Русскоязычная версия опросников PHQ-2 и 9: чувствительность и специфичность при выявлении депрессии у пациентов общемедицинской амбулаторной практики

Погосова Н. В. [1], Довженко Т. В.[2], Бабин А. Г.[1], Курсаков А. А.[1], Выгодин В. А.[1]
[1]ФГБУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России; [2] ФГБУ Московский НИИ психиатрии Минздрава России. Москва, Россия

Цель. Произвести адаптацию и изучение психометрических свойств русской версии опросников PHQ-2 и PHQ-9, которые широко используются во многих странах мира для выявления депрессии в общемедицинской практике.
Материал и методы. Опросники были переведены на русский язык и адаптированы с учетом лингвистических особенностей популяции. Исследование выполнено на выборке из 193 пациентов (130 женщин и 63 мужчины, средний возраст 34,6±11,4 года), обратившихся на прием к врачам терапевтических специальностей поликлинического отделения ГНИЦ профилактической медицины. Пациенты заполняли опросники PHQ-2 и PHQ-9 в присутствии клинического психолога, а затем были консультированы врачом-психиатром на предмет депрессии (по критериям МКБ-10).
Результаты. Оптимальными соотношениями показателей чувствительности и специфичности для опросника PHQ-2 обладает отрезная точка 3 балла (66,2% и 87,4%, соответственно); для опросника PHQ-9 – 10 баллов (68,9% и 93,3%, соответственно).
Заключение. В результате исследования установлено, что показатели чувствительности, специфичности и прогностической ценности положительного результата русской версии опросников удовлетворительные и сопоставимы с данными аналогичных зарубежных работ. В статье обсуждаются принципы применения метода для скрининга на предмет депрессии в общемедицинской практике.
Ключевые слова: депрессия, скрининг, опросники PHQ-2, PHQ-9, общемедицинская практика, первичное звено здравоохранения.

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2014; 13 (3): 18–24
Поступила 22/04–2013
Принята к публикации 11/04–2014

Russian version of PHQ-2 and 9 questionnaires: sensitivity and specificity in detection of depression in outpatient general medical practice

Pogosova N. V., Dovzhenko T. V., Babin A. G., Kursakov A. A., Vygodin V. A.
FSBI State Scientific Research Centre for Preventive Medicine of the Ministry of Health; FSBI Moscow Scientific Research Institute for Psychiatry of the Ministry of Health. Moscow, Russia

Aim. Current study aimed to adapt and evaluate the psychometric properties of Russian versions of Patient Health Questionnaires 2 and 9 (PHQ-2 and PHQ-9) used for detection of depression in general medical practice worldwide.
Material and methods. Questionnaires were translated into Russian and adapted with regard to linguistic features of population. A study was performed on a sample of 193 patients (130 female, 63 male, mean age 34,6±11,4), who attended general practitioners in outpatient practice department of NRC for Preventive Medicine. Patients filled in PHQ-2 and –9 questionnaires in presence of clinical psychologist and then assessed for depression by a psychiatrist (using ICD-10 criteria).
Results. The optimal measures of sensitivity and specificity corresponded to cut-off scores of 3 for PHQ-2 (66,2% and 87,4% respectively) and 10 for PHQ-9 (68,9% and 93,3% respectively). Russian questionnaires were found to success in sensitivity, specificity and their positive predictive values are comparable to similar research data reported in literature. Article discusses the principles of implementation of the studied scales for depression screening in general medical practice.
Key words: depression, screening, PHQ-2, PHQ-9, general medical practice, primary care.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2014; 13 (3): 18–24

BDI — Beck Depression Inventory — Шкала депрессии Бека, CES-D — Centre for Epidemiological Studies Depression Scale — Шкала депрессии центра эпидемиологических исследований, DSM–IV — Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders IV revision — Руководство по диагностике и статистике психических расстройств IV пересмотра, HADS — Hospital Anxiety and Depression Scale — Госпитальная шкала тревоги и депрессии (ГШТД), NPV — Negative predictive value — прогностическая ценность отрицательного результата, PHQ-2, PHQ-9 — Patient Health Questionnaire 2, 9 — Опросник здоровья пациента из 2 и 9 вопросов, ИМ — инфаркт миокарда, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
Тел.: 8 (499) 553–69–32; моб.: 8 (926) 581–40–52
e-mail: alexander.kursakov@gmail.com

[Погосова Н. В.— д.м.н., профессор, руководитель отдела вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний и Федерального центра здоровья, Довженко Т. В.— д.м.н., профессор, главный научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии, Бабин А. Г.— врач-психиатр, психотерапевт, научный сотрудник лаборатории профилактики психосоциальных факторов риска, руководитель ООО "Центр психотерапии и психологического сопровождения доктора Бабина", Курсаков А. А.* — врач-психиатр, психотерапевт, м.н.с. лаборатории профилактики психосоциальных факторов риска, Выгодин В. А.— с.н.с. лаборатории биостатистики].

Диагностика депрессии у пациентов общемедицинской амбулаторной практики является одной из наиболее актуальных проблем медицины. Актуальность ее определяется с одной стороны широкой распространенностью депрессивных состояний, с другой — появлением все больших объемов данных, свидетельствующих о тесном взаимовлиянии депрессивных состояний и соматических, в первую очередь, сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [1, 2].

По данным литературы распространенность депрессивных состояний и расстройств тревожно-депрессивного спектра среди пациентов общемедицинской сети здравоохранения высока как за рубежом [3, 4], так и в России [1, 2, 5, 6], и колеблется она по разным оценкам от 7,8% до 46%. У некоторых контингентов соматических больных частота депрессивных состояний особенно высока. По данным исследований депрессивные состояния разной степени выраженности возникают после инфаркта миокарда (ИМ) в 15–65% случаев [7, 8], у онкологических больных в 8–57% случаев (в зависимости от локализации рака) [9] и у пациентов, перенесших мозговые инсульты, в 5–54% случаев [10]. Кроме того, популяционные исследования показали чрезвычайно высокую распространенность депрессии среди пациентов с хроническим болевым синдромом во всем мире [11].

Еще 40 лет назад Watts C. [12] описал актуальное и по сей день понятие “феномен айсберга”, согласно которому доля пациентов с депрессивными состояниями, попадающих в поле зрения терапевтов и врачей общей практики, значительно превышает долю пациентов с депрессиями, обращающихся к психиатрам.

По некоторым данным тяжесть депрессивных состояний в общемедицинской практике может быть сопоставима с таковой в учреждениях психиатрической службы, что отражается и на уровне суицидального риска [13]. Однако в общемедицинской практике чаще всего встречаются субсиндромальные формы депрессивных расстройств [14]. В значительном числе исследований убедительно продемонстрировано негативное влияние даже мало выраженной депрессивной симптоматики на клиническое течение соматических заболеваний и их прогноз [1, 2, 5–7, 15]. Этот эффект включает в себя как прямое патогенетическое воздействие депрессии на течение, в частности ССЗ, так и опосредованное влияние депрессии — через снижение приверженности пациентов лечебным и реабилитационным мероприятиям [16, 17]. При наличии депрессии нарушается коммуникация между врачом и пациентом. Депрессия может усугубить аутодеструктивные поведенческие тенденции больных, что отрицательно сказывается на течении соматической патологии.

Сочетание депрессий и соматических заболеваний, с одной стороны, усложняет диагностику, лечение и медицинское обслуживание больных, с другой, негативно влияет на проявления и даже исход как психического, так и соматического заболевания [17, 18].

Клинически выраженные депрессивные состояния и другие расстройства аффективного спектра утяжеляют течение соматических, в т.ч. ССЗ, усложняют и делают нетипичной клиническую картину болезни, снижают эффективность соматотропной терапии, увеличивают риск осложнений лекарственной терапии, частоту рецидивов и хронификации [2, 18, 19].

Коморбидная депрессивная патология увеличивает риск смерти при ИМ, мозговых инсультах, онкологических заболеваниях. У больных депрессией повышен риск смерти вследствие аварий и патологии органов дыхания [20].

Депрессивные расстройства снижают качество жизни и уровень социального функционирования больных соматической патологией, затрудняют адаптацию пациентов в семье. Расстройства аффективного спектра оказывают негативное влияние на репродуктивные возможности пациентов, структуру семейных отношений, воспитание детей.

По данным Всемирной организации здравоохранения расстройства депрессивного спектра являются одной из наиболее важных в социально-экономическом отношении групп заболеваний. Несвоевременное выявление сопутствующего соматическому заболеванию тревожного или депрессивного расстройства, неадекватная терапия или ее отсутствие часто приводят пациентов к инвалидизации, и являются тяжелым бременем для семьи пациентов и общества в целом. Показано, что лечение депрессивных состояний рентабельно [21]. Несмотря на это своевременное выявление депрессивных состояний и оказание адекватной помощи пациентам остаются на очень низком уровне [22, 23]. Это определяет необходимость совершенствования диагностических подходов, в т.ч. скрининговых методов для выявления депрессивных состояний. Для этих целей разработано множество психометрических шкал-самоопросников, в частности САВРАС (**С**крининговая **А**нкета для **В**ыявления **Р**асстройств **А**ффективного **С**пектра) [24]. Этот опросник применялся для скрининга расстройств тревожно-депрессивного спектра в исследовании, проводившемся сотрудниками Московского НИИ психиатрии в поликлиниках нескольких российских городов [25].

Среди зарубежных методик, переведенных на русский язык и адаптированных для русскоговорящей популяции, можно выделить ГШТД — HADS (госпитальную шкалу тревоги и депрессии), BDI (шкалу депрессии Бека), CES-D (шкалу депрессии

центра эпидемиологических исследований) [26]. Эти психометрические инструменты успели хорошо зарекомендовать себя в отечественной исследовательской практике. Шкала CES-D успешно применялась в крупном российском многоцентровом клинико-эпидемиологическом исследовании КОМПАС (**К**лини**к**о-эпидемиологическая програ**М**ма изучения де**П**рессии в практике вр**А**чей обще**С**оматического профиля), в котором на большой выборке (n>10 500) пациентов была установлена высокая распространенность расстройств депрессивного спектра среди пациентов, наблюдаемых терапевтами, кардиологами и неврологами по всей территории РФ [6].

Несмотря на то, что в настоящее время в распоряжении врачей имеется целый ряд валидных скрининговых опросников, поиск оптимальных психодиагностических инструментов продолжается. "Идеальная" шкала должна быть самоопросником, обладающим такими характеристиками как краткость, простота подсчета баллов и многофункциональность [27]. Под многофункциональностью понимается возможность использования шкалы не только для скрининга, но также для оценки тяжести депрессивной симптоматики, постановки предварительного диагноза и регистрации изменения тяжести состояния при повторном обследовании.

Всеми перечисленными преимуществами обладает опросник PHQ (Patient Health Questionnaire — Опросник здоровья пациента) [28]. Этот опросник заполняется самим пациентом, существует в вариантах из двух и девяти пунктов (PHQ-2 и PHQ-9). Опросник очень компактный, его заполнение требует минимальных временных затрат. Он позволяет не только проводить скрининг на предмет выявления депрессии; по сумме его баллов можно также судить о тяжести депрессивного состояния. Этими обстоятельствами обусловлена широкая популярность опросника, хотя создан он был относительно недавно, в начале 2000-х [29, 30]. В настоящее время опросник переведен более чем на 80 языков и успешно используется в научных исследованиях и клинической практике врачами многих стран мира, особенно широко им пользуются в США. До настоящего времени опросники PHQ-2 и PHQ-9 не были адаптированы в РФ, и, соответственно, не применялись. В данном исследовании впервые в России была проведена адаптация и валидизация опросников PHQ-2 и PHQ-9, предназначенных для раннего выявления депрессии у пациентов общемедицинской амбулаторной сети.

Материал и методы

Выборка. Работа проводилась на базе поликлинического отделения ФГБУ ГНИЦ профилактической медицины МЗ России. В исследование включались пациенты, самостоятельно обратившиеся за медицинской помощью к врачам терапевтических специальностей.

Опросники PHQ-2 и PHQ-9 заполнялись пациентами самостоятельно в присутствии клинического психолога согласно стандартным процедурам. Все пациенты были проконсультированы врачом-психиатром с целью выявления депрессивной симптоматики. Диагностика и оценка степени тяжести депрессии производили на основании критериев МКБ-10 (Международная классификация болезней 10 пересмотра) [31]. Врач-психиатр не был осведомлен о результатах тестирования пациентов с помощью опросников PHQ-2 и PHQ-9.

Описание метода. Опросники были переведены на русский язык и адаптированы с учетом лингвистических особенностей популяции.

Пункты опросников соответствуют симптомам депрессии согласно критериям американской классификации психических расстройств DSM–IV [32]. PHQ-2 ориентирован на выявление двух основных симптомов депрессии, а PHQ-9 содержит вопросы о дополнительных (нейровегетативных, когнитивных, психомоторных) симптомах депрессии. Каждое из представленных в опросниках утверждений может быть оценено испытуемым в диапазоне от 0 ("ни разу") до 3 баллов ("почти каждый день). Таким образом, максимальный суммарный балл по PHQ-2 составляет 6, а по PHQ-9–27 баллов.

Учетные бланки русскоязычных версий PHQ приведены в приложении к этой статье.

Статистические процедуры. В процессе анализа результатов рассчитывались чувствительность и специфичность опросников PHQ-2 и 9, прогностическая ценность положительного результата, а также вероятность ложнонегативного результата. Прогностическая ценность положительного результата — параметр, определяющий процент обследованных, которые, получив положительный результат при скрининге, действительно будут иметь депрессию. Все указанные параметры изучались при разных отрезных точках (пороговых баллах) с целью определения оптимальных для целей скрининга значений. Расчеты производились с использованием статистического калькулятора, размещенного на сайте Торонтского университета (http://ktclearinghouse.ca/cebm/practise/ca/calculators/statscalc).

Кроме того, был проведен анализ, направленный на оценку зависимости показателей валидности опросников от пола и возраста. Для этого выборка подвергалась разделению на группы по полу и по возрасту (например, <30 лет и >, затем <40 лет и > и т.д.), после чего полученные группы сопоставлялись методами сравнительной статистики.

Результаты

Всего было обследовано 193 человека в возрасте 20–70 лет. Среди них было 130 (67,4%) женщин и 63 (32,6%) мужчины. Средний возраст составил 34,6±11,4 года.

Депрессия по данным психиатрического интервью была выявлена у 74 (38,3%) из 193 пациентов. Из них у 55 (74,3%) пациентов тяжесть депрессии была квалифицирована как легкая, у 17 (23%) — средняя и лишь у 2 (2,7%) — тяжелая.

Усредненный показатель PHQ-2 по выборке составил 2,4±1,8 балла. Среднее значение PHQ-9 8,2±5,5 балла. Значимых различий этих показателей

между группами мужчин и женщин установлено не было.

В таблице 1 приведены психометрические характеристики шкалы PHQ-2 в сравнении с диагностическим заключением врача-психиатра. По мере увеличения суммарного балла чувствительность опросника падает, а специфичность, прогностическая ценность положительного результата и вероятность ложнонегативного результата возрастают.

Согласно приведенным данным в качестве диагностического порога при скрининге на предмет депрессии могут быть использованы отрезные точки ≥2 и ≥3 баллов. Оптимальным соотношением чувствительности и специфичности обладает отрезная точка 3 балла. Вместе с тем, при ее использовании шкала оказалась способной выявить лишь 49 (66,2%) из 74 случаев депрессии. При отрезной точке равной 2 баллам чувствительность шкалы является существенно более высокой (93,2%), однако резко возрастает число ложноположительных результатов (~50%). При сумме баллов равной 4, 5 или 6, вероятность наличия у пациента клинически выраженной депрессии очень велика и составляет 88,9%, 93,5% и 97,2%, соответственно.

В таблице 2 приведены характеристики шкалы PHQ-9 для отрезных точек 5, 10, 15 и 20 баллов. Выбор этих точек для анализа продиктован границами между различными степенями тяжести депрессии, предложенными авторами методики [28]. Согласно их данным, сумма баллов от 5 до 9 свидетельствует о легкой депрессии, от 10 до 14 — об умеренной, от 15 до 19 — об умеренно тяжелой, а от ≥20 баллов — о тяжелой депрессии.

При использовании отрезной точки 5 баллов опросник PHQ-9 обладает высокой чувствительностью, но низкой специфичностью. Оптимальным соотношением параметров валидности обладает точка 10 баллов. Ее отличает высокая прогностическая ценность положительного результата при умеренной чувствительности.

При точке 15 баллов опросник оказался способным выявить лишь 33,8% депрессий, зато показатели специфичности и прогностической ценности положительного результата были близки к 100%. Иными словами, если пациент набрал ≥15 баллов по PHQ-9, это с высокой точностью предопределяет наличие депрессии при последующей психиатрической диагностике.

Таким образом, для целей скрининга могут быть выделены 2 отрезные точки — 5 и 10 баллов. Как и в случае с PHQ-2, они имеют разные соотношения чувствительности и специфичности. Предпочтение той или иной точке может отдаваться в зависимости от условий и задач скрининга.

Согласно данным проведенного статистического анализа, пол и возраст не оказывали существенного влияния на результаты обследования.

Обсуждение

Полученные в результате настоящего исследования показатели чувствительности и специфичности русскоязычных версий опросников PHQ-2 и PHQ-9 являются удовлетворительными и сопоставимы с данными аналогичных исследований [30, 33]. В крупном исследовании на популяции пациентов первичного звена здравоохранения при отрезной точке 3 балла PHQ-2 имел чувствительность и специфичность — 61% и 92%, соответственно, при прогностической ценности положительного результата равной 34% [30]. В другом исследовании, проведенном на контингенте молодых матерей, эти показатели при данной отрезной точке составили 44% и 97% [34]. Для отрезной точки 2 балла чувствительность колебалась от 78% до 86%, а специфичность от 78% до 87% [30].

Для PHQ-9 аналогичные данные также отличаются большим разбросом значений в зависимости от особенностей контингентов, в которых проводились исследования, и метода диагностики, использовавшегося в качестве “золотого стандарта”. При отрезной точке 10 баллов чувствительность опросника колеблется от 20% до 74%, а специфичность составляет порядка 90% [30, 35].

Отличия показателей, полученных для некоторых отрезных точек, от аналогичных литературных данных может отчасти объясняться преобладанием в исследованной выборке депрессий легкой степени тяжести. Эти состояния, как известно, являются наиболее трудными для диагностики в условиях общемедицинских учреждений. Другой особенностью проведенного исследования было использование в качестве “золотого стандарта” диагностики клинической оценки врача-психиатра. В некоторых работах для этих целей нередко применяют структурированные диагностические интервью типа CIDI (**C**omposite **I**nternational **D**iagnostic **I**nterview) или DIS (**D**iagnostic **I**nterview **S**chedule).

Подсчет баллов, изначально предложенный авторами метода, предполагал возможность установления диагноза депрессии по PHQ-9. Для этого испытуемый должен был набрать как минимум 2 балла по одному из 2-х основных симптомов депрессии, а также не менее 2 баллов по пяти из 7 дополнительных симптомов [28]. В дальнейшем было показано, что использование более простой системы подсчета, а именно простого сложения баллов, не менее эффективно при выявлении депрессии [30]. Это было подтверждено в настоящей работе.

Адаптированные в данном исследовании русскоязычные варианты опросников PHQ-2 и PHQ-9 отличаются высокими показателями прогностической ценности положительного результата, что делает их ценным инструментом, упрощающим выявление и диагностику депрессии.

Таблица 1

Валидность и прогностическая ценность результатов PHQ-2 в сравнении с диагностическим заключением врача-психиатра

Пороговые баллы (отрезные точки) PHQ-2	Чувствительность, %	Специфичность, %	Прогностическая ценность положительного результата, %	Вероятность ложнонегативного результата (1-NPV), %
≥1	100 (74/74)	21,1 (25/119)	44,1	0,4
≥2	93,2 (69/74)	47,1 (56/119)	52,3	8,2
≥3	66,2 (49/74)	87,4 (104/119)	76,6	19,4
≥4	47,1 (40/74)	95,8 (114/119)	88,9	28,3
≥5	39,2 (29/74)	98,3 (117/119)	93,5	27,8
=6	27,3 (20/74)	99,5 (119/119)	97,2	31,3

Примечание: NPV — Negative predictive value — прогностическая ценность отрицательного результата.

Таблица 2

Валидность и прогностическая ценность результатов PHQ-9 в сравнении с диагностическим заключением врача-психиатра

Пороговые баллы (отрезные точки) PHQ-9	Чувствительность, %	Специфичность, %	Прогностическая ценность положительного результата, %	Вероятность ложнонегативного результата (1-NPV), %
≥5	97,3 (72/74)	40,3 (48/119)	50,3	4
≥10	68,9 (51/74)	93,3 (111/119)	86,4	17,2
≥15	33,8 (25/74)	100 (119/119)	99,6	29,2
≥20	10,9 (8/74)	100 (119/119)	98,8	35,8

Примечание: NPV — Negative predictive value — прогностическая ценность отрицательного результата.

Алгоритм диагностики депрессии с помощью опросников PHQ-2 и PHQ-9

Принимая во внимание результаты настоящего исследования, применение опросников PHQ-2 и PHQ-9 для скрининга на предмет депрессии рекомендуется проводить по следующему алгоритму.

В целях рутинного скрининга депрессии в общемедицинской практике целесообразно предлагать каждому пациенту заполнить опросник PHQ-2 (короткий вариант). Это позволяет при минимальных временных затратах выделить пациентов с высокой вероятностью наличия депрессии среди тех, у кого ее наверняка нет. Как было показано выше, отрезная точка в 3 балла обладает оптимальным соотношением чувствительности и специфичности, но при ее использовании порядка 34% депрессий остаются не диагностированными. В этой связи предпочтительно использовать отрезную точку 2 балла. При таком подходе почти половина пациентов, выделенных в результате скрининга, при углубленной оценке не будут иметь депрессии, однако лишь 8% истинно депрессивных пациентов окажутся пропущенными врачом. Таким образом, если пациент набирает 2 или 3 балла по PHQ-2, целесообразно предложить ему заполнить опросник PHQ-9, т.е. ответить еще на 7 вопросов, с целью уточнения результата скрининга. Если же пациент набирает ≥4 баллов по PHQ-2, рекомендуется считать скрининг положительным и перейти к углубленному обследованию пациента на предмет депрессии и оказания соответствующей помощи.

При анализе результатов PHQ-9 также необходимо ориентироваться на две отрезные точки — 5 и 10 баллов. Если пациент набирает от 5 до 9 баллов, к нему стоит отнестись с большим вниманием, поскольку в половине случаев при расспросе у такого пациента будет выявлена, по меньшей мере, легкая депрессия. При сумме баллов ≥10 результат скрининга можно считать положительным. Если пациент набирает ≥15 баллов, то вероятность наличия депрессивного состояния у него приближается к 100%.

Описанный алгоритм скрининга с помощью опросников PHQ-2 и PHQ-9 обеспечит выявление практически всех случаев депрессии, хотя и не позволит избежать ложноположительных результатов. В зависимости от существующих в учреждении правил и диагностических навыков врача, при положительном скрининге следует перейти к самостоятельной клинической диагностике депрессии, либо направить пациента к специалисту в области психического здоровья.

Особое внимание при рутинном скрининге необходимо уделять пациентам с перенесенными осложнениями ССЗ (ИМ, мозговой инсульт), онкологическими заболеваниями, хроническим болевым синдромом, пережитыми в течение года мощными стрессами, а также пациентам с необъяснимыми соматическими жалобами и высокой частотой обращения за медицинской помощью [27]. Важно отметить, что результаты тестирования с помощью опросников не служат основанием для установления клинического диагноза депрессии. Скрининг является первым этапом. Оказание эффективной помощи данной категории пациентов требует проведения клинической диагностики и всего необходимого комплекса лечебных мероприятий [36].

Опросник по состоянию здоровья (PHQ-9)

ФИО_____Возраст_____

	Как часто Вас беспокоили следующие проблемы *за последние 2 недели?*	Ни разу	Несколько дней	Более половины времени	Почти каждый день
1	У Вас был снижен интерес или удовольствие от выполнения ежедневных дел	0	1	2	3
2	У Вас было плохое настроение, Вы были подавлены или испытывали чувство безысходности	0	1	2	3
3	Вам было трудно заснуть или у Вас прерывистый сон, или Вы слишком много спали	0	1	2	3
4	Вы были утомлены или у Вас было мало сил	0	1	2	3
5	У вас плохой аппетит или Вы переедали	0	1	2	3
6	Вы плохо о себе думали: считали себя неудачником (неудачницей) или были разочарованы, или считали, что подвели семью	0	1	2	3
7	Вам было трудно сосредоточиться на каждодневных делах таких как, чтение газет или просмотр передач	0	1	2	3
8	Вы двигались или говорили так медленно, что другие это отмечали, или наоборот, Вы были настолько суетливы или беспокойны, что двигались гораздо больше обычного	0	1	2	3
9	Вас посещали мысли о том, что Вам лучше было бы умереть, или о том, чтобы причинить себе какой-либо вред	0	1	2	3
10	Если у Вас были какие-нибудь из вышеперечисленных проблем, то оцените, насколько сложно Вам было работать, заниматься домашними делами или общаться из-за этих проблем	Совсем не сложно	Достаточно сложно	Очень сложно	Чрезвычайно сложно
Суммируйте:					
Итого:					

Литература

1. Pogosova GV. Depression — a novel risk factor of ischemic heart disease and predictor of coronary death. Kardiologiia 2002; 42 (4): 86–90. Russian (Погосова Г. В. Депрессия — новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти. Кардиология 2002; 42 (4): 86–90).
2. Smulevich AB, Syrkin AL, Drobizhev MJu, Ivanov SV. Psychocardiology. M. 2005; 778 p. Russian (Смулевич А. Б., Сыркин А. Л., Дробижев М. Ю., Иванов С. В. Психокардиология. М. 2005; 778 с).
3. L we B, Spitzer RL, Williams JB, Mussell M, Schellberg D, Kroenke K. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. Gen Hosp Psychiatry 2008; 30 (3): 191–9.
4. Berardi D, Leggieri G, Ceroni GB, Rucci P, Pezzoli A, Paltrinieri E, Grazian N, Ferrari G. Depression in primary care. A nationwide epidemiological survey. Fam Pract 2002; 19 (4): 397–400.
5. Oganov RG, Pogosova GV, Shal'nova SA, et al. Depressive disorders in general medical practice in KOMPAS study: outlook of a cardiologist. Kardiologiia 2005; 45 (8):38–44. Russian (Оганов Р. Г., Погосова Г. В., Шальнова С. А. и др. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога. Кардиология 2005; 45 (8): 38–44).
6. Chazov EI, Oganov RG, Pogosova GV, et al. Clinico-epidemiological program of the study of depression in cardiological practice in patients with arterial hypertension and ischemic heart disease (COORDINATA). Kardiologiia 2007; 47 (3): 28–37. Russian (Чазов Е. И., Оганов Р. Г., Погосова Г. В. и др. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования. Кардиология 2007; 47 (3): 28–37).
7. Lesperance F, Frasure-Smith N. Depression in patients with cardiac disease: a practical review. J Psychosom Res 2000;48:379–91.
8. Bush DE, Ziegelstein RC, Patel UV, et al. Post-myocardial infarction depression. Evid Rep Technol Assess (Summ) 2005; 1–8.
9. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. J Natl Cancer Inst Monogr 2004; 32:57-71.
10. Kouwenhoven SE, Kirkevold M, Engedal K, Kim HS. Depression in acute stroke: prevalence, dominant symptoms and associated factors. A systematic literature review. Disabil Rehabil 2011; 33 (7): 539–56.
11. Gureje O, Von Korff M, Kola L, et al. The relation between multiple pains and mental disorders: results from the World Mental Health Surveys. Pain 2007; 135: 82–91.
12. Watts CAH. Depressive disorder in the community. Bristol: John Wright and Sons; 1966.
13. Gaynes BN, Rush AJ, Trivedi MH, et al. Major depression symptoms in primary care and psychiatric care settings: a cross-sectional analysis. Ann Fam Med 2007; 5 (2): 126–34.
14. Rucci P, Gherardi S, Tansella M, et al. Subthreshold psychiatric disorders in primary care: prevalence and associated characteristics. J Affect Disord 2003; 76 (1–3): 171–81.
15. Beck CA, Joseph L, Belisle P, et al. QOLAMI Investigators (Quality of life in acute myocardial infarction) Predictors of quality of life 6 months and 1 year after acute myocardial infarction. Am Heart J 2001; 142: 271–9.
16. Lane D, Carroll D, Ring C, et al. Predictors of attendance at cardiac rehabilitation after myocardial infarction. J Psychosom Res 2001; 51: 497–501.
17. Pogosova GV. Depression a risk factor for coronary heart disease and a predictor of coronary death: 10 years of scientific research. Kardiologiia 2012; 52 (12): 4–11. Russian (Погосова Г. В. Депрессия — фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти: 10 лет научного поиска. Кардиология 2012; 52 (12): 4–11).
18. Krasnov VN, Bobrov AE, Dovzhenko TV, et al. Analytical report on prevalence and proportion of main no-psychotic psychiatric disorders in population of primary medical care patients. Moscow 2007. Russian (Краснов В. Н., Бобров А. Е., Довженко Т. В. и др. Аналитический отчет о распространенности и удельном весе основных форм непсихотических психических расстройств в популяции больных, обращающихся в учреждения первичной медицинской сети. Москва 2007).
19. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM–IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 617–27.
20. Januzzi JL Jr, Stern TA, Pasternak RC, et al. The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery disease. Arch Intern Med 2000; 160: 192–8.
21. Chisholm D, on behalf of WHO-CHOICE. Choosing cost-effective interventions in psychiatry: results from the CHOICE programme of the World Health Organization. World Psychiatry 2005: 4 (1): 37–44.
22. Antidepressant medications and other treatment of depressive disorders: a CINP Task Force report based on review of evidence. Sartorius N, Bagaj T, Barret B, et al. Moscow 2008; 215 p. Russian (Терапия антидепрессантами и другие методы лечения депрессивных расстройств. Доклад Рабочей группы CINP на основе обзора доказательных данных. Сарториус Н., Багай Т., Баррет Б. и др. Москва 2008; 215 с).

23. Hanel G, Henningsen P, Herzog W, et al. Depression, anxiety, and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. J Psychosom Res 2009; 67 (3): 189–97.
24. Organizational model of care in depressive individuals of territorial policlinic. Methodical guidelines. Edited by Krasnov V N. M., 2000. Russian (Организационная модель помощи лицам, страдающим депрессией в условиях территориальной поликлиники. Методические рекомендации. Под ред. В. Н. Краснова. М., 2000).
25. Krasnov VN, Dovzhenko TV, Bobrov AE, et al. Revision of methods of early recognition of psychiatric disorders (based on cooperation with specialists of primary health care): methodical guidelines. Moscow 2011; 136 p. Russian (Краснов В. Н., Довженко Т. В., Бобров А. Е. и др. (Совершенствование методов ранней диагностики психических расстройств (на основе взаимодействия со специалистами первичного звена здравоохранения): методические рекомендации. Москва 2011; 136 с).
26. Andriushchenko AV, Drobizhev MYu, Dobrovol'skij AV. Comparative assessment of CES-D, BDI and HADS (d) scale in diagnosis of depression in general medical practice. Zh Nevrol Psikhiatr Im S. S. Korsakova 2003; 103 (5): 11–8. Russian (Андрющенко А. В., Дробижев М. Ю., Добровольский А. В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS (d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова 2003; 103 (5): 11–8).
27. Kroenke K. Enhancing the clinical utility of depression screening. CMAJ 2012; 184 (3): 281–2.
28. Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. Psychiatric Annals 2002; 32 (9): 509–15.
29. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med 2001; 16 (9): 606–13.
30. Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S, et al. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. Ann Fam Med 2010; 8 (4): 348–53.
31. WHO. ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1992.
32. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association 2000.
33. Manea L, Gilbody S, McMillan D. Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. CMAJ 2012; 184 (3): E191–6.
34. Cutler CB, Legano LA, Dreyer BP, et al. Screening for maternal depression in a low education population using a two item questionnaire. Arch Womens Ment Health 2007; 10 (6): 277–83.
35. McManus D, Pipkin SS, Whooley MA. Screening for depression in patients with coronary heart disease (data from the Heart and Soul Study). Am J Cardiol 2005; 96 (8): 1076–81.
36. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, et al. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. Arch Intern Med 2006; 166: 2314–21.