

РУКОВОДСТВО ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ шкал “Оценка здоровья пациента” (PHQ) и GAD-7

<u>ТЕМА</u>	<u>СТР.</u>
История	1
Подсчет результатов	2, 4, 5
Версии	3
Тяжесть состояния и результаты лечения	6-7
Переводы	7
Сайт и другие вопросы	8
Избранные проекты	9

ИСТОРИЯ

Шкала первичной оценки психических расстройств (The Primary Care Evaluation of Mental Disorders, PRIME-MD) - была разработана и утверждена в начале 1990-х годов в качестве инструмента эффективной диагностики пяти самых распространенных расстройств психики: депрессивных, тревожных, соматоформных расстройств, а также расстройств, связанных с употреблением алкоголя, и расстройств пищевого поведения.[1] Вначале это был одностраничный опросник, состоявший из 27 вопросов; пациенту давалось время на заполнение, и если в отношении той или иной патологии результат оказывался позитивным, врач проводил дополнительный опрос, руководствуясь специальной методичкой. Этот 2-х ступенчатый процесс занимал 5-6 минут для пациента, у которого не обнаруживалось признаков патологии, и 11-12 минут для пациентов с патологией. Это время оказалось слишком долгим, чтобы опросник мог использоваться повсеместно в условиях напряженной клинической практики для скрининга пациентов..

Позже, в двух обширных исследованиях, включавших 6000 пациентов (3000 пациентов из клиник общей и семейной практики и 3000 из клиник акушерства и гинекологии), была представлена усовершенствованная версия PRIME-MD, получившая название “Patient Health Questionnaire” (PHQ, “Опросник оценки здоровья пациента”).[2,3] В последнее десятилетие как PHQ целиком, так и ее кластер, касающийся выявления депрессивных симптомов (который был выделен в отдельный опросник под названием PHQ-9)[4-6] получили очень широкое распространение как в клинической, так и в лабораторной практике. Оригинальный PRIME-MD сейчас уже представляет скорее исторический интерес and редко используется на практике.

Тот факт, что PHQ-9 оказался весьма удачным инструментом для оценки и мониторинга степени тяжести депрессии, способствовал появлению новой шкалы оценки тревоги, которая содержит 7 вопросов и изначально разрабатывалась для диагностики генерализованного тревожного расстройства (отсюда и ее название GAD-7, ГТР-7) и была апробирована на 2740 пациентах первичного звена помощи.[7] Хотя ГТР-7 разрабатывалась для диагностики генерализованного тревожного расстройства, доказано, что она также имеет хорошую чувствительность и специфичность в отношении панического расстройства, социальной фобии и посттравматического стрессового расстройства.[8] Наконец, после неоднократных исследований, из PHQ была выделена шкала PHQ-15, которая все чаще используется для оценки соматического статуса пациента, его тяжести, и возможного присутствия соматизации и соматоформных расстройств.[9]

Каждый модуль PHQ может быть использован отдельно (например PHQ-9, если нас интересует исследование депрессии), вместе с другими модулями, или как часть полного PHQ. Кроме того, в некоторых научных исследованиях или скрининг-опросах, иногда используются альтернативные или сокращенные варианты PHQ-9 и GAD-7.[10-14] Несмотря на то, что PHQ изначально создавался для диагностики пяти расстройств, кластеры, касающиеся депрессии, тревоги, соматоформных нарушений (именно в таком порядке) на практике оказались самыми востребованными.[10] Кроме того, большинство пациентов первичного звена медицинской помощи, страдающих депрессивными или тревожными расстройствами, предъявляют жалобы на состояние соматической сферы или обнаруживают параллельно соматическую, тревожную и депрессивную симптоматику (т.н. “SAD-триада”); это очень распространенное явление. Это обстоятельство послужило обоснованием для разработки шкалы PHQ-SADS.[15] Наиболее часто используемые версии PHQ приведены в **таблице 1, стр 3.**

КОДИРОВАНИЕ И ПОДСЧЕТ

Полный PHQ, Краткий PHQ, and PHQ для подростков (PHQ-A) могут быть использованы для установления предварительных диагнозов. Диагностические алгоритмы для модулей PHQ выведены в колоннитулах на каждой странице PHQ, а также в **таблице 2, стр. 4.** Прочие шкалы используются, в основном, для оценки степени тяжести симптомов в баллах (PHQ-9 и PHQ-8 для оценки тяжести депрессивных симптомов; GAD-7 для оценки тяжести симптомов тревоги; PHQ-15 для оценки тяжести соматических симптомов) или в качестве эффективного короткого скрининга (PHQ-2, GAD-2, PHQ-4). Пример, когда модуль оценки депрессии PHQ может быть использован как в качестве собственно диагностического инструмента, так и в качестве инструмента оценки тяжести симптомов, приведен в **таблице 3, стр 5.**

Сейчас рассматриваемые нами шкалы чаще используют для оценки тяжести состояния, чем для постановки предварительного диагноза. Например, при заполнении шкал PHQ-9, GAD-7, и PHQ-15, результат оценивается в баллах; 5 баллов означает легкий, 10 - средний, а 15 - тяжелый уровень расстройства (депрессии, тревоги и соматоформного расстройства - соответственно используемой шкале). Оценка в 10 баллов или выше считается “желтым флагом” для всех трех шкал (т.е. говорит о том, что необходимо обратить внимание на возможное присутствие клинически значимого расстройства); оценка в 15 баллов или выше - это “красный флаг” для всех трех шкал (т.е. указывает на то, что в данном случае, вероятно, оправдано активное лечение). Для ультракоротких шкал (PHQ-2 и GAD-2), оценка 3 или выше является сигналом к применению полных шкал PHQ-9 и/или GAD-7, а также означает необходимость полного клинического интервью с пациентом для определения наличия или отсутствия психического расстройства.

В последнем вопросе в шкале PHQ (а также в некоторых коротких версиях) пациенту предлагается сообщить, “насколько эта проблема сделала для Вас тяжелыми выполнение Вашей работы, заботу о доме или возможность ладить с другими людьми?”. Этот единственный пункт, отражающий субъективную оценку пациентом тяжести его состояния, не используется для подсчета баллов PHQ или постановки диагноза, а, скорее, описывает общую оценку пациентом ухудшения его жизни, связанного с наличием того или иного симптома. Эта оценка может быть полезна в принятии решения о начале или корректировке лечения, так как она тесно связана как с тяжестью симптоматики психических расстройств, так и с многократной оценкой ухудшения качества жизни, связанного с состоянием здоровья.

Особенно важным является вопрос, как оценить риск самоубийства у людей, которые отвечают положительно на 9 вопрос PHQ-9. Для его решения был разработан специальный скрининг, содержащий 4 пункта[16], и тем не менее, окончательный ответ на вопрос о фактическом риске членовредительства может дать только клиническое интервью.

Table 1. Версии семейства шкал Patient Health Questionnaire (PHQ)

Шкала	Описание	Применение	Ссылки
Ядро			
PRIME-MD	Предшественница PHQ, теперь это уже история	Сочетание заполняемой пациентом шкалы с последующим расспросом врача.	1
PHQ	Пять модулей, охватывающих 5 распространенных психических расстройств: депрессию, тревогу, соматоформные, алкогольные и пищевые.	Избранные (но предварительные) диагнозы для всех типов расстройств кроме соматоформных	2, 3
PHQ-9	Шкала депрессии из PHQ.	9 пунктов, вес каждого от 0 до 3, общая оценка тяжести от 0 до 27.	1, 4, 5, 6, 10
GAD-7	Шкала тревоги, разработана после PHQ, но включена в опросник PHQ-SADS.	7 пунктов, вес каждого 0 до 3, общая оценка тяжести от 0 до 21.	7, 8, 10
PHQ-15	Шкала соматических симптомов из PHQ.	15 пунктов, вес каждого от 0 до 2; общая оценка тяжести от 0 до 30.	9, 10
PHQ-SADS	Шкалы PHQ-9, GAD-7 и PHQ-15, плюс шкала паники из оригинального PHQ.	Смотри оценку для этих шкал выше	10
Варианты			
Brief PHQ	PHQ-9 и шкала паники из оригинального PHQ плюс вопросы о стрессорах и женском здоровье.	См. оценку для PHQ выше. Пункты, касающиеся стресса и жен. здоровья, не явл. диагностическими и не оцениваются.	3
PHQ-A	Существенно модифицированная версия PHQ, доработана для использования у подростков. Менее валидна, чем оригинальный PHQ.	Диагностический подсчет описан в руководстве, предоставляется по запросу.	11
PHQ-2	Первые 2 вопроса PHQ-9. Краткая оценка депрессии.	2 пункта, вес от 0 до 3(суммарно от 0 до 6)	10, 12
GAD-2	Первые 2 вопроса GAD-7. Краткая оценка тревоги.	2 пункта, вес от 0 до 3(суммарно от 0 до 6)	8, 10, 12
PHQ-4	PHQ-2 and GAD-2.	См. PHQ-2 и GAD-2 выше.	10, 12, 13
PHQ-8	Все пункты PHQ-9, кроме 9го (самоповреждение). Для исследования недепрессивных состояний.	8 пунктов, вес каждого от 0 до 3, общая оценка тяжести от 0 до 24.	5, 10, 14

Таблица 2. Диагностические алгоритмы для PHQ

Страница 1

Соматоформное Расстройство если, по крайней мере, 3 из #1а-г беспокоят пациента “постоянно”, и этому нет адекватного биологического объяснения.

Большой Депрессивный Синдром если #2а или b и пять или больше из #2а-і имеют значение, по крайней мере, “Больше половины времени” (если есть #2і, то он считается в любом случае).

Другой Депрессивный Синдром если #2а или b и два, три или четыре из #2а-і имеют значение, по крайней мере, “Больше половины времени” (если есть #2і, то он считается в любом случае).

Важно: диагнозы Большого Депрессивного Расстройства и Другого Депрессивного Расстройства требуют исключения: *тяжелой утраты(легкие симптомы не более 2 мес), маниакального эпизода в анамнезе (Биполярное Расстройство), соматического расстройства, приема медикаментов или других химических веществ* в качестве биологической причины депрессивных симптомов.

Страница 2

Панический Сидром если все пункты #3а-d ‘ДА’ и 4 или более из #4а-k имеют значение: ‘ДА’.

Другой Тревожный Синдром если #5а и на 3 или более из #5b-g “Более половины времени”.

Важно: Диагнозы Панического Расстройства и Другого Тревожного Расстройства требуют исключения *соматического расстройства, приема медикаментов или других химических веществ* в качестве биологической причины симптомов тревоги.

Страница 3

Нервная Булимия, если #6а,b,c и #8 имеют значение ‘ДА’; **Обжорство**: то же, но #8 или ‘НЕТ’, или не заполнен.

Алкогольная ависимость, если любой из #10а-е имеет значение “ДА”.

Дополнительные клинические соображения. После определения предварительного диагноза на основе PHQ, необходимо ответить на следующие вопросы, чтобы определить тактику ведения и лечения.

- Не были ли вызваны текущие симптомы социально-психологическим **стрессом**?
- Какова **продолжительность** текущего нарушения и не получал ли уже пациент **лечения**?
- В какой степени симптомы пациента **снижают** уровень его обычной активности?
- Есть ли подобные эпизоды в **анамнезе** пациента и были ли они **вылечены**?
- Нет ли у пациента **семейного анамнеза** подобных расстройств?

Таблица 3. Пример использования Модуля Депрессии шкалы PHQ для определени предварительного диагноза и определения тяжести состояния

Пациент: Женщина 43 лет, аффект тоски. Жалуется на усталость в течение месяца.

2. Насколько часто в течение последних 2х недель Вас беспокоила какая-либо из указанных проблем?

	Не беспокоила	Несколько дней	Больше половины времени	Практически ежедневно
	(0)	(1)	(2)	(3)
a. Снижение интереса или удовольствия от деятельности?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b. Чувство подавленности или безнадежности?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Трудно заснуть, прерывистый сон, трудно проснуться?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Чувство усталости и недостатка энергии?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
e. Снижение аппетита или переедание?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Самообвинение, чувство, что Вы - неудачник или обуза для семьи?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Трудность концентрации внимания, например при чтении газеты или просмотре телевизора?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
h. Ваши движения или речь замедлены настолько, что это замечают другие люди? Или наоборот, Вы суетливы или беспокойны и двигаетесь намного больше, чем обычно?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Вам в голову приходят мысли, что было бы лучше умереть или нанести себе какое-нибудь повреждение?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ДИА: *Бол Деп Сдр* если #2a или b и пять или более из #2a-i по крайней мере “Больше половины времени” (отмеченный #2i считается всегда). *Другой Деп Сдр* если #2a или b и два, три, или четыре из #2a-i по крайней мере “Больше половины времени” (отмеченный #2i считается всегда).

Диагноз Большого Депрессивного Расстройства. Критерии Большого Депрессивного Синдрома возникли, когда она отметила #2a “Почти ежедневно” и 5 пунктов от #2a до i были отмечены “более чем половину времени” или “почти ежедневно”. Заметим, что #2i, суицидальные мысли, если пункт заполнен в какой-либо позиции, считаются, независимо от позиции. В этом случае диагноз Большого Депрессивного Расстройства (не Синдрома) был поставлен после расспроса врача, когда выяснилось, что в анамнезе не было маниакальноо эпизода; не было получено доказательств того, что соматическое заболевание, медикаментозное лечение или прием другого химического вещества послужили причиной депрессии; и не было получено сведений о том, что депрессивные симптомы были связаны с тяжелой утратой. Расспрос относительно суицидальных мыслей не обнаружил выраженного суицидального потенциала.

Определение степени тяжести Депрессии по шкале PHQ-9. Этот показатель рассчитывается путем присвоения значений “0”, “1”, “2” и “3”, категориям ответов “Не беспокоило”, “Несколько дней”, “Больше половины времени” и “Почти ежедневно” соответственно. Общий результат по шкале PHQ-9 после подсчета баллов будет находиться в диапазоне от 0 до 27. В нашем случае, общая сумма баллов по шкале PHQ-9 была равна 16 (3 пункта с отметкой 1 балл, 2 пункта с отметкой 2 балла и 3 пункта с отметкой 3 балла). Суммы в 5, 10, 15, и 20 баллов представляют собой границы значений для легкой, умеренной, средней тяжести и тяжелой депрессии, соответственно. Чувствительность шкалы к изменению степени тяжести также была подтверждена.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ШКАЛ ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ И РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

PHQ-9: Тяжесть Депрессии. Рассчитывается путем присвоения значений “0”, “1”, “2” и “3”, категориям ответов “Не беспокоило”, “Несколько дней”, “Больше половины времени” и “Почти ежедневно” соответственно. Результат имеет значение от 0 до 27. Суммы в 5, 10, 15, и 20 баллов - это границы для легкой, умеренной, средней тяжести и тяжелой депрессии соответственно. Чувствительность к изменению степени тяжести также была подтверждена. Результат по шкале **PHQ-8** рассчитывается так же, как по шкале PHQ-9, и находится в диапазоне от 0 до 24. Границы значений степеней тяжести состояния при работе со шкалой PHQ-8 идентичны таковым в PHQ-9.

GAD-7: Тяжесть Тревоги. Показатель рассчитывается путем присвоения значений “0”, “1”, “2” и “3”, категориям ответов “Не беспокоило”, “Несколько дней”, “Больше половины времени” и “Почти ежедневно” соответственно. Результат по шкале GAD-7 будет находиться в диапазоне от 0 до 21. Суммы в 5, 10, 15, и 20 баллов - это границы для легкой, умеренной, средней тяжести и тяжелой тревоги соответственно. Шкала первоначально задумывалась в качестве средства скрининга ГТР, однако GAD-7 достаточно хорошо определяет наличие и тяжесть трех других тревожных расстройств – панического расстройства, социофобии, и посттравматического стрессового расстройства. При скрининге тревожных расстройств рекомендуемая граница здоровья/патология, когда желательна более подробная оценка состояния - 10 баллов.

Оценка тяжести с помощью шкал PHQ-2 и GAD-2. Эти шкалы содержат в себе каждая по два первых пункта шкал PHQ-9 и GAD-7 соответственно, и служат для обнаружения большого депрессивного расстройства и генерализованного тревожного расстройства. Результат по этим шкалам находится в пределах от 0 до 6. Рабочие характеристики этих ультракоротких шкал достаточно хороши; рекомендуемая граница здоровья/болезнь - 3 балла. Если эти две шкалы используются вместе, получается шкала **PHQ-4**, состоящая из 4 вопросов. Результат будет иметь значение от 0 до 12.

PHQ-15: Тяжесть Соматических Симптомов. Рассчитывается путем присвоения значений “0”, “1” и “2” категориям ответов “Не беспокоила”, “Иногда беспокоила” и “Постоянно беспокоила” для 13 симптомов соматической шкалы PHQ (пункты 1a-1m). Кроме того, в эту шкалу входят 2 пункта из Модуля Депрессии (“сон” и “усталость”), оценка каждого из которых также может варьировать от 0 до 2: [0 (“Не беспокоила”), 1 (“Иногда беспокоила”) и 2 (“Больше половины времени” или “Практически ежедневно”)]. Результаты по шкале PHQ-15 в 5, 10 и 15 баллов - это границы для легкой, средней и выраженной тяжести соматической симптоматики соответственно.

Чувствительность к изменениям для мониторинга результатов лечения. Особенно ценной является чувствительность шкал к изменениям тяжести состояния с течением времени. Это неоднократно подтверждено для PHQ-9, которая все чаще используется в качестве инструмента для точной оценки тяжести депрессии (а значит и для принятия решения о начале лечения), а также в качестве итогового инструмента для измерения ответа пациента на лечение.[6,10] Пример того, как можно руководствоваться оценкой тяжести состояния по шкале PHQ-9 для управления лечением, приведен в **таблице 4, стр. 7**. Существует доказательство, что PHQ-15 чувствительна к изменениям у лиц с соматоформными расстройствами.[10] GAD-7 использовалась как вспомогательное средство уровней тревоги при тяжелой депрессии, но до сих пор не изучена для измерения результатов лечения тревожных расстройств. Поскольку вообще сложности при диагностике тревожных расстройств больше, чем при диагностике депрессий, неясно, достаточно ли будет одной шкалы для определения диагноза. GAD-7 определенно полезна, но этого может быть недостаточно.

Психометрия. Психометрия PHQ и родственных шкал описана в сертификационных статьях к конкретным шкалам (см. ссылки на стр.9) и обобщены в обзорной статье о PHQ-9, GAD-7, и PHQ-15.[10]

Таблица 4. Результаты PHQ-9 и Соответствующие Лечебные Процедуры *

Результат PHQ-9	Тяжесть Депрессии	Лечебные Процедуры
0 – 4	Нет - минимум	Нет
5 – 9	Мягкая	Наблюдение; повтор PHQ-9 в динамике
10 – 14	Умеренная	План лечения, включающий консультирование, наблюдение в динамике и/или фармакотерапию
15 – 19	Средней Тяжести	Активное лечение: фармакотерапия и/или психотерапия
20 – 27	Тяжелая	Немедленное начало психофармакотерапии. При тяжелых нарушениях или плохом ответе на терапию - ускорить направление к психотерапевту для совместного ведения.

* Источник: Kroenke K, Spitzer RL, Psychiatric Annals 2002;32:509-521

ПЕРЕВОДЫ НА ДРУГИЕ ЯЗЫКИ

Существуют многочисленные переводы PHQ, а также PHQ-9 и GAD-7 доступны далеко не только на английском языке, все это можно бесплатно загрузить на сайте PHQ (www.phqscreeners.com). Сокращенные версии этих шкал – PHQ-8, PHQ-2, GAD-2, и PHQ-4 – можно сформировать, просто выбрав соответствующие пункты из основной шкалы PHQ (см. таблицу 1, стр. 3). PHQ-15 можно быстро составить, сгруппировав 13 соматических пунктов (1a-1m), и пункты о *сне* и *усталости* (2c и 2d) из основной шкалы PHQ.

Многие из переводов были выполнены Научно-исследовательским институтом MAPI с помощью принятой в международных переводах методологии. Таким образом, большинство переводов лингвистически валидны. Однако, в отличие от английской версии PHQ и GAD-7, некоторые переводы валидизированы вне связи с независимым структурированным психиатрическим интервью.

ВЕБСАЙТ

Шкалы семейства PHQ , включая GAD-7, доступны на вебсайте: www.phqscreeners.com

А также: переводы, библиография, руководства и инструкции и некоторая другая информация

ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ, БЛАГОДАРНОСТИ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

Семейство шкал PHQ (см. таблицу 1, стр. 3), включая короткие и альтернативные версии, а также GAD-7, были разработаны Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke и коллегами, целевой грантполучен от Pfizer Inc.

Все шкалы, представленные в таблице 1 публичны. Не требуется специальных разрешений для воспроизведения, перевода, демонстрации или распространения.

ССЫЛКИ

1. Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV, Hahn SR, Brody D, Johnson JG. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994;272:1749-1756.
2. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, for the Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study. *JAMA* 1999;282:1737-1744.
3. Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, et al. Validity and utility of the Patient Health Questionnaire in assessment of 3000 obstetrics-gynecologic patients. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183:759-769
4. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16:606-613.
5. Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals* 2002;32:509-521. [*also includes validation data on PHQ-8*]
6. Löwe B, Unutzer J, Callahan CM, Perkins AJ, Kroenke K. Monitoring depression treatment outcomes with the Patient Health Questionnaire-9. *Med Care* 2004;42:1194-1201
7. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 2006;166:1092-1097.
8. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Monahan PO, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med* 2007;146:317-325. [*validation data on GAD-7 and GAD-2 in detecting 4 common anxiety disorders*]
9. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating somatic symptom severity. *Psychosom Med* 2002;64:258-266.
10. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. The Patient Health Questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2010 (in press).
11. Johnson JG, Harris ES, Spitzer RL, Williams JBW. The Patient Health Questionnaire for Adolescents: Validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. *J Adolescent Health*. 2002;30:196-204.
12. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003; 41:1284-1292.
13. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics* 2009;50:613-621
14. Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL, Williams JBW, Berry JT, Mokdad AH. The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *J Affective Disorders* 2009;114:163-173.
15. Löwe B, Spitzer RL, Williams JBW, Mussell M, Schellberg D, Kroenke K. Depression, anxiety, and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30:191-199.
16. Dube P, Kroenke K, Bair MJ, Theobald D, Williams L. The P4 screener: a brief measure for assessing potential suicidal risk. *J Clin Psychiatry Primary Care Companion* 2010 (in press). [*Algorithm for following up on positive responses to 9th item of PHQ-9*]