

Depressive disorders with a predominance of apathic-adyynamic or anxiety-phobic syndroms: correlation of clinical signs and search activity

Алевтина Лисюк

НУОЗ України імені П.Л.Шупика

SUMMARY

Topicality. In today's world, depressive disorders (DD) are one of the most common mental disorders. DD causes disturbances in various areas of human mental activity, significantly affecting the quality of life, as well as impairing the ability to understand and properly assess the future. The need to develop new strategies for diagnosis and therapy. In addition to the main groups of symptoms in DD should pay attention to clinical and psychopathological syndromes: depressive, asthenic, apathetic, anxiety-phobic, somato-vegetative and hypochondriac. at DD and will need further research.

The aim of the study. Explore the severity of apathic-adydynamic or anxiety-phobic symptoms in DD, their nosological affiliation in relation to the level of MLO.

Methods. We examined 66 patients of both sexes (36 women and 30 men) aged 18 to 40 years (24.4 ± 3.8) with different types of DD, diagnosed according to the criteria of the International Classification of 10 revisions. A clinical-psychopathological method (semi-structured clinical-diagnostic interview) was used to determine apatic-adydynamic (AA) or anxiety-phobic (AF) variants of DD. According to the clinical picture, patients are divided into 2 groups: the first - patients with apatic-adydynamic symptoms, the second - with anxiety-phobic symptoms. The PHQ-9 patient health questionnaire was used to assess the severity of depression. We used the Test of meaningful life orientation, Leontiev), adapted by D. Leontiev version of the test J. Crambo, L. Maholic "Purpose-in-Life Test". The article examines and analyzes the difference between depressive disorders (DD) and the leading anxiety-phobic and apathic-dynamic symptoms.

Results. Significantly lower indicators were found in the scales of goal presence, interest in life, life satisfaction (effectiveness, self-realization) and the ability to control one's life in general in the presence of apatic-dynamic symptoms of DD compared to anxiety-phobic symptoms.

The presence of a statistically significant difference indicates possible therapeutic targets in patients of these two groups.

Депресивні розлади з переважанням апато-адиномічної чи тривожно-фобічної симптоматики: взаємозв'язок клінічних проявів та пошукової активності

АКТУАЛЬНІСТЬ. Депресивні розлади (ДР) є одними з найпоширеніших психічних розладів, що вражають більш ніж 264 мільйони людей різних вікових категорій в усьому світі [1]. Важкість, особистісна та соціальна обтяжливність ДР обумовлена їх впливом на всі сфери життя і психічної діяльності людини. Окрім різноманітних клінічних проявів ДР суттєво погіршують такі психологічні характеристики людини, як ціннісно-мотиваційну сферу, самоактуалізацію, сприйняття власного життя, інтеграцію його у часовий простір, здатність до усвідомлення та правильної оцінки майбутнього [2].

За даними сучасних досліджень серед усіх осіб, у яких виявлено ДР, лише 33 % пацієнтів одужують або виходять у стійку ремісію, у 12 % розлад має затяжний перебіг, а у 55 % виникають рецидиви [3]. Така невисока ефективність лікування обумовлена, перш за все, клінічною гетерогенністю, патоморфозом депресій в останні десятиліття та недостатньою обізнаністю у питанні даної проблеми лікарів сімейної медицини [3, 4, 5].

Окрім основних різноманітних проявів та ступеню вираженості емоційно-когнітивних, нейровегетативних та поведінкових симптомів при ДР [6], для визначення клінічної картини порушень виділяються клініко-психопатологічні синдроми, що формують структурну організацію ДР: депресивний, астеничний, апатичний, тривожно-фобічний, сомато-вегетативний та іпохондричний [2]. Клінічне виокремлення синдромологічних варіантів ДР є значущим. Так, наприклад, тужливий варіант ДР з домінуванням апато-адинамічної (АА) симптоматики в прогностичному плані є вкрай складним - в багатьох випадках хвороба носить хронічний та терапевтично резистентний характер, а поєднання депресивного синдрому з вираженими симптомами тривоги ускладнює перебіг ДР з вірогідною хроніфікацією та можливим формуванням терапевтичної резистентності при його лікуванні [7, 8, 9,10].

Всі наведені тези свідчать, що ефективність та цілеспрямованість лікування ДР є важливим фокусом клінічної роботи та сучасних наукових досліджень щодо цих видів психопатології. Саме тому, значна увага дослідників приділяється як патогенетичним механізмам формування різних клінічних варіантів ДР, так і психологічним характеристикам таких пацієнтів з вивченням можливості залучення в терапію їх особистісних ресурсів.

Так, фокусування на синдромологічній картині розладу є однією з основних мішеней лікарського втручання. Однак, вочевидь, значущим щодо його ефективності є залучення у комплексну терапію ДР наявних ресурсів особистості, до яких належить і пошукова активність (ПА). ПА - це складова поведінки людини, спрямована на зміну ситуації в умовах нестачі інформації про неї і відсутності прогнозу результатів власних дій. Вона є суттєвим адаптаційним чинником в умовах психологічного стресу, що дозволяє уникнути його несприятливих психологічних і психопатологічних наслідків [11]. Особистісні характеристики ПА є невід'ємною і, навіть, біологічно значущою властивістю поведінки і стану, оскільки вона визначає стресостійкість організму і особистості в умовах відсутності конкретного прогнозу відносно результату певної цілеспрямованої діяльності людини [2]. Так, згідно концепції вкладу ПА у ресурсні можливості людини, негативні емоції, що виникають у стані фрустрації, дистресу та можуть активізувати ПА, є кориснішими для організму, ніж відносно спокійний емоційний стан з низьким її рівнем [11].

Вивчення характеристик ПА в клінічній практиці можливе, завдяки використанню тесту «Сенсо-життєвих орієнтацій» (СЖО) як версії тесту Дж. Крамбо, Л. Махолика «Мета життя» (Purpose-in-Life Test, Crumhaugh, Maholick, 1964) в адаптації Д. Леонтьєва (2000) [12], в тому числі і у пацієнтів з різними варіантами ДР. Таке психодіагностичне дослідження може вважатися моделлю ПА, тому що сенсожиттєва орієнтація, як і ПА, спирається на наявність або відсутність у особистості мети (цілі), відчуття контролю власного життя та майбутнього загалом. Важливість такого дослідження обумовлена тим, що на даний час вивчення ПА (у вигляді СЖО), як особистісних ресурсних характеристик у хворих на різні варіанти ДР, є недостатнім.

МЕТА. Вивчення взаємозв'язку клінічних проявів АА та тривожно-фобічного (ТрФ) варіантів ДР з рівнем ПА, згідно психодіагностичного дослідження за тестом СЖО.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Нами, на базі Комунального неприбуткового підприємства «Клінічна лікарня «Психіатрія»» в м. Києві (період дослідження 2020 – 2021 рр.), було обстежено 66 пацієнтів з ДР обох статей (36 жінок та 30 чоловіків) у віці від 18 до 40 років (середній вік - $24,4 \pm 3,8$). Нозологічна приналежність ДР серед пацієнтів діагностувалася, згідно критеріїв Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду, а саме серед пацієнтів було встановлено наступні діагнози: депресивний епізод помірного та важкого ступеню (F32) – 38 осіб (58,6%), тривожно-депресивний розлад (F41.2) – 18 осіб (27,3%) та пролонгована депресивна реакція в рамках розладу адаптації (F43.20, F43.22) – 10 осіб (15,2%).

Усі обстежені пацієнти були розподілені на дві групи. До першої групи увійшло 38 пацієнтів (Гр АА), у клінічній картині ДР яких провідною була АА симптоматика, другу групу склали 28 пацієнтів з домінуванням ТрФ симптоматики (Гр ТрФ). Для визначення АА чи ТрФ варіантів ДР використовувався клініко-психопатологічний метод (напівструктуроване клініко-діагностичне інтерв'ю). Клінічними критеріями віднесення пацієнтів до кожної з груп, і таким чином, виокремлення цих двох варіантів ДР були наявність, майже щодня і впродовж більшої частини дня, одночасно протягом ≥ 2 тижнів більшості із нижче перерахованих симптомів:

1. АА варіант ДР:

- депресивний настрій з тугою, почуттям безнадії, песимізмом по відношенню до майбутнього ;
- психомоторна загальмованість;
- відчуття втоми або втрати енергії;
- помітне зменшення зацікавлення у власній активності;
- значне зменшення або неможливість відчувати задоволення, приємні емоції;
- значне ослаблення апетиту та зниження маси тіла, що не пов'язано із дієтою (не менш за 5 % впродовж місяця);
- порушення сну з переважанням надмірною сонливістю;
- почуття власної меншовартості з безпідставним почуттям вини;
- значне зниження концентрації уваги, гостроти мислення, труднощі у прийнятті рішень (в тому числі, у повсякденних справах);
- періодичні (повторні) думки про смерть, суїцидальні думки без окресленого плану вчинення самогубства або при наявності такого плану;
- спроби самогубства.

2. ТрФ варіант ДР:

- депресивний настрій із необґрунтованою схвильованістю, невпевненістю в собі, важким переживанням невизначеності у майбутньому;
- відчуття значного та постійного неспокою, зосередженість на скаргах, заглиблення у хворобливі переживання;

- значне зниження здатності довгострокову цілеспрямовану активність та зацікавлення у власній активності;
- значне зменшення або неможливість відчувати задоволення, приємні емоції;
- швидка втомлюваність;
- труднощі при зосередженні уваги;
- дратівливість;
- порушення сну з переважанням порушення процесу засинання, неспокійний сон з ранніми пробудженнями та/або відчуттям недостатності сну;
- надмірна напруженість м'язів;
- періодичні думки про смерть або суїцидальні думки без окресленого плану вчинення самогубства.

Для оцінки ступеня тяжкості депресії у всіх пацієнтів використовувався опитувальник здоров'я пацієнта PHQ-9 [12, 13]. Задля визначення характеристик СЖО в нашому дослідженні використовувався відповідний тест [11].

Статистична оцінка результатів дослідження включала тест хі-квадрат Пірсона для категоріальних та незалежних даних для оцінки розподілу обстежених пацієнтів у групах за нозологічною належністю і для оцінки показників тяжкості ДР, а також використовувався t-критерій Стьюдента в аналізі даних за тестом СЖО.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ. Загальне порівняння двох груп обстежених пацієнтів за нозологічною приналежністю виявило між ними статистично значущу відмінність. Як показано у табл. 1 в Гр АА достовірно переважав помірний або важкий депресивний епізод ($p < 0,01$), а у Гр ТрФ – тривожно-депресивний розлад ($p < 0,00$). Отримані дані підтвердили нашу гіпотезу про суттєву відмінність у механізмах патогенетичного формування даних двох варіантів ДР. А саме, значне переважання АА симптоматики серед хворих Гр АА у вигляді тужливого настрою, апатії, адинамії як проявів великого депресивного епізоду у протиставленні з домінуванням тривожно-депресивної, фобічної симптоматики, ажитації у Гр ТрФ як симптомів тривожно-депресивного розладу.

Таблиця 1. Розподіл обстежених пацієнтів в групах за нозологічною належністю.

Рубрикація за нозологіями	Розподіл пацієнтів за групами, абс. (%)		p-значення
		Гр. АА (n=38)	
Депресивний епізод (F32)	28 (73,7)	10 (35,7)	p=0,002**
Пролонгована депресивна реакція (F43.20, F43.22)	10 (26,3)	8 (28,6)	p=0,842
Тривожно-депресивний розлад (F41.2)	-	10 (35,7)	p=0,000**

** p < 0.01

Цікавою клінічною знахідкою було те, що депресивна реакція в межах розладу адаптації була виявлена приблизно в чверті випадків в кожній з груп без статистичного переважання ($p > 0.05$), але мала клінічні відмінності в проявах - з домінуванням АА чи ТрФ симптомів відповідно.

Психометричне дослідження рівня відповідно за результатами тесту РНQ-9 не виявило значущої різниці в групах: середній бал в Гр АА склав $16,24 \pm 4,69$ бали, а в Гр ТрФ - $15,09 \pm 4,9$. Тобто, обидві були гомогенними за цим показником ($p = 0,418$), незважаючи на суттєву різницю щодо нозологічної приналежності пацієнтів в групах. Таким чином, дослідження виявило, що важкість вираженості симптоматики не є значущим фактором диференційної діагностики цих варіантів ДР і не залежить від її характеру (АА чи ТрФ).

Аналіз результатів тесту СЖО, завдяки якому досліджувались психологічні характеристики пацієнтів, а саме їх ресурсні особистісні властивості, виявив суттєві відмінності в групах обстежених хворих з цими варіантами ДР (див. табл. 2).

Таблиця 2. Показники тесту СЖО у досліджуваних (бали, $M \pm \sigma$).

Субшкали тесту	Гр. АА (n=38)	Гр ТрФ (n=28)	p-значення
Цілі життя	$18,61 \pm 4,02$	$26,21 \pm 4,97^{**}$	0,0042
Процес життя	$14,50 \pm 4,64$	$22,18 \pm 5,32^{**}$	0,0014
Результативність життя	$14,97 \pm 3,91$	$21,46 \pm 4,12^{**}$	0,0078
Локус контролю «Я»	$14,47 \pm 3,61$	$17,89 \pm 3,80$	0,0835
Локус контролю-життя	$17,52 \pm 4,95$	$26,07 \pm 3,63^{**}$	0,0042
Загальний показник свідомості життя	$60,74 \pm 8,47$	$85,39 \pm 12,10^{**}$	0,0021

** $p < 0.01$

Важливим результатом дослідження було те, що в Гр АА значення показників були достовірно нижчими у співставленні з даними в Гр ТрФ ($p < 0.01$ щодо всіх критеріїв) як за значенням загального показником свідомості життя, так і за майже всіма субшкалами (цілей, процесу, результативності та локусу контролю життя). Найнижчий рівень показників було зафіксовано за субшкалами процесу, результативності та локусу контролю «Я».

Ці дані засвідчили, що у пацієнтів з АА варіантом ДР була наявна невдоволеність власним життям, яке не відчувалося ними емоційно-наповненим - з відсутністю здатності до свободи власного вибору та спроможності контролю над власним життям і з невірою у власних силах. Все це, за своєю патогенетичною суттю, відповідає механізмам формування АА симптоматики при ДР. Тоді як у пацієнтів Гр ТрФ найнижчий рівень значень був зафіксований в субшкалах локусу контролю «Я», результативності та процесу життя, при тому, що два останні були достовірно вищими, ніж в Гр АА (див. табл.2).

За субшкалою локус контролю «Я» було виявлено найнижче значення в обох групах, і лише ці показники не мали статистичної різниці. Такі низькі значення в обох групах обстежених пацієнтів засвідчили, що хворі на ДР, як при класичній меланхолічній депресії з домінуванням АА симптомів, так і при переважанні ТрФ симптоматики, не здатні усвідомлювати мотиваційну основу власної активності та брати на себе відповідальність за свої дії. Найвищий рівень показників, було зафіксовано в Гр ТрФ за субшкалами цілі життя та локус контролю життя з достовірним перевищенням їх значень по відношенню до Гр АА. Це вказувало, що у пацієнтів з ТрФ варіантом ДР була збережена можливість використовувати такий психологічний ресурс, як прогностична цілеспрямованість власної активності, в свою чергу, це свідчило про їх певну

здатність до самореалізації.

Аналіз та інтерпретація отриманих результатів за показниками тесту СЖО співвідносилися з характеристиками ПА, так як мотиваційні установки, які досліджує СЖО, відображають патерни поведінки, що є проявом рівня її активації. Достовірно вищий рівень показника в Гр ТрФ за субшкалою цілей життя найбільш засвідчив, що активація ПА була значно вищою у пацієнтів з цим варіантом ДР. Вочевидь, більш низький рівень ПА у хворих Гр АА, що зафіксував найнижчі показники за субшкалами процес життя, результативність життя та локус контролю «Я», базувався на притаманній «вітальній неспроможності» з переконаністю у відсутності сенсу власних дій у хворих з вираженими АА симптомами.

Отримані дані можуть бути застосовані для виокремлення фокус-мішеней при застосуванні психотерапевтичного втручання чи медико-психологічної корекції різних варіантів ДР. Так, значно кращі показники СЖО у пацієнтів в Гр ТрФ можуть бути обумовлені тривожністю як патологічним, але адаптивним механізмом надмірної орієнтації. Цей механізм є психологічним ресурсом активації ПА як запуску механізмів пошуку можливостей вирішення проблем чи опанування власним станом при його використанні особистістю. Саме тому, при проведенні психотерапевтичних заходів у пацієнтів з ТрФ варіантом ДР одним із завдань має бути переорієнтація надмірної хаотичної активності пацієнта з невпевненістю в собі в адаптивне русло, завдяки наявності збережених психологічних ресурсів щодо ПА. Тоді як при наданні психотерапевтичної чи медико-психологічної допомоги хворим з АА варіантом ДР важливо враховувати в роботі їх знижений рівень внутрішніх особистісних ресурсів та адаптивних можливостей, в тому числі низький рівень ПА. Тому важливим фокусом роботи з цими хворими повинно бути акумулювання «психологічних сил» на тлі зосередження особистості на підвищенні рівню осмисленості життя, в тому числі, подолання наслідків минулого негативного досвіду і використання актуальних можливостей у теперішньому часі та майбутньому.

Але мова йде про комплексну терапію пацієнтів з будь-яким варіантом ДР, основою якої є психофармакотерапія, відповідна існуючим протоколам їх лікування з призначенням антидепресантів, насамперед, групи інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (чи серотоніну та норадреналіну) у відповідних дозах, адекватних стану хворих.

Виходячи з результатів проведеного дослідження, можна стверджувати, що метою подальших наукових робіт має бути порівняльне вивчення ефективності застосування різних психотерапевтичних методик у комплексній терапії даних двох варіантів ДР з переорієнтації або активізацією адаптивних особистісних ресурсів, а саме ПА.

ВИСНОВКИ. Отже, за результатами проведеного дослідження можна зробити наступні висновки.

1. Клінічні прояви ДР суттєво відрізнялися у хворих в залежності від того, чи переважала АА та ТрФ симптоматика, що співвідносилося з їх нозологічною приналежністю. Так у хворих з переважанням АА симптоматики в переважній кількості випадків діагностувався депресивний епізод (73,7 %), тоді як у хворих з домінуванням ТрФ симптоматики нозології без статистичної значущої різниці розподілилися між депресивним епізодом, депресивною реакцією та тривожно-депресивним розладом.
2. Хоча між двома групами не спостерігалася статистично значуща відмінність за тяжкістю депресивних проявів (середній бал за РНQ-9: 16,24 ± 4,69 для АА варіанту та 15,09 ± 4,9 – для ТрФ варіанту), тим не менш, у групі пацієнтів з переважанням ТрФ симптомів зберігався більший розкид показників її вираженості, що засвідчило клінічну неоднорідність даної групи хворих.
3. Досліджені відмінності у показниках діагностичних шкал, за тестом СЖО, зафіксували

достовірно нижчі показники у шкалах наявності мети у житті, зацікавленості у житті та задоволеності життям, а також можливості контролювати власне життя в групі хворих з переважанням АА симптомів при ДР порівняно з пацієнтами, у яких домінували ТрФ симптоми. Рівень показників відповідно до субшкал, які пов'язуються з ПА, були достовірно вищими в Гр ТрФ.

4. Результати дослідження виявили необхідність зосередження психотерапевтичного втручання та медико-психологічної корекції на активації ПА з адаптивною переорієнтацією цілеспрямованої поведінки пацієнтів, у яких переважає ТрФ симптоматика при ДР. А для хворих з домінуванням АА симптомів при проведенні психокорекційного чи психотерапевтичного втручання його основним фокусом має бути активізація загального рівня особистісних ресурсів зі спрямованістю на підвищення рівня осмисленості власного життя.

СПИСОК ПОСИЛАНЬ:

1. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1789-1858. doi:10.1016/S0140-6736(18)32279-7
2. Fedchenko, VY. The role of clinical and psychopathological factors in the forecast of depressive disorders. *Bulletin of scientific research*. 2019; 4:129-134. doi:10.11603/2415-8798.2018.4.9794
3. Khobzei MK, Voloshyn PV, Maruta NO, et al. The state of mental health of the population and perspectives of development of mental health care in Ukraine. *Ukrainskyi Visnyk Psykhonevrolohii*. 2012; 20:3(72):13-18.
4. Dold M, Bartova L, Souery D, et al. Clinical characteristics and treatment outcomes of patients with major depressive disorder and comorbid anxiety disorders - results from a European multicenter study. *Psychiatr Res*. 2017;91:1-13. doi:10.1016/j.jpsychires
5. Chaban OS, Khaustova OO. *Praktychna psykhosomatyka: depresia*. Kyiv: Medknyha, 2021:218
6. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet*. 2018;392(10161):2299-2312. doi:10.1016/s0140-6736(18)31948-2
7. Pyliagina GY. Depresyvnє narushenya. *Zhurnal praktychnoho likaria*. 2003;1:40-49..
8. Pyliagina GY. *Medychna psykhologhiia*. Vinnytsa: Nova knyha; 2020:288
9. Penninx BWJH, Nolen WA, Lamers F, et al. Two-year course of depressive and anxiety disorders: results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Affect Disord*. 2011;133(1-2):76-85. doi:10.1016/j.jad.2011.03.027
10. Chystovska Y. Zviazok poshukovoi aktyvnosti iz psykhosomatychnymy rozladamy. *Naukovi Zapiski Natsionalnogo Universitetu «Ostrozka Akademiia»*.2016; (3), 213-223.
11. Leontev D.A. *Test smyslo-zhyznennykh oryentatsyi (SZhO)*. Moskva: Yzdatelstvo «Smysl», 2000.
12. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
13. Chaban OS, Khaustova OO. *Praktychna psykhosomatyka: diahnostychni shkaly*. Kyiv: Medknyha, 2021:200.

References

1. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of



- Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1789-1858.
doi:10.1016/S0140-6736(18)32279-7
2. Fedchenko, VY. The role of clinical and psychopathological factors in the forecast of depressive disorders. *Bulletin of scientific research*. 2019; 4:129-134.
doi:10.11603/2415-8798.2018.4.9794
 3. Khobzei MK, Voloshyn PV, Maruta NO, et al. The state of mental health of the population and perspectives of development of mental health care in Ukraine. *Ukrainskyi Visnyk Psykhonevrolohii*. 2012; 20:3(72):13-18.
 4. Dold M, Bartova L, Souery D, et al. Clinical characteristics and treatment outcomes of patients with major depressive disorder and comorbid anxiety disorders - results from a European multicenter study. *Psychiatr Res*. 2017;91:1-13. doi:10.1016/j.jpsychires
 5. Chaban OS, Khaustova OO. *Praktychna psykhosomatyka: depresia*. Kyiv: Medknyha, 2021:218
 6. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet*. 2018;392(10161):2299-2312.
doi:10.1016/s0140-6736(18)31948-2
 7. Pyliagina GY. Depresyvniv narusheniya. *Zhurnal praktychnoho likaria*. 2003;1:40-49..
 8. Pyliagina GY. *Medychna psykhologhiia*. Vinnytsa: Nova knyha; 2020:288
 9. Penninx BWJH, Nolen WA, Lamers F, et al. Two-year course of depressive and anxiety disorders: results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Affect Disord*. 2011;133(1-2):76-85. doi:10.1016/j.jad.2011.03.027
 10. Chystovska Y. Zviazok poshukovoi aktyvnosti iz psyhosomatychnymy rozladamy. *Naukovi Zapiski Natsionalnogo Universitetu «Ostrozka Akademiia»*.2016; (3), 213-223.
 11. Leontev D.A. *Test smyslo-zhyznennykh oryentatsyi (SZhO)*. Moskva: Yzdatelstvo «Smysl», 2000.
 12. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-613.
doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
 13. Chaban OS, Khaustova OO. *Praktychna psykhosomatyka: diahnostychni shkaly*. Kyiv: Medknyha, 2021:200.