства способны изменить само поведение и полноту его описания. При сопоставлении сохраняются время события, время наблюдения и время сообщения. Для воспоминания о прошедшем эпизоде эти временные отметки расходятся.

Ситуация включает место, присутствующих лиц, деятельность пациента и условия контакта. Отсутствие слышимых высказываний о преследовании во время осмотра совместимо с подробным рассказом о них в телефонном разговоре с близким накануне. Важны точные вопросы об интервале, адресате высказывания и способе, которым оно было зафиксировано. Если пациент прямо отрицает наличие переживания накануне, появляется отдельная задача сопоставления. Если он сообщает только об отсутствии переживания сейчас, различие может отражать изменение состояния.

1.3. Ненаблюдение и отсутствие признака

Отрицательная запись требует указания области, к которой она относится. «При беседе не вставал» отражает наблюдение на протяжении беседы. «За предыдущие сутки не вставал с постели» предполагает сведения о более длительном периоде. Молчание дневника о дневном сне имеет разное значение в зависимости от назначения документа. В журнале, предназначенном исключительно для ночных записей, дневной интервал находится вне области наблюдения. В круглосуточном журнале пропуск может обозначать незаполненное поле, отсутствие наблюдателя или сознательную фиксацию отсутствия события. Условие внесения отрицательных отметок должно быть известно заранее.

Предел наблюдения касается также качества доступа. Человек, увидевший пациента лежащим с закрытыми глазами, может уверенно описать позу и отсутствие движения в короткий интервал. Квалификация этого состояния как сна зависит от дополнительных признаков. Точность такой квалификации и точность сообщения о длительности сна представляют самостоятельные вопросы.

1.4. Продолжительность и плотность наблюдения

Два наблюдателя могут быть знакомы с одним периодом и всё же обладать разным объёмом сведений. В течение восьмичасовой смены сотрудник отделения видел пациента несколько раз по пять минут. Близкий разговаривал с пациентом по телефону в течение сорока минут. Первое наблюдение включает повторные короткие контакты и доступ к внешнему поведению, второе — длительную речевую коммуникацию при отсутствии визуального контакта. Для вопроса о высказываниях сорокаминутная беседа может содержать больше материала. Для оценки поведения вне беседы её возможности ограничены. Само указание на длительность присутствия требует дополнения способом и плотностью наблюдения.

В последующей документации выражение «наблюдался весь день» может обозначать пребывание в отделении. Утверждение о непрерывности конкретного проявления требует иных сведений. Если каждый наблюдатель видел активное поведение в своём коротком интервале, последовательность записей поддерживает описание повторяемости. Интервалы между ними по-прежнему содержат неопределённость. Для восстановления динамики целесообразно отмечать отдельно наблюдавшиеся промежутки и периоды, о которых имеются только косвенные данные.

1.5. Изменение после уточняющего наблюдения

Дополнительный осмотр может дать сведения о текущем состоянии и поставить вопрос о динамике. Допустим, врач утром фиксирует двигательную неусидчивость, а вечером описывает спокойное поведение. Вечернее наблюдение дополняет утреннее. Между осмотрами могли измениться условия, состояние или характер взаимодействия. В записи сохраняются обе отметки и факторы, о которых известно. Если сведения получены после того, как врач ознакомился с предыдущим заключением, это условие важно при исследовании независимости оценок. Оно совместимо с полноценным новым наблюдением, однако может влиять на то, каким проявлениям врач уделит внимание.

1.6. Психическая система в анализе расхождений

Психическая система как предмет клинического сопоставления

В монографии «Психическая система» И. Я. Новицкий рассматривает психику как развивающуюся организацию функциональных компонентов и связей. Для настоящего исследо-

вания существенны три положения этой модели. Во-первых, отдельный феномен допускает описание на нескольких уровнях. Во-вторых, клиническая картина зависит от координации процессов, поэтому обследование включает вопрос об их отношениях. В-третьих, психический статус характеризует состояние системы при определённых условиях исследования, а анамнез даёт материал о её предшествующих состояниях и условиях их изменения (Новицкий, 2025, гл. 3, 7, 13–14).

Психическая система, психический статус и массив клинических сведений обозначают разные предметы. Психическая система — предмет теоретического описания. Психический статус — клиническое описание состояния, полученное в ходе обследования. Массив сведений — сохранившиеся высказывания, наблюдения, документы и записи, на которых строится описание. О неполноте массива можно судить по охвату источников. Неполнота массива сама по себе не позволяет судить об интеграции психических функций. Эта граница предотвращает перенос свойства записи на пациента. Например, отсутствие сведений о мотивации в истории болезни характеризует доступный материал. Утверждение о нарушении мотивационной сферы требует самостоятельного клинического основания.

В этой книге предлагается операциональное следствие системной модели. Положение о связи двух функций должно быть проверяемо через отдельные утверждения о каждой из них и наблюдения, относящиеся к предполагаемой связи. Например, утверждение о снижении субъективной усталости, утверждение об увеличении времени двигательной активности и гипотеза о том, что изменения поддерживают друг друга, требуют разных оснований. На первом этапе врач устанавливает, что сказано и что наблюдалось. На втором этапе он может сформулировать возможную связь. На третьем он проверяет, сохраняется ли эта связь в последовательных наблюдениях и какие другие условия позволяют объяснить её появление.

Переживание, познание и действие в одном эпизоде

Различение переживания, познания и действия восходит к функциональной организации, изложенной в «Психической системе». Для клинического анализа расхождений эта триада позволяет уточнять предмет высказывания. Фраза «мне было страшно» описывает переживание. Фраза «я думал, что меня ждут у выхода» описывает содержание мысли. Фраза «я дважды вернулся в палату» описывает действие. Если все три реплики относятся к одному отрезку времени, их можно использовать для реконструкции одного эпизода. Из этого ещё нельзя заключить, что страх вызвал возвращение, а мысль о человеке у выхода была источником страха. Для уточнения отношения задаётся вопрос о последовательности, мотиве и альтернативных обстоятельствах.

Внешние наблюдатели получают неодинаковый доступ к каждому из этих аспектов. Близкий может видеть возвращение и слышать объяснение, данное после события. Врач в беседе может получить развернутое описание переживания и проверить, как пациент понимал ситуацию. При анализе записи камеры, если она входит в клинически допустимый массив, доступны видимые перемещения в пределах поля обзора. Одна видеозапись может подтвердить факт возвращения к двери и оставить открытыми мотив, субъективный аффект и содержание убеждения. При совпадении времени факт перемещения и объяснение мотива соотносятся как разные аспекты эпизода.

Сходное внешнее действие может сопровождать различные переживания, а одно переживание может проявляться в разных действиях. Поэтому соответствие между компонентами эпизода устанавливается в каждом случае по имеющимся данным. Если в учебном материале пациент выходит из комнаты при появлении гостя и сообщает, что хотел продолжить телефонный разговор, а близкий объясняет выход тревогой, непосредственное наблюдение поддерживает утверждение о выходе. Мотив указан в самоотчёте. Версия о тревоге остаётся интерпре-

тацией близкого, пока не установлено её основание. Полезное уточнение состоит в вопросе, какие слова, выражение или предшествующие события привели близкого к такому объяснению. Если выясняется, что пациент ранее прямо описал страх в этой ситуации, новый фрагмент вносится отдельно с указанием времени. Позднее объяснение цели действия и более раннее сообщение об аффекте могут сосуществовать.

Различение предмета оценки, проявления и канала наблюдения

Слово «уровень» может относиться к организации психической системы или к ступени клинического вывода. Для практического кодирования эти употребления разделяются. Аффективная, когнитивная и мотивационная стороны описывают предмет оценки. Самоотчёт, наблюдение поведения и инструментальная регистрация описывают канал получения материала. Указание «клиническая интерпретация» характеризует действие автора с уже полученным материалом. Отдельное представление этих признаков позволяет указывать, что один и тот же предмет обследован разными способами, а один источник сообщает сведения о нескольких предметах.

Например, пациент может непосредственно сообщить об ощущении ускоренного хода мыслей и одновременно пересказать слова близкого об учащённой речи. Оба утверждения записаны в беседе с пациентом. Основания у них различны. Первое относится к его переживанию и дано от первого лица. Второе указывает на чужое наблюдение, доступное врачу в пересказе. Измерение темпа речи по аудиофрагменту, если получена запись того же периода, даёт дополнительную информацию о речевом поведении. Оно допускает проверку согласованности с сообщением об учащённой речи в границах записи. Ускорение субъективного хода мыслей требует отдельного описания. В психическом статусе эти сведения могут быть представлены совместно с указанием того, как каждое получено.

Для разметки важно различать значение показателя и охват измерения. Носимое устройство может регистрировать уменьшение числа движений. Клинически это позволяет поставить вопрос о покое, сне, ограничении движений или снятии устройства. Уточнение контекста позволяет исключить некоторые объяснения, но переход от измеренного показателя к определённому психическому феномену требует заданного правила интерпретации. Внесение показателя в одну строку со сном меняет предмет утверждения ещё до клинического сопоставления. Такая ошибка способна создать искусственное противоречие между числом, выданным устройством, и самоотчётом пациента.

Системная классификация поддерживает поиск материала. Она подсказывает врачу, какие аспекты одного эпизода ещё предстоит исследовать. Отнесение двух утверждений к одной области выполняет предварительную функцию. Для вывода о прямом противоречии дополнительно устанавливаются единый признак, совместимые временные границы и сопоставимые значения терминов. Пациент и близкий могут высказываться об активности. Слова пациента «у меня не было сил» и наблюдение близкого «провёл час на кухне» не задают взаимоисключающих значений одного свойства. При пересмотре заключения становится важным другое различение: сохранялась ли активность при выраженном субъективном усилии, была ли она целенаправленной и как это соотносилось с привычным функционированием.

Изменение состояния и изменение условий его наблюдения

Психическая система рассматривается во времени. Для анализа динамики требуется определить, какой признак оценивался, с каким временным разрешением и в каких условиях. Две записи могут различаться вследствие изменения состояния, изменения способа обследования либо обоих обстоятельств. В кратком осмотре клинически доступна реакция на вопросы в пределах встречи. Развёрнутый расспрос в более привычной обстановке может дать сведения

о переживаниях, относящихся к тому же периоду. Появление новых сведений иногда означает расширение доступа, а не возникновение нового феномена.

Показателен случай, когда в приёмном отделении пациент не сообщил о переживании угрозы, а после установления контакта описал его как предшествовавшее поступлению. Первая запись может содержать отметку об отсутствии спонтанного сообщения, отрицательный ответ на определённый вопрос либо результат специального расспроса. Эти формулировки имеют разную силу. Если тема раньше не обсуждалась, новое сообщение дополняет описание. Если ранее пациент отрицал это же переживание за тот же период, появляется расхождение между двумя высказываниями одного человека. Уточняются вопрос, адресат, условия обеих бесед и доступность воспоминания. Вывод о динамике переживания требует сведения о самом переживании во времени. Вывод о динамике раскрытия переживания основан на последовательности сообщений.

В системном анализе полезно различать текущий эпизод, обычное для пациента функционирование и историю предшествующих эпизодов. Обычный уровень устанавливается по конкретным периодам относительной стабильности и по наблюдаемым действиям в сопоставимых ситуациях. «Он всегда был активным» выражает общую оценку близкого. Клинически проверяемая формулировка называет деятельность, её частоту и характерные условия. Если до госпитализации пациент работал ночью только по установленному графику, а теперь начал несколько ночных дел без внешнего требования, различие касается времени и организации активности. Объяснение такого различия принадлежит следующему этапу анализа. Сопоставление с индивидуальным уровнем даёт возможность исследовать изменение и тогда, когда оно слабо заметно на групповом фоне.

Системная связь как проверяемая гипотеза

Связь между феноменами в клиническом материале может иметь несколько оснований. Совместное появление устанавливается по совпадающим интервалам. Временная последовательность требует датированных сведений о начале и изменении каждого феномена. Зависимость от обстановки предполагает повторное наблюдение в разных условиях. Связь по субъективному смыслу выражается в объяснении пациента. Предполагаемая причинная связь требует дизайна исследования, позволяющего рассмотреть конкурирующие объяснения. В рукописи следует называть основание связи при каждом переходе от описания к объяснению.

Клинико-системная гипотеза о связи ночного бодрствования и дневного возбуждения может возникнуть после разбора одного эпизода. Для её проверки в повторных наблюдениях отдельно записываются интервалы сна, время проявлений возбуждения и контекст их регистрации. В анализ включаются условия, способные повлиять на оба признака. Если динамика меняется одновременно с режимом отделения или вмешательствами, наблюдаемая последовательность может отражать несколько процессов. Системное представление сохраняет варианты объяснения до появления достаточных оснований для выбора между ними.

Понятие сети помогает обозначить связи между проявлениями. Сетевая теория психических расстройств Бурсбума формулирует гипотезы о взаимодействиях симптомов и их динамике. Подход Кендлера, Захара и Крейвера описывает возможность понимать психические расстройства через кластеры признаков, поддерживаемые разнородными механизмами. Эти исследовательские программы создают основания для сравнения с авторской системной моделью, поскольку каждая допускает множественность связей. Их задачи различаются. Феноменологическое описание системы охватывает переживание, познание и действие в конкретной биографии. Статистическая сеть определяется данными, моделью и выбором переменных. Методологический анализ Брингманн и Эронена показывает, почему соответствие между ста-

тистической формой модели и видом предполагаемого причинного механизма нуждается в отдельном обосновании (Borsboom, 2017; Kendler et al., 2011; Bringmann & Eronen, 2018).

Перенос группового результата на отдельный случай также требует самостоятельной проверки. Фишер и соавторы продемонстрировали расхождения между групповыми и индивидуальными характеристиками в изученных массивах. Для предлагаемого метода отсюда следует практическое ограничение: статистическая связь между признаками на уровне выборки может подсказывать вопрос к индивидуальному материалу. Основание для внесения связи в описание данного пациента устанавливается по его данным (Fisher et al., 2018).

Две структуры клинической карты

Для практики важно представлять две структуры. Первая описывает клинические области и предполагаемые отношения между проявлениями. Вторая показывает происхождение каждого утверждения и преобразования материала в документации. В первой структуре можно отразить, что ночные пробуждения предшествовали изменению дневной активности. Во второй — что три записи о пробуждениях восходят к одному сообщению близкого. Если эти структуры смешать, множественность документов создаст впечатление многократного наблюдения. При их раздельном представлении врач может уточнить, насколько независимо возникли свидетельства и какие клинические отношения остаются гипотетическими.

Связь между утверждениями в массиве документов имеет несколько форм. Запись может цитировать сообщение, пересказывать его, обобщать несколько сообщений или выводить интерпретацию из них. Психический статус и выписка могут содержать одинаковый термин при разном происхождении. Врач, рассматривающий их как независимые оценки, должен предварительно установить авторов и условия обследований. Если установить это невозможно, степень независимости источников сохраняется как неопределённая.

Это различение переносится в психкод и психпаспорт. Для кодирования важна возможность представить отдельно наблюдаемое значение, клиническую квалификацию и степень её обоснования. Для продольного документа важна история изменений этой квалификации. Состояние могло измениться, могли поступить новые сведения о прежнем состоянии или могла измениться интерпретация уже имевшихся данных. Запись должна позволять восстановить, какой из этих процессов привёл к новой редакции. Такой подход связывает системное описание с дальнейшим анализом расхождений и подготавливает воспроизводимую проверку протокола.

Учебная реконструкция межобластной связи

Предположим, что за два дня до осмотра пациент сообщил о коротком ночном сне. Близкий заметил, что вечером пациент ходил из комнаты в комнату. При утренней беседе врач описал частую смену тем при сохранённой возможности вернуться к исходному вопросу после напоминания. ИИ, получив текст трёх записей, предложил свести их к общему утверждению о повышении активности. Датировка и предмет исходных утверждений показывают границы такого обобщения. Сокращение ночного сна передано ретроспективно. Ходьба наблюдалась в определённой ситуации дома. Характер беседы отражает работу мышления и речи в кабинете. Общая характеристика активности потребовала бы заранее определить её вид и способ оценки.

Возможный результат клинического сопоставления содержит три утверждения и один проверяемый вопрос. В записи указывают, что пациент сообщает о сокращении ночного сна, близкий наблюдал повторные перемещения дома, а при осмотре зафиксированы частые переходы между темами. Вопрос состоит в том, изменились ли эти проявления в один период и насколько они отличались от обычного функционирования пациента. Одновременное изме-

нение нескольких областей поддержит гипотезу об общей динамике эпизода. Разные сроки начала или устойчивая индивидуальная особенность одной из областей сузят объём гипотезы.

Если один эксперт квалифицирует записи как прямое противоречие, а другой как дополнение, расхождение между экспертами можно объяснить по шагам. Первый мог предположить, что три источника измеряли общую величину активности. Второй мог отнести сообщения к разным признакам. Проверка основания позволяет исследовать эту разницу и дополнить руководство примером, где категория области сохраняется общей, а непосредственные предметы утверждений различаются. Такой пример полезен при обучении оценщиков, поскольку проверяет, способны ли они сохранять клиническую связность материала при раздельной разметке признаков.

Матрица наблюдения и функциональные конструкты

Системное представление можно связать с устройством многометодного исследования психических функций. Матрица RDoC Национального института психического здоровья США различает функциональные конструкты и способы их исследования, среди которых поведение и самоотчёт. Эта организация иллюстрирует принцип, существенный для клинического сопоставления. Название конструкта задаёт предмет исследования, а процедура определяет, какие сведения о нём фактически получены. В предлагаемом методе действие начинается с текста или наблюдения конкретного пациента, а отнесение фрагмента к клинической области остаётся проверяемым шагом. Соответствия между авторскими уровнями и доменами RDoC потребовали бы специальной разработки и самостоятельной проверки (Cuthbert & Insel, 2013; NIMH, RDoC Matrix).

Для протокола предлагается предварительная матрица, связывающая четыре области пилота с конкретными предметами утверждений. Матрица применима к одной госпитализации и к повторным наблюдениям. Она помогает сопоставлять записи, не требуя заранее принять гипотезу о механизме наблюдаемых изменений.

Область пилота
Что можно кодировать отдельными утверждениями
Какая граница важна при сопоставлении

Сон
Время предполагаемого засыпания, пробуждения, длительность ночного сна, дневное засыпание, ощущение усталости, желание спать
Факт сна и субъективное состояние бодрствования требуют самостоятельной оценки

Активность
Длительность и частота двигательных проявлений, наличие цели, начатые и завершённые действия, субъективное усилие
Интенсивность движения, продуктивность и внутреннее напряжение могут изменяться независимо

Аффективные проявления
Переживаемое настроение, эмоциональная экспрессия, ситуативная реакция, продолжительность изменений
Короткое наблюдение экспрессии и оценка настроения за длительный период имеют разные временные рамки

Содержание переживаний

Дословное высказывание, описанное ощущение, убеждение, степень уверенности, поведенческая реакция

Объяснение поступка другим участником сохраняется как интерпретация с установленным основанием

При многоразовом сборе данных меняется характер доступного материала. Экологическая моментальная оценка позволяет получать повторные сообщения о текущих или недавних переживаниях и поведении в обычных условиях. В исследовательском протоколе следует заранее задать интервалы, способ приглашения к записи и правила обработки пропусков. Если человек заполняет записи преимущественно в спокойное время, наблюдаемая частота определённых переживаний зависит от условий регистрации. При использовании такого материала важно установить, какие утверждения получены непосредственно в момент события и какие восстановлены позднее (Shiffman et al., 2008).

Системная связь и значимость для клинического решения

Воспроизводимое определение значимости требует указать, какое клиническое положение изменится после уточнения. Системная модель позволяет сформулировать это на уровне одного свойства и на уровне отношения между свойствами. Предметом пересмотра может стать хронология возникновения явлений, их зависимость от ситуации или отличие от обычного функционирования. Если выясняется, что ночные нарушения начались за неделю до изменений поведения, это меняет хронологию статуса и анамнеза. Если разница касается только точного времени одного пробуждения и вопрос исследования допускает часовую точность, она может сохраняться в материале без изменения клинической формулировки.

Для учебной калибровки двум экспертам предлагают одинаковый вопрос: «Какая часть вывода об изменении состояния станет иной, если будет подтверждено первое утверждение либо второе?» Ответ должен опираться на заранее заданный результат обследования. Если цель состоит в оценке впервые возникшего изменения деятельности, важны исходный уровень, сроки и конкретные действия. Если цель состоит в описании состояния на момент осмотра, особое значение получает доступное врачу текущее наблюдение. При формулировке значимости отдельно указывают непосредственный предмет расхождения и положение клинического резюме, которое могло бы измениться.

При таком подходе сильное логическое противоречие может иметь небольшое значение для конкретного резюме. Напротив, два совместимых утверждения иногда выявляют важный пробел: описание высокой двигательной активности и отсутствие сведений о целенаправленной деятельности показывают, что сводная формулировка «продуктивность повышена» недостаточно обоснована. Протокол должен позволять отметить такой пробел отдельно. Это даёт возможность проверять, сохраняет ли врач важные различия между явлениями, даже когда прямое противоречие отсутствует.

Глава 2. Пациент как источник сведений о собственном переживании

2.1. Непосредственный и ретроспективный самоотчёт

Слова пациента дают доступ к содержанию переживания в доступной ему форме описания. Сообщение «сейчас слышу голос» относится к текущему переживанию. Сообщение «всю прошлую неделю слышал голос» включает воспоминание, оценку повторяемости и обобщение временного ряда. Выражение «всю неделю» может означать ежедневное присутствие, несколько повторов или ощущение длительного эпизода. Для записи динамики важны конкретные привязки к времени и событиям.

При формулировании вопроса полезно сохранять уровень конкретности, заданный пациентом. Если человек сказал «не спал», предметом ближайшего уточнения становится интервал. Вопрос «Как прошла ночь с момента, когда Вы легли, до утра?» помогает получить описание последовательности. Дальнейшие вопросы могут различить время в постели, попытку заснуть, отдельные пробуждения и субъективную оценку длительности сна. Полученные ответы сохраняются вместе с указанием на приблизительность оценки.

2.2. Значение слов пациента

Один термин может выполнять разные функции в речи. «Слышал голос» иногда описывает акустическое переживание, иногда передаёт содержание собственной мысли или воспоминание о разговоре. Уточнение формы переживания требует выяснить, как человек его распознал, когда оно происходило, воспринималось ли как исходящее извне и как менялось в разных ситуациях. При этом пространственная локализация, отношение к источнику и убеждённость в объяснении представляют разные свойства. Изменение одного из них оставляет открытым вопрос о других.

Фраза «совсем не устал» сохраняется как субъективная оценка утомляемости. Чтобы перейти к оценке потребности во сне, требуются дополнительные сведения. Они могут касаться желания спать, возможности отдохнуть, дневной сонливости и обычной реакции человека на сокращение сна. Наблюдаемая активность помогает описать поведение, но сама по себе не подтверждает, что пациент ощущал бодрость или считал сон ненужным.

2.3. Раскрытие переживаний и отношение к состоянию

Готовность рассказать о переживании изменяется в зависимости от ситуации разговора, присутствия близких и ожидаемых последствий сообщения. Различие между двумя беседами может отражать динамику переживания, изменение формулировки вопроса или готовность пациента обсуждать пережитое. При повторном сообщении полезно уточнить, относится ли оно к новому явлению или к событию, о котором пациент ранее предпочёл умолчать. Первоначальная запись при этом сохраняет свой статус и временную привязку.

Работы о критике к состоянию при психозе предлагают рассматривать её многомерно. Признание изменений, объяснение их происхождения и отношение к помощи могут различаться у одного человека (David, 1990). Пациент может подробно описывать сокращение сна и изменение темпа мыслей, придавая им иной смысл, чем врач. Оценка отдельных сведений о сне и мышлении в таком случае требует анализа их основания. Различие в интерпретации болезни не даёт общего ответа о достоверности самоотчёта.

2.4. Отрицание, отсутствие ответа и неопределённость воспоминания

Клиническая запись «жалоб нет» может появиться после свободного вопроса о самочувствии, прямого вопроса о конкретном переживании или отказа отвечать. Эти обстоятельства создают разный объём сведений. Отрицание «сейчас голосов не слышу» относится к определённому признаку и моменту. Ответ «не хочу об этом говорить» оставляет его наличие открытым. Сообщение «не помню, было ли это вчера» ограничивает ретроспективный вывод. Сохранение формы ответа имеет значение, поскольку в кратком резюме все три варианта легко превращаются в отрицательную запись.

Ответ «точно не знаю» может относиться к разным параметрам. Пациент может уверенно сообщать о переживании и сомневаться во времени его возникновения. Может помнить время и затрудняться описать, было ли это восприятие звука или навязчивое воспоминание. Следует сохранять предмет неопределённости. Формулировка «пациент затрудняется определить время начала» допускает описание самого явления и предупреждает вывод о точной последовательности событий.

2.5. Изменение самоотчёта при повторном расспросе

При повторном интервью врач может получить более подробную версию события. Если пациент в первой беседе сказал «плохо спал», а при уточнении указал на длительное ожидание сна и два пробуждения, второе описание конкретизирует первое. Другая ситуация возникает, когда в первом разговоре пациент прямо отрицает пробуждения, а затем подробно вспоминает два эпизода. Для анализа сохраняются формулировки вопросов, ответы и обстоятельства повторного расспроса. Возможно, изменилось воспоминание, обнаружилась разница в значении слова «проснулся» или пациент решил рассказать больше. До выяснения этих обстоятельств допустимо зафиксировать две версии с их происхождением.

Уточняющие вопросы обладают собственной направленностью. Вопрос «Вы ведь вообще не спали?» предлагает пациенту готовую квалификацию. Вопрос о последовательности ночных событий даёт больше места для самостоятельного описания. В исследовательской разметке полезно видеть реплику интервьюера рядом с ответом, когда смысл ответа от неё зависит. Односложное «нет» приобретает клинический предмет только в сочетании с вопросом.

Глава 3. Близкий как наблюдатель и участник клинической ситуации

3.1. Повседневное наблюдение и исходный уровень

Близкий может заметить изменения, которые видны только при сравнении с привычным поведением. Сообщение «стал звонить по ночам» приобретает клиническую определённость, если установлены прежняя частота ночных звонков, дата начала изменения и содержание конкретных эпизодов. Характер доступа следует описывать применительно к изучаемому периоду. Длительное знакомство даёт сравнительный фон. Регулярное совместное пребывание в рассматриваемые сутки создаёт возможность прямого наблюдения.

Для уточнения полезно просить описать эпизод, который вызвал впечатление изменения. Если близкий сообщает «сильно возбудился», следует установить, что человек делал, сколько длилось наблюдение, кто ещё присутствовал и чем завершился эпизод. Уточнение переводит оценку в последовательность наблюдаемых действий и позволяет определить, какую часть сообщения можно сопоставить с другими сведениями.

3.2. Наблюдение, передача и объяснение

Одна реплика близкого может объединять несколько видов утверждений. «Он не спал, мать видела свет, и ему опять что-то мерещилось» содержит сообщение о возможном бодрствовании, пересказ чужого наблюдения и интерпретацию предполагаемого переживания. Наличие света ещё требует уточнить, кто находился в комнате и когда его видели. Содержание переживания может быть известно со слов пациента, выведено из услышанной реплики или предположено близким по поведению. Для каждого элемента требуется своё основание.

Повторение рассказа двумя членами семьи может отражать общий источник. Если оба присутствовали при событии и рассказывали о нём самостоятельно, это одно отношение между сообщениями. Если один пересказывает слова другого, отношение иное. Для проверки независимости следует установить происхождение информации до того, как учитывать количество совпадающих сообщений. Допустима запись «по словам сестры, об этом ей сообщила мать». Такая формулировка сохраняет доступную цепочку и позволяет при необходимости обратиться к первичному наблюдателю.

3.3. Отношения, тревога и нагрузка

Участие близкого в событии может влиять на доступ к сведениям и на смысл его оценки. Конфликт перед госпитализацией помогает понять условия, в которых проявилось поведение и формировалось впечатление о нём. Для записи различаются описанная последовательность действий, интерпретация мотивов и собственное переживание близкого. Например, «повысил голос после вопроса о деньгах» описывает последовательность со слов наблюдателя. «Хотел меня запугать» относится к объяснению мотива. «Я испугалась» сообщает о переживании самого информанта. Все три сведения могут иметь значение для понимания ситуации.

При совместной беседе участники способны уточнить время и обстоятельства события. Такая беседа также меняет условия сообщения. Один из собеседников может ограничить ответ, согласиться с предложенной формулировкой или изменить рассказ после реплики другого. Для последующего анализа важна отметка, были ли сведения получены раздельно, в совместной беседе или из пересказа. Обсуждение с близкими предполагает разграничение получе-

ния информации и её раскрытия другим участникам. Порядок зависит от условий оказания помощи, применимых правил конфиденциальности и клинической ситуации. NICE рассматривает вопросы взаимодействия с близкими и обмена информацией в руководстве по психозам у взрослых (NICE, CG178).

3.4. Несколько близких как самостоятельные источники

В одной ситуации партнёр наблюдал пациента дома, коллега видел его на рабочем месте, а сестра общалась с ним по телефону. Партнёр сообщает об активности ночью, коллега описывает медленную работу днём, сестра отмечает быстрый темп речи вечером. Эти сообщения относятся к разным признакам и обстановкам. Их полезно нанести на общую временную шкалу, сохраняя происхождение и обстоятельства. Такая запись позволяет обсудить изменение состояния в течение суток без искусственного сведения трёх наблюдений к одной оценке «активен».

Если два близких присутствовали при одном событии, степень независимости рассказов требует уточнения. Они могли наблюдать разные части эпизода, обсуждать его после завершения или использовать общее семейное объяснение. Отдельные интервью помогают восстановить доступный каждому материал. При совпадении формулировок по-прежнему важно проверить, наблюдал ли каждый описанное действие или узнал о нём в ходе последующего обсуждения.

3.5. Объём утверждения о привычном поведении

Сведения об обычном состоянии пациента требуют той же конкретизации, что и данные об эпизоде. «Раньше был спокойным» может отражать общий образ человека или конкретное сравнение с неделей перед поступлением. Для клинического анализа существенны период, ситуация и наблюдаемый показатель. Например, «до этой недели вечером обычно возвращался домой к девяти и на звонки после полуночи не отвечал» устанавливает сравнительный фон для ночной активности. Обобщение о характере пациента остаётся интерпретацией, доступной в пределах отношений и обстоятельств общения.

Глава 4. Врач как наблюдатель и автор клинического заключения

4.1. Осмотр как организованное наблюдение

Клиническая беседа создаёт условия для наблюдения. Врач задаёт вопросы, устанавливает последовательность тем, замечает изменения речи и поведения при их обсуждении. Отмеченные проявления относятся к данному взаимодействию. При повторном осмотре изменение ответов может быть связано с состоянием, временем, собеседником или способом постановки вопроса. В записи полезно сохранять обстоятельства, если они позволяют понять причину изменения.

Врач одновременно является получателем сообщений и источником собственных наблюдений. В карте это различие выражается через происхождение отдельных фраз. «Пациент сообщает о страхе выхода из дома» передаёт содержание самоотчёта. «Перед ответом длительно молчит, оглядывается на дверь» относится к наблюдаемым действиям. «Поведение может быть связано с опасением присутствия посторонних» фиксирует гипотезу. Основание гипотезы становится доступно для обсуждения, когда эти формулировки сохраняются вместе.

4.2. Влияние предварительной гипотезы

Направление расспроса зависит от того, какую гипотезу врач рассматривает. При подозрении на аффективный эпизод обследующий подробнее спросит о сне, активности и настроении. При рассмотрении иных объяснений он может уделить больше внимания времени возникновения переживаний, употреблению веществ, соматическим обстоятельствам и предшествующим изменениям. Профиль вопросов влияет на то, какие отрицания и подтверждения появятся в записи. Из молчания документа нельзя сделать уверенный вывод, если неизвестно, исследовалась ли соответствующая область.

Предварительная гипотеза влияет также на клинический перевод высказывания. Жалоба «не мог усидеть» может обозначать тревожное напряжение, двигательную неусидчивость, неудобство в конкретной ситуации или иное явление. Сохранение цитаты и описания условий позволяет вернуться к квалификации после поступления дополнительных данных. Для исследования важно установить, меняет ли доступ к исходной формулировке решения специалистов о сопоставимости сообщений.

4.3. Межэкспертные расхождения

Два специалиста могут расходиться на разных этапах оценки. Один выделяет из высказывания два признака, другой кодирует его единым утверждением. При общем выделении они могут выбрать разные временные границы, по-разному классифицировать наблюдение или придать ему различный вес. Поэтому коэффициент согласия по итоговой категории требует сопровождения разбором уровня, на котором возникло расхождение. Исследования тест-ретестовой надёжности диагностических категорий демонстрируют зависимость согласия от конкретной категории и процедуры оценивания. Эти результаты относятся к воспроизводимости диагностических заключений и задают методологический фон для самостоятельного исследования согласия в разметке утверждений (Regier и соавт., 2013).

Динамика заключений во времени образует отдельную задачу. Исследования диагностической стабильности при первом эпизоде психоза оценивают, сохраняется ли классификация

при последующем наблюдении. Переход между категориями может быть связан с развитием состояния, появлением анамнестических сведений или уточнением критериев. Для исследования таких переходов требуется восстановить момент поступления новых данных и основание пересмотра. Настоящая монография ограничивается методом документирования и сопоставления утверждений, который впоследствии может служить частью такого продольного анализа (Fusar-Poli и соавт., 2016).

4.4. Структура записи при передаче сведений

Врачебная запись должна оставаться читаемой при передаче пациента другому специалисту. Для этого возможна компактная форма из нескольких предложений с разными функциями. Первая фраза указывает на наблюдаемое во время осмотра. Вторая сохраняет сообщаемое пациентом. Третья уточняет сведения близкого и период наблюдения. Следующее предложение обозначает неопределённость и вопрос для проверки. Например: «На осмотре в 09:00 неоднократно встаёт и перемещается по кабинету. Сообщает, что почти не спал в последние ночи и усталости не ощущает. По словам партнёра, дважды был замечен лежащим с закрытыми глазами днём. Продолжительность этих эпизодов и суммарное время сна за сутки пока не установлены». В такой записи исходное наблюдение близкого обозначено без преждевременной квалификации состояния как сна.

Квалификация допустима отдельной фразой, если её основание достаточно для клинического вывода. «В ходе беседы отмечены проявления психомоторного возбуждения» относится к осмотру. Указание на этот интервал ограничивает вывод о предшествующих периодах. Если предполагается объяснить поведение резким сокращением сна, связь оформляется как клиническая гипотеза с указанием, какие сведения её поддерживают и каких данных недостаёт.

4.5. Архивная запись и повторный пересказ

Документ может содержать фразу «при поступлении выраженное возбуждение», перенесённую из первичного осмотра в дневник, консультацию и выписку. Для клинической истории такая преемственность иногда удобна. Для исследования число повторений не увеличивает число независимых осмотров. Если новая запись использует те же слова и не приводит собственного наблюдения, её следует связывать с доступной первичной записью. Если происхождение установить нельзя, степень независимости остаётся неопределённой.

Ретроспективная оценка врача также зависит от того, когда был создан документ. Запись, сделанная непосредственно после осмотра, и выписка, составленная после нескольких дней наблюдения, могут содержать разные обобщения. Поздний документ способен точнее обозначить динамику за весь эпизод, а ранний — подробнее передать особенности исходного наблюдения. Оценка клинической ценности зависит от поставленного вопроса. Для реконструкции последовательности событий важно иметь возможность соотнести их с моментом возникновения и моментом внесения в документацию.

4.6. Экзоспекция в анализе клинических сведений

Экзоспекция и пределы наблюдения психического состояния
От внешней регистрации к клиническому утверждению

В монографии «Экзоспекция психики» И. Я. Новицкий связывает систематическое внешнее наблюдение с регистрацией речевых, поведенческих, физиологических и контек-

стуальных проявлений, их параметризацией и клиническим сопоставлением. Рабочее определение охватывает весь путь от получения данных до их включения в описание психического состояния. Расширенное определение ставит вопрос об устройстве проверки этого пути. Можно ли установить, какой канал использовался, какие преобразования были применены и на каком основании измеряемый показатель соотнесён с клиническим признаком? Данные требования позволяют различать экзоспективное наблюдение, экзоспективный отчёт и клинический вывод, в котором материал отчёта рассматривается наряду с остальными сведениями (Новицкий, 2026, гл. 4).

Психиатрия расхождений уточняет ту часть экзоспекции, где результат внешнего наблюдения соотносится с сообщением пациента о переживании и с данными клинического обследования. Сопоставление должно начинаться с описания того, к чему имел доступ каждый участник. В ходе интервью пациент может сообщить, что в конкретный момент испытывал страх. Врач может заметить паузы, напряжение позы и сокращение высказываний. Камера может зарегистрировать некоторые движения, а модель — выделить их во временном ряду. Возможность установить время и длительность движения делает его проверяемым в рамках записи. Значение движения для понимания страха устанавливается с учётом контекста и других сведений. Обзор Barrett и соавторов показывает, насколько ограничена однозначная интерпретация эмоций по движениям лица без учёта ситуации, индивидуальной вариативности и исследовательской процедуры (Barrett et al., 2019).

Для каждого технически зарегистрированного проявления полезно сохранять три последовательных описания. Первое характеризует первичный сигнал, например наличие различимого движения на временной отметке. Второе характеризует производный показатель, например число перемещений за интервал наблюдения. Третье формулирует клиническое предположение, для которого этот показатель может оказаться значим. Между уровнями меняется предмет утверждения. Два оператора могут одинаково определить число перемещений и различно квалифицировать поведение. Воспроизводимость измерения следует проверять отдельно от обоснованности клинической квалификации.

Различия в доступе к переживанию

Пациент обладает возможностью описать пережитое в том виде, в каком он способен его различить и выразить в данный момент. Для оценки этого материала имеют значение время между переживанием и сообщением, обстановка беседы, формулировка вопроса и степень конкретности ответа. Вопрос «Были ли Вы тревожны вчера?» предполагает обобщение. Вопрос «Что Вы ощущали, пока ждали начала беседы?» привязан к определённому событию и допускает более подробное описание. Оба ответа клинически значимы, а условия их сопоставимости зависят от временного охвата и содержания вопроса.

Повторный самоотчёт об одном событии может различаться по двум принципиально разным причинам. Пациент мог пересмотреть описание в связи с новым пониманием собственных переживаний. Он также мог услышать вопрос о другом периоде или придать тому же слову другое значение. Возможность различить эти причины появляется, если в записи сохранены вопрос и ответ, их дата, референтное событие и условия беседы. В учебном примере первоначальное «я ничего не чувствовал» после уточнения может означать «не чувствовал страха, но испытывал раздражение». Феноменологически важное различие становится видимым благодаря анализу значения слов.

Методы выборочного описания опыта показывают, каким образом самоотчёт можно организовать как самостоятельную процедуру исследования. Описание переживания, близкое по времени к моменту его возникновения, позволяет изучать ситуативную изменчивость. В работах о выборочном описании опыта рассматриваются способы получения конкретных

описаний внутреннего опыта и ограничения такого исследования (Hurlburt, Heavey, 2001). В психиатрических исследованиях методика выборки переживаний применяется для повторной регистрации опыта в повседневных контекстах (Myin-Germeys et al., 2018). Техническая форма дневника в этом случае изменяет время и порядок регистрации. Происхождение описания переживания остаётся самоотчётным. Для разметки имеет значение и то, что человек мог пропустить запись именно тогда, когда заполнение дневника было особенно затруднено. Пробел требует отдельного обозначения.

Близкий получает доступ к действиям и высказываниям в тех обстановках, в которых присутствует. Он может знать обычный распорядок и заметить перемену, скрытую при кратком осмотре. Врач имеет возможность целенаправленно проверить феномен и соотнести увиденное с обстоятельствами обследования. Знание индивидуальной динамики пациента и возможность задать клинически точный вопрос дают разные основания для вывода. Рассказ близкого «он стал другим» становится пригодным для сопоставления после выяснения того, какое действие изменилось, в какой период и при каких обстоятельствах. Запись врача о психическом статусе аналогичным образом требует указания границ наблюдаемого интервала. При совпадении признака и периода сведения сопоставляются на уровне конкретного события. Если эти условия различаются, их можно совместно использовать для описания вариативности состояния.

Независимость наблюдения и происхождение сведений

Независимость происхождения следует устанавливать для каждого утверждения. На видеозаписи интервью может быть зафиксировано высказывание пациента о бессоннице. Автоматическая расшифровка, ручная расшифровка и резюме врача в этой ситуации отсылают к одному сообщению. Сопоставление трёх документов может помочь обнаружить ошибку распознавания или пропуск отрицания, однако сведений о том, как пациент действительно спал, становится столько же, сколько было в исходном высказывании. Если в той же видеозаписи врач отмечает частые вставания во время беседы, возникает самостоятельное наблюдение о моторике. Его предмет и временной охват отличаются от сообщения о сне.

Общий первичный материал может обосновывать несколько разных утверждений. Два специалиста, независимо просматривающие одну видеозапись, могут независимо квалифицировать наблюдаемое действие. Физический канал при этом остаётся общим. Для исследовательского протокола следует разделять независимость наблюдений, независимость кодирования и независимость клинических заключений. Каждая из них отвечает на свой вопрос. При совпадении кодировок повышается уверенность в воспроизводимости правила кодирования. При повторении одного и того же явления на разных записях в сопоставимых условиях появляется дополнительный материал для оценки устойчивости проявления.

Если пациент произносит «я боюсь» на записи, алгоритм может извлечь эти слова, определить говорящего и связать их со временем беседы. Тогда модель выполняет обработку самоотчёта. Если датчик регистрирует движение, модель выделяет измеримый показатель и появляется отдельное наблюдение о движении. В обоих случаях машинная обработка наследует ограничения исходного материала. Запись, полученная во время короткой беседы, характеризует короткую беседу. Датчик даёт сведения в период, когда устройство действительно использовалось и получало интерпретируемый сигнал. Полнота регистрации и смысл показателя проверяются раздельно.

Учебный пример сопоставления каналов

Предположим, при поступлении пациент говорит, что «ночью совсем не спал». Близкий сообщает, что около двух часов ночи видел пациента неподвижно лежащим с закрытыми гла-

зами. Носимое устройство отнесло отрезок с 01:48 до 02:26 ко сну. В 02:10 с телефона пациента отправлено сообщение. Врач в 09:00 отмечает психомоторное возбуждение. В исходном материале доступны пять утверждений, которые различаются по основанию и по предмету.

Самоотчёт относится к ночи, но требует уточнения границ и смысла слова «совсем». Близкий видел положение тела и закрытые глаза. При описании сна он интерпретировал признаки в пределах короткого наблюдения. Носимое устройство классифицировало интервал по зарегистрированным параметрам, а его алгоритм, условия ношения и доля пропусков требуют установления. Метка отправленного сообщения относится к действию устройства. Для вывода о бодрствовании пациента в эту минуту потребуется выяснить, кто и каким способом отправил сообщение. Осмотр описывает поведение утром. Если материалы были собраны из рассказа одного лица, дополнительным условием станет проверка происхождения каждого фрагмента.

В одном возможном уточнении пациент сообщает, что под отсутствием сна имел в виду частые пробуждения и отсутствие ощущения отдыха. Тогда сообщение допускает короткие периоды сна. В другом уточнении пациент подтверждает, что отрицает даже краткое засыпание в пределах названного интервала. Это позволяет сравнить его высказывание с классификацией устройства на общей временной оси. При этом сохраняется вопрос, какой именно клинический феномен способен различить используемый алгоритм. Если устройство отнесло неподвижное бодрствование ко сну, источник видимого противоречия находится на уровне измерительной модели. При наличии альтернативных объяснений каждое основание указывается в заключении раздельно.

Такой пример даёт два задания для независимых психиатров. В первом требуется оценить, какие утверждения относятся к одному временному интервалу и сопоставимому явлению. Во втором — определить, изменится ли клиническое описание после уточнения. Если целевой вопрос ограничен утренней психомоторикой, восстановление ночного сна расширяет анамнез, сохраняя наблюдение врача в его временных границах. Если исследуется временная последовательность ночного бодрствования, дневного сна и изменения активности, качество каждого свидетельства о сне прямо влияет на итоговую формулировку.

Роль ИИ в воспроизводимости экзоспективного вывода

В вычислительном процессе необходима возможность пройти от итогового утверждения к исходной записи. Для этого сохраняются идентификатор материала, границы фрагмента, дата и контекст регистрации, версия алгоритма, правило перевода показателя в клинический язык и результат проверки специалистом. В случае текстовой разметки проверяются говорящий, референт высказывания, отрицание, время и выраженность уверенности. Для звука и видео дополнительно оцениваются полнота записи, доступность сигнала для анализа и условия, при которых технический признак удалось получить. Процедура допускает воспроизведение в пределах доступного материала и помогает локализовать ошибку.

Значимость ошибки зависит от места её возникновения. Если система неточно распознаёт продолжительность паузы в речи, требуется проверить показатель и его чувствительность к качеству записи. Если пауза распознана правильно, но названа «блокадой мышления» без клинических оснований, проблема относится к уровню интерпретации. Если в резюме исчезает указание, что феномен описан близким по телефону, нарушается атрибуция. Выделение этих классов ошибок полезно для оценки модуля EmpathIQ. Каждый класс допускает отдельный эталон разметки и проверку соответствующего выхода алгоритма. Рекомендации ВОЗ по большим мультимодальным моделям рассматривают ограничения и риски их применения в здравоохранении. Для предлагаемой процедуры это означает необходимость связывать автоматизированный вывод с первичным материалом и клинической проверкой (ВОЗ, 2025).

Сведения о состоянии имеют клиническую ценность в пределах конкретной задачи и времени. Параметрический профиль может помочь увидеть устойчивый паттерн или выбрать следующий вопрос. Индивидуальная история пациента и сведения о ситуации необходимы для клинического объяснения. В психокоде такая связка позволяет сохранить несколько утверждений об одном периоде, каждое с собственным происхождением. В психпаспорте доступна последовательность уточнений и пересмотров. Первоначальная запись о нарушении сна, позднейшее уточнение её смысла и отдельно зарегистрированный дневной эпизод получают разные даты и основания. Это даёт возможность восстановить, какое сведение повлияло на заключение и почему.

Глава 5. Предмет клинического свидетельства

Вопрос, на который отвечает высказывание

В приёмном отделении пациент говорит, что «не мог уйти». В краткой записи это выражение появляется в рубрике ограничения свободы перемещения. Врач, беседующий с пациентом на следующий день, выясняет, что тот имел возможность покинуть помещение, но несколько часов оставался у двери, поскольку уход воспринимался как поступок, последствия которого невозможно предугадать. Фраза описывала затруднение действия при сохранной физической возможности. Первая запись была точной передачей слов. Ошибка возникла на следующем шаге, когда высказывание стало ответом на вопрос об обстоятельствах, которых пациент не имел в виду.

Клиническое утверждение всегда отвечает на некоторый вопрос о предмете. В обычном разговоре вопрос часто подразумевается. «Ничего не слышал» может означать отсутствие звуков, невозможность разобрать сказанное или отсутствие информации о состоявшемся разговоре. Клинический смысл выражения устанавливается отчасти по последовательности реплик. При чтении уже оформленной медицинской документации эта последовательность может отсутствовать. Тогда точность цитирования и точность квалификации следует оценивать отдельно.

Различие имеет прямое отношение к воспроизводимости. Два психиатра получают одинаковую выписку, однако один подразумевает, что исходный вопрос касался слухового восприятия, а второй — обсуждаемого события. Если требуется оценить только итоговую квалификацию, несогласие будет записано как различие экспертов. Если сохранить предполагаемый вопрос, можно решить, относится ли несогласие к прочтению исходной реплики, к описанию феномена или к применению диагностического понятия. Для каждого из этих случаев возможна своя процедура проверки.

В протоколе разметки стоит предъявлять короткий фрагмент разговора вместе с вопросом, если он известен. Для архивной записи без вопроса полезно отмечать его восстановимость. Высказывание «во время беседы на прямой вопрос ответил, что звука не слышал» содержит больше сведений об условиях получения материала, чем «галлюцинации отрицает». Вторая формулировка остаётся информативной в составе психического статуса, однако её происхождение и точный охват доступны лишь частично.

Как формируется описательный признак

История описательной психопатологии показывает, что клинические категории восприятия, памяти или аффекта складывались в определённых интеллектуальных и практических условиях. Бэрриос (Berrios, 1996) рассматривает язык описания в связи с историей психологических понятий и практикой систематизации душевных болезней. Для психиатрии расхождений из этого следует, что переход от выражения пациента к стандартному термину представляет собой профессиональную операцию. Её можно изучать и проверять. Само употребление термина специалистом оставляет открытым вопрос, на каких признаках он построил квалификацию.

Одна задача врача — установить, было ли переживание близко к мысли, воспоминанию или восприятию по своему характеру. Другая — выяснить, чему пациент приписывал переживание и как менялось это объяснение. Третья — установить, как переживание было связано с действием. Эти вопросы могут относиться к одному событию и давать ответы с разной

степенью определённости. Человек может уверенно описывать внешнюю локализацию звука и сомневаться в его происхождении. В записи сохраняются обе характеристики. Выражение «слышал звук в соседней комнате и не знает, откуда он исходил» не требует определить, был ли источник внешним, только на основании его локализации в опыте пациента.

Методика EASE служит примером дисциплинированного исследования тонких изменений субъективного опыта. Parnas и соавторы (2005) предложили полуструктурированный инструмент для прояснения аномалий переживания себя. Для настоящей монографии значение имеет общий методический урок: описание переживания получает клинический смысл в ходе уточнения примеров и восстановлении того, как человек переживал конкретную ситуацию. Задача настоящего метода состоит в сопоставлении клинических сведений, а конкретная шкала применяется в собственных пределах.

В условном интервью пациент дважды говорит «мысли исчезали». В первом примере он описывает задержку ответа после вопроса, когда не мог подобрать нужное слово. Во втором — неожиданное ощущение пустоты при чтении, после которого не смог восстановить ход размышлений. Одинаковая лексика объединяет два феномена только на уровне самоописания. В первом разговоре уточняют задачу речи и сохранность замысла. Во втором — последовательность переживания, повторяемость и обстоятельства возникновения. Клиническое утверждение становится сопоставимым с другим сообщением после такой конкретизации.

Фиксация буквального, подразумеваемого и клинически квалифицированного

Границы между уровнями описания особенно важны, когда пациент использует метафору. Фраза «я был как неживой» может указывать на утрату эмоционального отклика, переживание отчуждения, снижение энергии, буквальное убеждение или заимствованную фигуру речи. Вопрос о телесных ощущениях может быть необходим, однако заданный слишком рано вопрос «вы считали себя умершим?» сдвинет разговор в сторону одной готовой гипотезы. Сначала следует уточнить, к какому моменту относится фраза и что отличало этот момент от обычного состояния. Полученный пример помогает выбрать дальнейшее исследование.

В наблюдении близкого также различаются буквальное описание и подразумеваемое значение. «Он сидел час, не реагируя» может основываться на одном обращении из соседней комнаты либо на повторных обращениях в присутствии наблюдателя. Без уточнения смысла слова «реагировать» остаётся открытым вопрос, слышал ли пациент обращение и имелась ли возможность ответить. Если пациент описывает, что слышал речь, но продолжал сидеть, эти сведения могут дополнять наблюдение. Они совместимы с отсутствием видимой реакции и расходятся с выводом о том, что обращение не воспринималось.

Исследование этих переходов имеет значение для цифровой обработки. Высказывание, преобразованное в код без источника и уточнённой интерпретации, трудно пересмотреть. Например, рядом с кодом «снижение аффективной реактивности» должно оставаться видно, где речь шла о переживании «ничего не трогает», а где о скупых мимических реакциях при ограниченном наблюдении. Раздельная запись даст возможность сопоставить динамику феноменов, когда появится следующий осмотр.

Ограничения отчёта пациента и предел их обобщения

Свидетельство пациента может быть точным в описании текущего переживания и ограниченным в ретроспективной оценке его продолжительности. Здесь слово «точный» означает соответствие вопросу и возможность ясно восстановить позицию пациента. Утверждение о нескольких часах тягостного ощущения и оценка времени по часам относятся к разным видам

знания. В приёмном отделении пациент может не отличать события, случившиеся до полуночи и после неё, при этом уверенно описывать порядок, в котором они произошли. Такой отчёт сохраняет значение для реконструкции последовательности.

Способность понять вопрос и удержать его предмет также зависит от ситуации. Если исследователь задаёт один вопрос из двух частей, ответ «нет» допускает неодинаковое прочтение. Например, «не слышали ли вы голосов и не казалось ли, что смотрят?» содержит два различных объекта. Один эксперт может зафиксировать оба отрицания, другой — одно общее уклонение от ответа. Для однозначного кодирования подходит отдельный вопрос по каждому объекту с понятным временным охватом. Неясность уже имеющегося материала входит в результаты разметки, даже если эксперт предполагает, как следует понимать реплику.

При повторном осмотре существенно, воспроизводит ли врач исходный вопрос. Если вечером спрашивали о переживании в течение дня, а утром — о состоянии в момент беседы, утвердительный и отрицательный ответы не обязательно образуют противоречие. Для проверки прежнего высказывания следует вернуться к прежнему временному окну. Вариативность ответов, выявленная после этого шага, может относиться к памяти, изменению готовности обсуждать опыт или переосмыслению произошедшего. Каждая из этих гипотез требует собственного основания.

Глава 6. Доверие к источнику и эпистемическая справедливость

Почему значение имеет отдельное утверждение

Репутация информанта влияет на то, какие сведения будут уточнять. Врач скорее переспрашивает человека, считающегося осведомлённым, и быстрее закрывает тему при ответе человека, которого считает ненадёжным. Такая экономия внимания иногда опирается на историю подтверждений. Вместе с тем перенос общей оценки на каждое высказывание может приводить к пропуску факта, проверяемого независимо. Положение пациента в медицинской иерархии усугубляет риск: запись «рассказ недостоверен» способна сопровождать всю последующую документацию, даже когда первоначальная проблема касалась одной даты.

Crichton, Carel и Kidd (2017) анализируют эпистемическую несправедливость в психиатрии, в том числе случаи необоснованного снижения доверия к пациенту как носителю сведений. Для метода сопоставления это означает необходимость ограничивать отрицательную оценку тем утверждением и тем основанием, по которым возникла трудность. Частный вывод воспроизводим, если в записи видны вопрос, ответ, проверка и её результат. Характеристика человека как источника в целом затрудняет проверку и переносит решение о доверии в следующий контакт без материала, достаточного для пересмотра.

Например, пациент неверно называет дату возвращения домой, однако последовательно утверждает, что испытал чувство тревоги при входе в подъезд. Эти положения имеют разные основания. Дату можно уточнить по другому документу. Субъективный отчёт о тревоге требует уточнения переживания и обстоятельств входа. Обнаруженная неточность даты снижает определённость временной привязки. Вопрос, что происходило с переживанием, остаётся открытым для самостоятельного исследования.

Из той же логики следует возможность локально ограничить доверие к сообщению близкого. Супруг точно описывает возвращение пациента домой, если видел его сам. Объяснение того, почему тот ушёл от друзей раньше обычного, может быть догадкой. Для первого утверждения есть непосредственное наблюдение, для второго — интерпретация. Близость к пациенту увеличивает доступ к отдельным условиям его жизни и может создавать дополнительную заинтересованность в определённом объяснении. Оба обстоятельства следует рассматривать применительно к конкретному вопросу.

Язык опыта и доступность объяснения

Kidd и Carel (2017) описывают ситуации, когда человеку трудно сообщить о болезни, поскольку доступный язык общения и общепринятые способы понимания его опыта ограничены. В клинической беседе это обнаруживается, например, когда человек различает последовательность телесных, эмоциональных и когнитивных изменений, но выражает их одной семейной идиомой. Перевод идиомы напрямую в рубрику шкалы может потерять большую часть материала. Для восстановления значений полезен пример одного конкретного дня.

Учебный эпизод. Пациент говорит, что два дня был «как без кожи». Близкий передаёт это как жалобу на непереносимость прикосновения. Врач, задающий вопрос о текущей боли, получает отрицательный ответ. По исходным данным остаются открытыми несколько возможностей: телесная чувствительность в другой момент, метафорическое описание уязвимости, выраженное раздражение или значение, которое станет ясным после уточнения. Пациент поясняет, что в течение двух дней воспринимал обычные голоса и разговоры как чрезмерно гром-

кие и испытывал трудности, когда несколько человек говорили одновременно. Близкий не видел реакции на прикосновение и предположил значение фразы. Отрицание текущей боли и самоотчёт об изменении восприятия звуков сосуществуют в уточнённой записи. Исчезает мнимое противоречие, возникшее в пересказе.

В этом примере пациенту потребовалась возможная ситуация для конкретизации своего опыта. Простой выбор из готовых терминов не гарантировал бы, что исходное переживание окажется представленным. Схожая задача возникает при расшифровке слов «мысль стала крупнее», «я отстал от комнаты», «события шли без меня». Производная категория остаётся проверяемой, если сохранено первоначальное высказывание и пояснение, из которого она возникла.

Неравенство доступа к клинической записи

Врач, коллега и выписка обычно имеют разные возможности влиять на итоговый текст. Высказывание пациента попадает туда как результат отбора врачом. Профессиональная формулировка, однажды внесённая в документ, получает дополнительную устойчивость при копировании. Если родственник передаёт сведения по телефону, врач выбирает между буквальным изложением и кратким пересказом. В исследовании важно различать опыт пациента, ответ на вопрос, внесённую запись и последующие цитирования.

Существует и обратная ситуация. Раннее мнение врача может быть мало доступно для пересмотра, хотя последующие материалы позволяют изменить его содержание. Для продольной записи важно сохранить причину изменения вывода. «Оценка пересмотрена после уточнения слов пациента о восприятии громкости, полученного при повторной беседе» является более информативной записью, чем безличное «уточнены жалобы». Она показывает, как пациент повлиял на клиническое понимание.

В учебной системе можно регистрировать, по какой причине исходная реплика была утрачена. Например, часть реплик отсутствует из-за формата выписки, часть была опущена при литературной правке, часть заменена профессиональным термином. Такое различение позволяет выбирать методы улучшения: структурировать интервью, изменить шаблон записи, проверить алгоритм автоматического резюмирования или обучить специалиста работе с цитатой.

Практическая проверка равного внимания

Эпистемическая справедливость допускает эмпирическое изучение. Если экспертам предъявить одинаковые клинические утверждения с различной подписью источника, можно проверить, меняет ли подпись готовность принять утверждение, запросить уточнение или признать неопределённость. Для такого эксперимента нужно различать случаи, где источник имеет значение для доступа к событию, и случаи, где подпись представляет только институциональный статус. Иначе исследование смешает оправданный учёт основания сообщения с неосновательным изменением доверия.

Имеет смысл предъявить экспертам разные варианты одной записи. В первом сообщается, что врач видел наблюдаемое действие. Во втором это же действие видел близкий, находившийся в тех же условиях. Сравнивать здесь можно субъективную оценку основания при установленной идентичности временного охвата и доступа. В другом эксперименте содержание записи передано как самостоятельное наблюдение или как пересказ. Тогда ожидаемая разница относится к происхождению, а не к профессиональному статусу. Даже если результаты покажут систематический сдвиг, интерпретация должна учитывать, какие предположения эксперты сделали об условиях наблюдения.

Клинической редакции помогают три проверки. Первая проверяет, не изменился ли смысл реплики при записи. Вторая восстанавливает основание выбора между сообщениями. Третья выявляет, какой вывод был сделан без проверки доступной альтернативы. Вместе эти проверки позволяют добавить недостающую опору для решения, не превращая всякое межличностное различие в предмет этического обвинения.

Глава 7. Контекст как условие наблюдения и часть клинической ситуации

Условия проявления и условия доступа

Утверждение «в отделении разговаривает со всеми» и сообщение «дома перестал разговаривать» могут описывать два режима поведения в разных средах. За различием остаются по меньшей мере две группы объяснений. Среда могла изменить поведение пациента. В другом случае различие связано с тем, о каких контактах и за какой период осведомлены наблюдатели. Для проверки полезно спросить, кто начал разговор, какова была задача, присутствовали ли другие участники и какую продолжительность контакта наблюдатель назвал разговором. Один и тот же человек может выполнять короткие переговоры по бытовым вопросам и избегать бесед, предполагающих личное содержание.

Суждение врача «разговаривает со всеми» приобретает другой статус, если основано на нескольких спонтанных контактах в коридоре, или если дежурный персонал отмечал ответы пациента на обращения. В первом случае наблюдалась инициатива, во втором известно, что пациент отвечал. Самоотчёт пациента может уточнить, насколько эти действия требовали усилий. Сообщения сопоставляют по разным вопросам: участие в коммуникации, инициатива, длительность взаимодействия, субъективная нагрузка. Контекст позволяет определить, какие из этих характеристик наблюдались.

Клиническая ситуация также зависит от того, что знают участники. Если пациент впервые узнаёт во время беседы, какие сведения родственник передал врачу, его ответы могут измениться вследствие нового понимания целей разговора. Позднее интервью может быть информативнее за счёт доверия, возможности обдумать вопрос или доступности внешней опоры для памяти. Сопоставление ответов требует указать, что человек знал о ситуации в каждый момент и как это могло влиять на содержание ответа. Такая гипотеза становится проверяемой, если пациент сам объясняет, почему выбирал тот или иной объём раскрытия.

Культура и язык высказывания

Клиническое описание, составленное на другом языке или в другой речевой среде, добавляет операцию перевода. При этом меняются отдельные слова и подразумеваемые правила разговора. Человек может представлять врачу телесную сторону страдания, а родственнику объяснять то же состояние через жизненное событие. Оба описания правдоподобны в собственных ситуациях. Расхождение появляется, если первое объявить исчерпывающим медицинским описанием, а второе — единственной версией переживания. Kirmayer (2001) описывает, как культурно обусловленные формы представления страдания могут влиять на его распознавание. Для метода сопоставления важно замечать разницу между сведениями о феномене и формой, в которой о нём сообщают.

Интервью культурной формулировки предлагает систематически выяснять, как человек и значимые для него люди описывают проблему, что считают её причинами и какой помощи ожидают. Международное исследование Lewis-Fernández и соавторов (2017) оценивало осуществимость, приемлемость и клиническую полезность этой процедуры. В рамках настоящей монографии оно интересно прежде всего как пример получения сведений о разных языках описания ситуации. Даже подробное описание культурного значения высказывания оставляет необходимость изучить хронологию, буквальное содержание и условия наблюдения.

В условной беседе человек говорит, что «на него легла тяжесть» после семейного события. При первичном описании врач относит выражение к жалобам на тяжесть в груди. Вопрос о том, где и когда человек ощущал её, проясняет, что особых телесных ощущений он не описывает. Выражение используется как способ сообщить о чувстве обязанности и невозможности приступить к делам. Врач может отдельно выяснить настроение, активность и оценку самого события. Если в беседе участвует переводчик, сохраняют исходное выражение и его пояснение. Это помогает при повторном обращении, когда краткий перевод может быть прочитан буквально.

Что даёт наблюдение в обычной среде

При обсуждении различий между осмотром и повседневной жизнью полезна логика исследований с повторными оценками в естественной среде. Метод выборочного исследования переживаний позволяет получать короткие отчёты в разные моменты дня. Myin-Germeys и соавторы (2018) рассматривают его возможности в исследованиях психического здоровья и технические условия применения. Для изучения расхождений повторные оценки позволяют сопоставить переживания и обстоятельства с меньшей зависимостью от единственного ретроспективного рассказа. Полученное распределение всё ещё зависит от расписания уведомлений, участия человека и того, какие эпизоды он мог зарегистрировать.

В качестве учебного примера пациент сообщает, что тревога «весь день одинакова». В трёх коротких записях она описана как более выраженная в общественном транспорте и менее выраженная вечером дома. Если под «одинакова» он имел в виду отсутствие дней, свободных от тревоги, обе формы отчёта совместимы. В другом случае он действительно имел в виду неизменную интенсивность в пределах каждого дня. Тогда разница требует изучения того, как получены оценки и что именно они измеряют. Один сигнал относится к устойчивости наличия, второй — к диапазону интенсивности. Смысл общей фразы лучше уточнить до сравнения.

Наблюдения, сделанные только в клинике, совпадают с определённой фазой дня и режимом участия. В амбулаторном приёме большинство пациентов находится в состоянии, позволяющем прийти и отвечать. Отчёты о моментах, когда сделать это затруднительно, могут чаще быть получены от других лиц. В стационаре наблюдение охватывает периоды, о которых домашний информант мало знает, и обычно происходит после изменения среды. Различия между этими массивами описывают границы их применимости и могут направить следующее наблюдение.

При использовании дневника важно учитывать причину пробела. Пропущенное уведомление может быть связано с выключенным телефоном, занятостью, дискомфортом от вопроса или состоянием, которое ограничивало способность отвечать. Причина отсутствия строки иногда становится предметом отдельного утверждения. В таком случае её записывают как сообщение пациента или технический факт с собственным происхождением. Если основание неизвестно, состояние в этот период остаётся неопределённым.

Обобщение по случаям и сравнение внутри одного случая

Даже при повторных измерениях заключение зависит от уровня анализа. Групповая связь между двумя показателями описывает распределение в группе. Продольная связь внутри одного случая касается того, что менялось раньше или позже у конкретного человека. Предположение о совпадении этих уровней требует проверки. Например, у пациентов с более выраженной тревогой в среднем может быть больше пропусков встреч. Для определённого пациента число пропусков может сильнее зависеть от рабочего расписания и доступности транспорта. При восстановлении клинического объяснения предстоит изучить обе линии данных.

В психической системе сочетание проявлений рассматривается в связи с условиями их возникновения. Порядок появления разных феноменов, описанный несколькими источниками, может указать на гипотезу о динамике. При этом гипотеза о связи и утверждение о каждом феномене сохраняют самостоятельные основания. Если врач предполагает, что избегание общения появилось вслед за изменением восприятия, требуется установить, какая часть хронологии подтверждена и где возможен обратный порядок. Даже верно установленная очередность оставляет открытым вопрос о причине.

Глава 8. Экзоспекция и границы вычислительного вывода

Выбор канала и проверка источника

В авторской концепции экзоспекция представляет систематическое внешнее наблюдение психического состояния по регистрируемым проявлениям, дополненное обработкой и клиническим сопоставлением (Новицкий, 2026). При работе с расхождениями существенны три состояния материала: зарегистрированный сигнал, выделенный из него наблюдаемый признак и клинический вывод. При проверке следует возвращаться к материалу на каждом шаге. Видеозапись позволяет повторно оценить слышимую речь и видимые действия в определённой зоне. Заключение о субъективном переживании по этим признакам остаётся выводом и требует дополнительного основания.

Учебный пример. Алгоритм выделяет сокращение средней длины фразы и увеличение числа пауз на дистанционном приёме. Врач узнаёт, что пациенту было сложно слышать собеседника из-за задержки соединения. Сокращение фразы остаётся свойством записи. Связь этого свойства с психическим состоянием меняется после восстановления технического контекста. При следующем наблюдении можно записать часть беседы в иной обстановке и проверить, сохраняется ли признак. Если сходный рисунок речи отмечается и при непосредственном контакте, это добавляет основание для исследования. О причинах сохраняющегося изменения речи потребуется отдельное клиническое суждение.

Ценность внешнего наблюдения состоит в возможности повторить проверку, если наблюдение зарегистрировано и известны границы регистрации. Повторный просмотр записи тем же или другим человеком характеризует согласие интерпретаций одного материала. Новый непосредственный осмотр характеризует устойчивость или динамику проявления в новых условиях. Смешение этих процедур особенно затрудняет оценку моделей. Если два алгоритма анализировали один текст, совпадение вывода описывает сходство обработки текста. Для сравнения с независимым наблюдением потребуется отдельный материал.

Условия, при которых внешняя регистрация прибавляет сведения

Независимость записи следует оценивать по пути её происхождения. Экспорт журнала звонков и пересказ пациента о своих звонках могут давать два разных основания для утверждения о количестве разговоров. Расшифровка записи и подготовленное на её основе резюме дают два представления одного материала. Если устройство лишь фиксирует попытку соединения, подсчёт попыток не определяет число состоявшихся разговоров. Программа может точно считать зарегистрированные события и одновременно неверно соотносить их с исследуемым поведением.

Рассмотрим условный случай пациента, который сообщает, что в течение недели «каждый день общался с коллегами». В выписке приведён тот же вывод со ссылкой на беседу. Родственник описывает, что пациент несколько вечеров оставался дома один. Из журнала известны четыре совершённых вызова без сведений об их получателях и содержании разговоров. Утверждение о ежедневном общении пока нельзя точно сверить с журналом. Контакты могли состояться очно, через сообщения или по другому устройству. Можно уверенно описать предел доступных сведений: пациент сообщает о ежедневном общении, журнал регистрирует четыре вызова на одном устройстве, родственник наблюдал поведение только по вечерам. Возможный вопрос о формах общения уточнит предмет сопоставления.

Проверка результата экзоспекции требует заранее назвать тот показатель, для которого запись служит основанием. То, что человек произносит слова в некотором темпе, можно исследовать по аудио. Насколько ему было трудно сформулировать ответ, выясняется отдельно. Почему он отвечает так, зависит от контекста, предшествующей беседы и возможных альтернативных объяснений. В клинической записи эти три уровня могут присутствовать одновременно и оставаться полезными при повторной оценке.

Когда наблюдение меняет поведение

Присутствие наблюдателя или знание о регистрации может повлиять на наблюдаемое поведение. При формальном опросе человек способен сокращать реплики, чтобы быстрее завершить разговор, а в знакомой обстановке развивать тему подробно. Домашний информант также влияет на саму ситуацию: изменение поведения в его присутствии может характеризовать взаимодействие, а не только индивидуальную динамику. Сведения об этих условиях помогают определить, где именно проявление наблюдалось и в каких условиях его предполагается проверить.

Если пациент знает, что показатели будут обсуждаться на следующей встрече, внесение записи может стать частью его отношения к происходящему. Один человек начинает лучше различать время и последовательность событий, другой записывает преимущественно эпизоды, которые считает значимыми для врача. Одинаковый интерфейс регистрации не гарантирует одинаковый смысл полноты данных. Клиническое использование требует различить свободный отчёт, ответ на заданный вопрос и измерение автоматически зарегистрированного события.

Изменение поведения под наблюдением можно исследовать через сопоставление заранее согласованных условий. Для учебного разбора подходят разные виды беседы с одним человеком, если длительность, цель и содержание разговора документированы. Вывод о влиянии наблюдателя остаётся гипотезой, пока альтернативные объяснения — тема беседы, усталость, незнакомая обстановка — не получают отдельной оценки. Эффект регистрации не делает материал бесполезным. Он ограничивает вывод теми условиями, в которых материал был получен.

Глава 9. Психическая система и объяснение внутрислучайной динамики

Две карты одного эпизода

Психическая система в авторской модели представляет взаимосвязь уровней, процессов и функций в структурном и динамическом единстве (Новицкий, 2025). При анализе клинических расхождений эта модель позволяет задавать вопросы о связях между проявлениями, замеченными в разных условиях. Для сохранения проверяемости полезно составить две карты одного эпизода. Одна описывает предполагаемую организацию явлений. Другая показывает, откуда стало известно о каждом явлении и о каждой связи. Если заполнена только первая карта, различия в доказательной опоре скрываются за непрерывностью рассказа.

Учебный эпизод. У человека в течение недели сократились контакты с коллегами, изменилось время отхода ко сну и усилилось внимание к звукам за стеной. Близкий видел позднее включение света и получил сообщение от коллеги об отмене встречи. Пациент при осмотре описал, что по ночам прислушивался к шумам. Врач предполагает, что длительное прислушивание отодвинуло время засыпания, а изменение режима сна снизило активность утром. На первой карте это возможная цепочка. На второй карте видно, что время фактического засыпания неизвестно, отмена встречи установлена по пересказу, а порядок событий основан на ретроспективном изложении пациента. Уточнения касаются именно тех связей, от которых зависит объяснение.

Можно построить и другую цепочку: изменение рабочего расписания привело к отмене встречи и сдвинуло режим сна, после чего человек стал чаще замечать шум в обычно спокойные часы. Некоторые элементы двух карт будут совпадать. Так, дословное описание переживания звуков может оставаться пригодным при обеих версиях. Установление расписания и доступных интервалов наблюдения изменит правдоподобие связей без изменения первичных записей. Системное понимание становится сильнее, если для каждой альтернативы заранее известны условия, при которых она получит больше или меньше поддержки.

Признак, взаимодействие и механизм

Сетевой подход к психопатологии рассматривает возможные взаимодействия между симптомами, в том числе обратные связи (Borsboom, Cramer, 2013). Для анализа индивидуальных сведений это даёт способ сформулировать вопросы о последовательности и устойчивости сочетаний. Если пациент сообщает, что после тревожного ожидания хуже спал и уставал утром, можно отдельно исследовать каждую связь. Если близкий фиксирует поздний подъём, он подтверждает время наблюдаемого действия. Как соотносятся поздний подъём, ночной сон и усталость, остаётся предметом изучения.

Присутствие двух явлений в одном интервале не определяет направление связи. Даже когда последовательность известна, может существовать третье обстоятельство, которое повлияло на оба признака. Например, пациент сообщает о тягостном ожидании разговора и многократно перемещается по комнате. Оба явления могут зависеть от приближения встречи. Возможна и более сложная последовательность, в которой действия усиливают субъективное напряжение. Причинная трактовка требует показать различие наблюдаемых следствий этих вариантов. Сопоставление сообщений прежде всего даёт возможность локализовать вопросы, требующие проверки.

Клиническое предположение о механизме может относиться к разным уровням. Kendler (2012) анализирует объяснения психических расстройств на нескольких уровнях и ограничения попытки свести их к одному типу причины. В одном случае бессонница появляется после изменения режима, а повседневные ожидания пациента поддерживают привычку долго оставаться бодрствующим. В другом признаки сходны по описанию, но наблюдаются в ином временном отношении к соматическому изменению. Различие объяснительных уровней следует учитывать при сопоставлении записей. Утверждение об обстоятельстве возникновения и утверждение о поддерживающем механизме могут сосуществовать. Противоречие между ними появляется лишь тогда, когда гипотезы предполагают взаимно исключающие отношения в заданном интервале.

Границы системного обобщения

Если в нескольких наблюдениях повторяется одна последовательность, возникает основание для гипотезы об устойчивом паттерне. Чтобы отличить закономерность от пропуска наблюдений, полезно выделить ситуации, где первый феномен присутствовал, а второй отсутствовал при достаточном доступе к данным. В учебном примере пациент обычно сообщал об усилении напряжения после шума в подъезде. Один день он спокойно оставался дома несмотря на шум, а в другой испытал напряжение в тихой обстановке. Эти исключения задают условия для уточнения. Может иметь значение ожидаемость звука, присутствие близкого, состояние сразу после пробуждения или значение шума для человека. При описании паттерна указывается, какие условия установлены, а какие предположены.

Исследователь может документировать последовательность на уровне эпизода и затем проверять, воспроизводится ли она в новой ситуации. Условия переноса включают сопоставимость феноменов, способа регистрации и временных границ. Если элемент определён только через индекс поведения, а затем оценивается словесным отчётом, совпадение названия ещё не делает результат воспроизводимым. При понимании динамики полезно переходить от одинаковых слов к одинаковым условиям проверки.

В продольном профиле отдельный показатель может выглядеть стабильным потому, что запись переносили из выписки в выписку. В серии наблюдений следует выделять независимые оценки, уточнения прежних сообщений и переписывание ранее сформированного заключения. Если на протяжении трёх приёмов в документации сохраняется характеристика «избегает общения», исследователь выясняет, проводилась ли оценка на каждом приёме. Динамика записи и динамика феномена различимы только при сохранении происхождения каждого утверждения.

Пополнение карты и пересмотр вывода

Когда появляется новое сведение, сначала устанавливается, какую часть карты оно меняет. Новая реплика пациента может уточнить область значения исходного высказывания. Свидетельство о наблюдаемом действии способно изменить временную шкалу. Независимое описание другого дня вносит данные об устойчивости явления. Если новое сообщение конфликтует со старым самоотчётом в совпадающих условиях, сохраняется противоречие, пока удаётся проверить основание расхождения.

Поэтому при редактировании заключения полезно отметить, какие его утверждения изменены, а какие по-прежнему опираются на прежние наблюдения. Например, после уточнения становится известно, что пациент ушёл с работы за несколько дней до появления жалоб на сон. Это требует пересмотра цепочки, в которой снижение работоспособности выводили из изменения сна. Оба проявления сохраняются в клиническом материале. Изменяется предпо-

лагаемая последовательность и дальнейший вопрос о возможном общем обстоятельстве. Такая запись связывает карту психической системы с продольной историей обсуждения гипотез.

Глава 10. Асимметрия неопределённости в клиническом выводе

Разные основания для положительного и отрицательного суждения

Утверждение о присутствии признака может быть основано на одном достоверно описанном событии. Для вывода об отсутствии того же признака на протяжении недели требуется достаточный охват недели либо специально исследованный самоотчёт. Асимметрия проявляется даже при ясном описании феномена. Если наблюдатель видел, как человек один раз задремал в кресле, можно указать этот эпизод. Если он ежедневно заходил в комнату на несколько минут и ни разу не видел дремоты, заключение касается этих визитов. Отрицание в таком случае привязано к окну наблюдения.

При сравнении утверждений эксперт должен учитывать, на какое множество событий распространяется квантор. «К вечеру не было повторных звонков» может относиться к рабочему телефону. «Больше никому не звонил» обычно требует более широкого основания. Если цифровая запись подтверждает отсутствие вызовов на одном устройстве, она даёт отрицательное свидетельство в ограниченной области. Внешний отчёт о вызове с другого устройства может быть совместим с такой записью.

Утверждение «ничего подобного никогда не случалось» опирается на память и личную классификацию событий. При уточнении пациент может вспомнить сходный эпизод и объяснить, что прежде считал его принципиально иным. Тогда причина изменения состоит в пересмотре того, какие эпизоды следует сравнивать. В продольной карте важно фиксировать, расширился ли доступный материал или изменилось правило выделения соотносимого эпизода.

Как ранняя трактовка влияет на последующее свидетельство

Начальная клиническая гипотеза направляет расспрос. Если врач ожидает найти ухудшение памяти, он чаще спрашивает о забытых встречах и может получить подробное описание нескольких таких эпизодов. Другой специалист сначала интересовался бы доступностью транспорта и ожиданиями пациента от встречи. Неравномерность расспроса влияет на полноту данных для альтернативных гипотез. Она может создавать видимость различной частоты признаков, если частоту оценивают по количеству упоминаний в итоговом тексте.

Исследования клинического рассуждения обсуждают вклад когнитивных тенденций и дефицита предметного знания в диагностические ошибки. Croskerry (2003) систематизировал ряд таких тенденций, а Norman и соавторы (2017) обсуждали ограничения их использования как универсального объяснения ошибок. Для анализа расхождений эти работы полезны тем, что направляют внимание к той операции, в которой возможна ошибка. Раннее прекращение расспроса, неправильная классификация признака и плохо подобранный источник уточнения имеют различные последствия и требуют разных способов проверки.

В практике можно отследить, какие ответы перестают собираться после появления предварительной гипотезы. Допустим, после высказывания близкого «опасается выходить один» дальнейший расспрос касается только страха. Пациент объясняет пропуски работы тем, что несколько дней работал дистанционно. Документ на следующей встрече по-прежнему описывает избегание работы, хотя количество очных визитов было задано рабочим графиком. Простой вопрос о том, что человек делал в дни, когда оставался дома, приобретает значение

именно потому, что первоначальное описание опиралось на предположение об обязательном очном присутствии.

Роль исходной вероятности и зависимости свидетельств

Meehl и Rosen (1955) показали значение исходной частоты явления для интерпретации диагностического признака. В исследовании расхождений сходная задача возникает, когда совпадение двух сообщений считают подтверждением явления. Вес совпадения зависит от того, как получены утверждения, насколько специфично совпадение и почему некоторые варианты были первоначально более вероятны. Будучи независимыми, два подробных отчёта о редком действии могут дать лучшую опору, чем общий термин, который участники заимствовали друг у друга.

В условном примере три документа сообщают об отказе пациента от участия во всех занятиях. Первый документ воспроизводит мнение одного сотрудника. Два следующих использовали первый как основу. Количество документов равно трём, число известных исходных наблюдений равно одному. При обсуждении нет необходимости приписывать матрице точные численные веса. Достаточно восстановить зависимость и указать, какой источник мог бы дать самостоятельную оценку. Например, два журнала разных занятий имеют значение лишь в пределах тех занятий, которые они охватывают.

Более сложен случай, когда существуют разные записи, но общая причина влияет на их содержание. Близкий и врач могли независимо видеть пациента только во время одного совместного разговора. Их описания согласуются. При этом для вывода об устойчивости поведения в отсутствие близкого система сведений остаётся ограниченной. Независимость наблюдателей не равна независимости условий. Роль каждого ограничения зависит от вопроса: для описания одного разговора достаточно общего события, для оценки устойчивости нужны дополнительные ситуации.

Значимость остающегося расхождения

При завершении клинического резюме исследователь может зафиксировать три вида остаточной неопределённости. Иногда не хватает материала, позволяющего установить, относятся ли записи к одному предмету. Иногда предмет общий, но основания не позволяют выбрать между двумя несовместимыми сообщениями. Наконец, фактическая сторона может быть ясной при разных способах клинической интерпретации. Для дальнейшего наблюдения важен вопрос, какое последствие имеет неопределённость сейчас. Уточнение может изменить временный срез, объяснение динамики, содержание анамнеза или обоснование выбора дальнейшего обследования.

Различие между двумя утверждениями заслуживает отдельной записи, если разрешение изменит вывод, который требуется сегодня. Возможны и ошибки чрезмерного внимания. Уточнение минутной разницы во времени, зафиксированной двумя источниками, полезно только при значимой границе события. Иначе достаточно сохранить диапазон. Этот принцип защищает клиническое время и сохраняет место для неопределённости, влияющей на выбор между объяснениями.

Неопределённость удобно описывать через условную формулировку. «Если дневной сон относится к периоду, охваченному общим самоотчётом, требуется уточнить длительность и смысл выражения “почти не спал”. При ночном охвате самоотчёта дневной эпизод относится к отдельному интервалу». Смысл записи состоит в том, чтобы последующее уточнение могло изменить именно указанное условие. Оценка воспроизводимости должна отражать, сходятся ли специалисты в том, что изменится после ответа на этот вопрос.

Глава 11. Что показывают исследования нескольких источников у взрослых пациентов

Согласие зависит от того, о чём спрашивают

Исследования многоисточниковой оценки в психиатрии образуют неоднородное поле. В одном случае сравнивают баллы двух форм опросника, в другом — оценку повседневных навыков пациентом и специалистом, в третьем — сообщения, полученные в разные моменты. Единицей анализа могут служить человек, консультация, действие или отдельное положение клинической записи. При всех этих дизайнах слово «согласие» обозначает разную операцию. Сопоставимость на уровне шкалы касается свойств сводных оценок в группе. Сопоставимость двух клинических утверждений требует установить, описан ли один феномен в одних границах. Высокая групповая корреляция совместима с ошибками сопоставления в единичном случае. Низкая корреляция совместима с обоснованным решением по конкретной паре.

Показателен вопрос о функционировании. Пациент говорит, что справляется с покупками, потому что может выбрать продукты и рассчитаться. Сестра сообщает, что покупки за последние две недели выполняла она. В стандартизированном задании человек самостоятельно составил список. Эти свидетельства касаются способности выполнить элементы действия, его фактического исполнения и организации быта с поддержкой. Их можно связать в описание функционирования, но принудительное сведение к одной отметке «справляется» уничтожит возможность установить, на каком этапе возникает зависимость от помощи. Если исследователь измеряет способность, стандартизированное задание имеет прямое отношение к вопросу. Если предмет — распределение бытовых обязанностей за две недели, тот же результат теста имеет более ограниченное значение.

Для критического чтения исследований следует восстановить четыре компонента. Первый — какой феномен операционализирован. Второй — какую выборку и обстановку описывают результаты. Третий — какой показатель принят за внешнее основание сравнения. Четвёртый — каким способом авторы разбирают индивидуальные отклонения от среднего. Эти компоненты можно восстановить даже при скудных сведениях о клинических карточках, если публикация достаточно подробно описывает сбор данных. Если исходной единицей статьи был итоговый балл, перенос результатов на оценку конкретной реплики требует самостоятельного исследования. Эту границу особенно важно сохранить при разработке модуля, который извлекает утверждения из свободного текста и предъявляет врачу отдельные пары.

Самооценка и исполнительские показатели при шизофрении

Bowie и соавт. сопоставляли самооценку функционирования у людей с шизофренией с оценками специалистов, а также с когнитивными и исполнительскими показателями. В исследовании с 67 участниками выделялись группы, чьи оценки повседневных возможностей были близки оценкам специалистов или отклонялись от них в разные стороны. Авторы обнаружили различия между этими группами по нескольким характеристикам. Результаты связывают характер расхождения с другими показателями, но интерпретация направления зависит от принятого основания сравнения. Превышение балла пациента над оценкой консультанта в формулах исследования обычно обозначают как завышение. При переносе на клинический материал смысл этого обозначения следует сохранить узким: оценка одного участника выше оценки другого инструмента или информанта при данных правилах подсчёта. Для суждения

о конкретном бытовом действии нужны сведения о том, в какой ситуации и с какой помощью человек выполнял его (Bowie et al., 2007).

Sabbag и соавт. сравнивали сообщения об обыденном функционировании с когнитивными пробами и оценкой функциональной способности. Согласованность зависела от того, кто выступал информантом. Методологическое значение имеет сама разница между источниками, имеющими разные основания для оценки. Рассказ близкого нередко происходит из совместного быта, но один близкий видит человека ежедневно, другой — раз в месяц. У профессионального наблюдателя может быть возможность сравнить выполнение конкретных задач в единых условиях, при этом его осведомлённость о повседневных ситуациях ограничена характером контакта. Пригодность свидетельства о пребывании вне дома, обращении с деньгами и поддержании отношений следует обосновывать отдельно. Сводная категория «информант» при объединении выборок может скрыть существенные различия в доступе (Sabbag et al., 2011).

В подобных исследованиях желательно различать фактическое выполнение, функциональную способность, самоэффективность и удовлетворённость деятельностью. Человек может правильно описать затруднение, выполнить задание при поэтапной инструкции и в обычной жизни регулярно откладывать его. Исполнение под наблюдением и исполнение в быту связаны, поскольку требуют некоторых общих навыков. Тем не менее структура задачи и условия побуждения различаются. Для проекта «Психиатрия расхождений» следствие состоит в необходимости кодировать требование к самостоятельности рядом с содержанием действия. Формы «сделал сам», «сделал с напоминанием», «участвовал в выполнении» и «задание выполнено другим» представляют различные клинические сведения. Их смешение способно создать конфликт даже между двумя точными сообщениями.

Ещё одно различие возникает между ограничением возможности и отсутствием случая её реализовать. Кандидат на оценку мог не ходить в магазин, поскольку продукты уже приносил кто-то другой. Если функциональная способность оценивается по частоте выполненных покупок, наличие помощи и организация быта влияют на показатель даже при одинаковой способности действовать. Для разбора случаев следует сохранять контекст «возможность была / вопрос о возможности не исследован» рядом со сведением о частоте. Это позволяет избежать обратного вывода из отсутствия действия о невозможности его выполнить.

Включение исполнительского теста в дизайн даёт преимущество, когда предъявленное действие, условия и критерии успеха описаны независимо от исходной беседы. В то же время такой тест может приблизиться к той части функционирования, которую лучше видит один из информантов, например к выполнению задания по инструкции. Он будет слабее представлять обычную жизнь с самостоятельным началом действия, несколькими конкурирующими задачами и неопределённым временем выполнения. Выбор внешнего основания, таким образом, уже задаёт приоритет определённого аспекта исследуемого феномена. Для исследования согласия о фактическом поведении более подходящим основанием может быть последовательная регистрация событий с сохранением сведений о доступе. Преимущество такой регистрации следует проверять по заранее включённым категориям действий, поскольку возможность регистрации распределена неравномерно.

Самооценка и клиническая оценка депрессивных проявлений

Uher и соавт. использовали данные двух исследований депрессии. В GENDEP исходная оценка по шкале самоотчёта содержала небольшую дополнительную информацию для прогноза последующего результата по клиническим шкалам даже после учёта исходных клинических баллов. Клинические шкалы со своей стороны добавляли информацию для прогноза исхода по самоотчёту. В STAR*D авторы получили аналогичное направление результата при

использовании самоотчётной и клинической версий QIDS. Дизайн демонстрирует добавочную прогностическую информацию каждой формы оценки и даёт эмпирическое основание рассматривать их совместно. Он не устанавливает распределение преимуществ между отдельными пунктами или клиническими рассказами. Дополнительная доля объясняемой вариации на уровне выборки также не равна вероятности изменения решения для конкретного пациента (Uher et al., 2012).

Даже при выраженном согласии суммарных баллов два профиля могут иметь различную структуру. Одна шкала распределяет итоговый балл между бессонницей, утомляемостью и снижением интереса. Другая получает тот же итог в основном за счёт самообвинения и безнадёжности. Судить об отчётах как о согласующихся по всем признакам на основании равенства сумм нельзя. Для клинического использования следует рассмотреть конкретные пункты, временной охват каждого инструмента и способ формирования отметки. В этих условиях вопрос о сопоставимости перемещается от одинаковой формулировки названия шкалы к конкретному содержанию записи.

Шкала PHQ-9 иллюстрирует различие между стандартной формой измерения и беседой о текущем состоянии. Её ответные категории относятся к частоте за определённый период, а конструкции клинической беседы могут относиться к тяжести переживания в момент осмотра. Два добросовестных ответа способны разойтись при одном названии симптома. Если пациент отмечает частую утомляемость за две недели и в течение осмотра ощущает себя бодрым, регистрация этого контраста помогает выявить необходимость уточнить распределение утомляемости во времени. Кодирование отрицательного ответа как опровержения шкалы лишь создаст мнимое противоречие. Методологическая ценность стандартизированной шкалы заключается в фиксированном вопросе и правилах подсчёта. Реальный предмет сравнения задаётся содержанием пунктов, а не обозначением «депрессия» (Kroenke et al., 2001).

Шкала нарушений работы и социальной адаптации ставит другой вопрос. Она переводит внимание к тому, какие виды деятельности человек считает затруднёнными. Снижение участия и сохранение субъективного интереса могут быть совместимы. Человек прекращает встречи из-за утомляемости, но по-прежнему дорожит общением. Если родственник обозначает отсутствие контактов как утрату интереса, клиническое интервью может выявить другое объяснение. Строго сформулированная функциональная отметка дополняет симптоматическую, поскольку показывает последствия. Согласие обеих отметок ожидается лишь при определённом предположении о механизме и конкретной истории. В исследованиях расхождений важно отразить, на каком основании исходное ограничение связано с данным переживанием (Mundt et al., 2002).

Качество жизни и оценки заместителя

Ready и соавт. сравнивали самоотчёт о качестве жизни с оценками информантов при лёгкой болезни Альцгеймера, лёгком когнитивном нарушении и у пожилых лиц контрольной группы. Сам предмет исследования позволяет проследить, как изменяется роль информанта, когда оцениваются одновременно субъективная сторона качества жизни и наблюдаемые ограничения. Сообщение близкого о снижении самостоятельности может дополнять самоотчёт о переживаемом благополучии. Для выбора основания имеет значение, попросили ли информанта обозначить собственную оценку качества жизни пациента или предположить, что ответил бы сам пациент. При разных инструкциях один человек фактически отвечает на два вопроса, и сравнение без учёта инструкции неоднозначно (Ready et al., 2004).

В клиническом резюме полезно сохранить обе стороны при совместимости. Формулировки «говорит, что прогулка доставляет радость» и «по словам дочери, самостоятельно на прогулку выходит редко» допускают оба наблюдения в одной записи. Утверждение о прекрас-

ном общем качестве жизни за последнее время шире самоотчёта об одном эпизоде. Утверждение о полной утрате интереса шире наблюдения о частоте выхода. По вопросу о поддержке повседневной деятельности существенным может стать распорядок, маршрут и время, когда человек обычно принимает предложение выйти. По вопросу о переживаемом качестве жизни важны субъективная оценка удовольствия и условия, при которых её удалось получить.

Перенос этих наблюдений в исследование расхождений при первом психозе имеет методологический характер. Заместитель может описывать другой аспект феномена, даже отвечая на вопрос, внешне похожий на вопрос пациенту. Частоту и направление расхождений при когнитивных нарушениях нельзя заимствовать как ожидаемый результат при психотической симптоматике. Для междиагностического сравнения потребуются одинаковые определения феномена, параллельные инструкции и раздельный учёт возможностей участия в беседе. На уровне клинической практики достаточно заранее поставить вопрос: чего именно ждут от внешнего наблюдателя и какую часть ответа может дать только сам человек.

Матрица признаков и методов

Логика многопризнаковой многометодной матрицы Campbell и Fiske помогает превратить внимание к нескольким источникам в проверяемый дизайн. Если один метод одинаково повышает оценки по многим компонентам, совпадение показателей может отражать свойства процедуры или общий стиль ответа. Если два метода сходятся только в одной области, следует проверить совпадение содержания вопросов именно в этой области. Для клинического исследования матрицу можно построить вокруг признаков, которые доступны нескольким каналам в сопоставимых условиях. В качестве одного признака берётся число прерываний заданной деятельности за ограниченный период. Другой — самооценка напряжения за тот же период. Исходные критерии понадобятся, чтобы избежать ошибочного вывода о согласии показателей разной природы, коррелирующих из-за общей ситуации (Campbell, Fiske, 1959).

Клиническое применение этой логики требует учёта производности. Два специалиста могут использовать одну и ту же выписку для кодирования ретроспективного состояния. Их совпадение характеризует согласие при чтении документа. Независимое свидетельство о состоянии из такой процедуры не возникает. Близкий может заполнить опросник после обсуждения его с пациентом. В такой паре методические формы различаются, а содержание имеет общий источник. Поэтому дизайн оценки конвергенции должен задавать и методы, и правила фиксации зависимости информационных каналов.

При построении психкода эта задача выражается в двух требованиях. Во-первых, каждый признак связан с определённым типом документации и основанием оценки. Во-вторых, для сопоставимых шкальных результатов сохраняется версия инструмента, применённая инструкция и временной интервал. Это позволяет ответить, почему один балл изменился после перехода к другому способу сбора данных. Для психпаспорта имеет смысл зафиксировать новую методику как изменение условий наблюдения. При стабильном протоколе и доступе можно анализировать динамику, но даже в этом случае следует раздельно рассматривать изменение клинического состояния и изменение способа ответа.

Глава 12. Время, ситуация и сопоставимость измерений

Вопрос задаёт период и способ обобщения

Ретроспективный ответ строится из припомненных событий и общего суждения о периоде. Фраза «во вторник было тревожно» допускает разные критерии. Человек мог иметь в виду один тяжёлый приступ, частые краткие эпизоды или непрерывное умеренное напряжение. Оценка дня по максимальной выраженности, средней интенсивности и времени, проведённому с симптомом, даст три значения. Каждое может быть корректным в рамках своей инструкции. В исследовании расхождений следует заранее выделить способ обобщения как часть утверждения. Если он неизвестен, обобщённое воспоминание записывается без скрытого перевода в среднее или максимальное значение.

Schwarz показал, как формулировка вопроса, порядок предъявления, категории ответов и контекст анкеты влияют на самоотчёт. Для клинического применения полезна проверка того, какие события человек включает в заданное окно и какое значение приписывает крайним категориям. При вопросе «как часто это случается?» собеседник иногда воспринимает перечисленные варианты как подсказку о том, что специалист считает обычным. Если в одной форме «постоянно» стоит рядом с «несколько раз в день», а во второй между ними есть дополнительные категории, одинаковый ответ может обозначать различные частоты. При переводе ответа в психкод следует сохранять исходный вариант шкалы. Нормализованная формулировка, связанная с ним, обратима только при известной шкале и инструкции (Schwarz, 1999).

Подобный эффект возникает при значительном изменении контекста беседы. В стационаре вопрос о том, справляется ли человек со своими обычными обязанностями, может отсылать к периоду до поступления или к распорядку отделения. При повторном приёме тот же вопрос будет восприниматься в связи с уже обсуждённой целью. Клиническая запись «состояние изменилось» требует указать основание, по которому новый ответ сопоставим с прежним. Если изменилось только то, о какой части жизни спросили, обновление касается рамки оценки.

Измерение опыта в повседневной среде

Экологическая моментальная оценка предполагает повторную регистрацию опыта или поведения близко ко времени события и в обычной для человека обстановке. Опрос может запускаться по сигналу расписания, случайному сигналу, событию или инициативе участника. В зависимости от дизайна он отвечает на разные вопросы. При случайных сигналах можно исследовать распределение переживания в охваченном времени, если доступность ответа достаточно хорошо описана. При регистрации по событию можно разбирать признаки конкретного эпизода. Инициативные записи отражают те встречи с феноменом, которые участник счёл нужным зарегистрировать. Сопоставление таких выборок требует учёта способа запуска, иначе различие дизайна будет ошибочно истолковано как различие пациентов (Shiffman et al., 2008; Myin-Germeys et al., 2018).

Преимущество обследования в обычной среде состоит в возможности приблизить измерение к контексту появления переживания. Оно одновременно даёт меньше контроля над тем, что произошло непосредственно перед ответом или помешало ответить. Если максимальное напряжение возникает в общественном транспорте, а человек читает уведомления позднее дома, известная отметка времени внесения будет относиться к ответу дома. Дату и время события надо спросить дополнительно. Аналитическую ценность имеет и ответ с опозданием, если

задержка и формулировка окна сохранены. Включение такой записи в ряд моментальных измерений без маркировки создаёт ложную точность.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.