Тема 8. Діагностика емоційних станів: тривога, депресія, афективні розлади

План лекції

8.1. Тривога й депресія як найчастіші запити: скринінг PHQ-9 і GAD-7, шкали А. Бека та Ч. Спілбергера

8.2. Розрізнення норми, адаптаційної реакції та розладу, контекст, коморбідність

8.3. Повторні виміри як показник ефективності допомоги та перехід від скринінгу до клінічного інтерв'ю

Література: [7, 9, 14, 16, 20, 21, 23]

8.1. Тривога й депресія як найчастіші запити: скринінг PHQ-9 і GAD-7, шкали А. Бека та Ч. Спілбергера

Тривожні й депресивні прояви належать до найпоширеніших психологічних запитів у клінічній, кризовій, військовій і рятувальній практиці. Тривога є емоційним і фізіологічним станом очікування загрози з мобілізацією організму. Вона має адаптивну функцію, але стає патологічною, коли її інтенсивність, тривалість або генералізація не відповідають реальній ситуації й порушують функціонування. Депресія характеризується тривалим зниженням настрою або ангедонією (втратою здатності отримувати задоволення) у поєднанні із зниженням енергії, порушеннями сну й апетиту, когнітивними змінами (безнадія, самозвинувачення, труднощі з концентрацією) та, у тяжких випадках, суїцидальними думками [14]. Для обох станів існують валідизовані короткі інструменти.

Для депресії застосовують опитувальник здоров'я пацієнта PHQ-9 (Р. Спітцер, К. Кроенке, Дж. Вільямс), який складається з дев'яти пунктів, що відповідають діагностичним критеріям великого депресивного епізоду.

Відповідь оцінюють за частотою симптому протягом двох тижнів (від 0 до 3 балів). Сумарний бал (0–27) інтерпретують за рівнями: 0–4 – мінімальна симптоматика, 5–9 – легка, 10–14 – помірна, 15–19 – помірно тяжка, 20–27 – тяжка. Поріг 10 балів забезпечує чутливість і специфічність близько 88 % щодо великого депресивного епізоду. Внутрішня узгодженість становить 0,86–0,89. Окремо аналізують пункт 9 (думки про смерть або самоушкодження): будь-яка позитивна відповідь потребує негайної уточнювальної оцінки ризику.

Дев’ять пунктів PHQ-9 охоплюють: втрату інтересу чи задоволення, знижений настрій, порушення сну, втому, зміну апетиту, почуття провини чи безвартісності, труднощі концентрації, психомоторну загальмованість або збудження, думки про смерть чи самоушкодження. Додатковий десятий пункт (вплив симптомів на функціонування) у суму не входить. Діагностичний алгоритм передбачає ймовірний великий депресивний епізод за наявності не менше п’яти пунктів із частотою «більше половини днів» (пункт 9 враховують за будь-якої позитивної відповіді), серед яких є пункт про інтерес чи настрій. Сума балів і алгоритм дають близькі результати, а алгоритм не замінює клінічного інтерв’ю.

Для тривоги застосовують шкалу генералізованого тривожного розладу GAD-7 (Р. Спітцер зі співавторами, 2006), яка містить сім пунктів (нервозність, нездатність контролювати занепокоєння, надмірне занепокоєння, труднощі з розслабленням, неспокій, дратівливість, страх чогось жахливого); діапазон 0–21; порогові значення 5, 10 і 15 балів позначають легкий, помірний і тяжкий рівні; поріг 10 є типовим для виявлення розладу (чутливість близько 89 %, специфічність близько 82 %). Шкала також чутлива до інших тривожних розладів, зокрема панічного й соціального тривожного розладу, і відображає загальний рівень тривожного дистресу, а не лише генералізований розлад.

Поряд із PHQ-9 депресію оцінюють інвентарем А. Бека (BDI-II), який складається з 21 пункту з чотирма варіантами відповідей і охоплює когнітивні (почуття провини, самокритика, песимізм), афективні (смуток, втрата

задоволення) та соматичні (втома, порушення сну й апетиту) симптоми за останні два тижні. Бали інтерпретують так: 0–13 – мінімальна, 14–19 – легка, 20–28 – помірна, 29–63 – тяжка депресія. Інвентар чутливий до змін і широко використовується для моніторингу, його внутрішня узгодженість зазвичай перевищує 0,90. У клінічних дослідженнях застосовують також шкалу Гамільтона (HAM-D, оцінка інтерв'юером) і шкалу Монтгомері–Осберг (MADRS).

Окрім GAD-7, тривожність оцінюють шкалою Ч. Спілбергера (STAI), яка складається з двох субшкал по 20 тверджень: ситуативна тривожність (стан «тут і тепер») і особистісна тривожність (схильність реагувати тривогою). Розрізнення дає змогу інтерпретувати результат: висока ситуативна тривога за нормальної особистісної вказує на реакцію на подію, висока особистісна – на стійку схильність. Інструмент широко використовується в моніторингу напруження й у дослідженнях стресостійкості.

Крім того, шкала самооцінки депресії В. Цунга (SDS) складається з 20 тверджень (діапазон сирих балів 20–80). Індекс шкали обчислюють як відношення сирого бала до 80, помножене на 100: нижче 50 – норма, 50–59 – легка, 60–69 – помірна, 70 і вище – тяжка депресія. Шкала самооцінки тривоги В. Цунга (SAS) також налічує 20 тверджень. Індекс нижче 45 – норма, 45–59 – легка або помірна, 60–74 – виражена, 75 і вище – тяжка тривога. Шкала депресії Центру епідеміологічних досліджень (CES-D, 20 пунктів, діапазон 0–60) має поріг 16 і використовується в популяційних дослідженнях. Шкала задоволення Снайт–Гамільтона (SHAPS, 14 пунктів) вимірює ангедонію. Для вимірювання тривожних переймань застосовують Пенсильванський опитувальник переймань (PSWQ, 16 пунктів, діапазон 16–80), а для виявлення гіпоманії – чек-лист гіпоманії (HCL-32). Перелічені шкали не замінюють PHQ-9 і GAD-7, проте використовуються в практиці та дослідженнях [14].

Кожну субшкалу STAI оцінюють у діапазоні 20–80 балів (відповіді 1–4, частину пунктів оцінюють у зворотному напрямі). Для виявлення клінічно

значущої тривоги в різних дослідженнях пропонують пороги близько 39–40 балів для ситуативної шкали. У вітчизняній практиці використовують градації: до 30 балів – низька, 31–45 – помірна, понад 45 – висока тривожність. Ситуативна шкала чутлива до змін умов, тому її застосовують у динаміці, а особистісна відносно стабільна і мало змінюється в короткострокових втручаннях.

Додаткові інструменти: Госпітальна шкала тривоги й депресії (HADS), що виключає соматичні симптоми й підходить для обстеження в лікарняних умовах; Едінбурзька шкала післяпологової депресії; шкала депресії для дітей і підлітків; шкали афективних станів, настрою, втоми, професійного вигорання, які використовують відповідно до запиту. Для виявлення біполярного спектра застосовують скринінговий опитувальник розладів настрою (MDQ), оскільки монотерапія антидепресантами за біполярного розладу може бути небезпечною. Позитивний результат вимагає консультації лікаря.

Афективні стани як тимчасові й вимірні утворення описують у двовимірному просторі: валентність (приємне – неприємне) і активація (висока – низька). Профіль настрою (POMS) налічує 65 прикметників і шість чинників (напруга–тривога, депресія–пригніченість, гнів–ворожість, енергійність–активність, втома–інертність, розгубленість–збентеженість) з підсумком загального порушення настрою. Шкала позитивного й негативного афекту (PANAS) містить 20 прикметників (по 10 для кожного афекту), оцінюваних від 1 до 5, діапазон кожної субшкали – 10–50. Ці шкали придатні для частих повторних вимірів у польових умовах.

Вибір інструменту залежить від мети: для швидкого скринінгу груп і первинної ланки – PHQ-9 і GAD-7 (короткі, безоплатні, широко валідизовані); для моніторингу симптоматики в терапії – BDI-II або PHQ-9 із повторенням кожні 2–4 тижні; для розрізнення стану й риси – STAI; для підтвердження діагнозу – структуроване інтерв’ю (MINI, SCID-5). Перелік шкал і порогів у

кожній установі вказують у стандартних процедурах, щоб рішення були порівнянними [16].

Дані українських досліджень в умовах війни показують підвищену поширеність тривожно-депресивної симптоматики серед військовослужбовців, ветеранів, ВПО, сімей постраждалих. Наведені інструменти застосовують у скринінгу цих груп, а результати інтерпретують з урахуванням того, що значна частина підвищених балів відображає реакцію на надзвичайні умови, що потребує підтримки, але не обов'язково є розладом [7].

Методики. PHQ-2 і GAD-2 є двопунктними скринінговими підшкалами: PHQ-2 містить два перші пункти PHQ-9 (знижений настрій і втрата інтересу), а GAD-2 – два перші пункти GAD-7 (нервозність і неможливість контролювати занепокоєння). Діапазон становить 0–6, поріг для подальшої оцінки – 3 і більше. Їх використовують як первинний фільтр у кризових і польових умовах, коли час обмежений.

Госпітальна шкала тривоги й депресії (HADS): 14 пунктів (по 7 для тривоги й депресії), кожен 0–3. Підсумок за субшкалами 0–21: 0–7 – норма, 8–10 – прикордонний стан, 11–21 – клінічно значущі симптоми. Шкала не містить соматичних пунктів, що зменшує вплив захворювань тіла, але не є діагностичною. Поріг 8 вважають оптимальним для виявлення випадків у різних дослідженнях [14].

Шкала депресії, тривоги й стресу (DASS-21): 21 пункт (по сім для кожної субшкали), відповіді 0–3 за останній тиждень; результати подвоюють для порівняння з DASS-42; рівні для депресії: 0–9 норма, 10–13 легка, 14–20 помірна, 21–27 тяжка, 28 і більше дуже тяжка; для тривоги: 0–7, 8–9, 10–14, 15–19, 20 і більше; для стресу: 0–14, 15–18, 19–25, 26–33, 34 і більше. Шкала охоплює три конструкти, зручна для моніторингу.

Українські дані щодо GAD-7. За результатами адаптації на вибірках цивільного населення (786 і 315 осіб віком 17–75 років, грудень 2023 – січень 2024 року) середній бал становив близько 9. Понад 40 % респондентів набирали

10 балів і більше, а 18–19,5 % – 15 і більше. У жінок показники були вищими, ніж у чоловіків (середні 9,70 і 6,93) [21]. Автори застерігають, що високі бали за умов війни не обов'язково свідчать про генералізований тривожний розлад: вони можуть відображати ситуативну тривогу, тому після скринінгу необхідна диференційна діагностика.

Скринінг і поглиблена діагностика в психосоматичній практиці. Алгоритм діагностики передбачає спочатку скринінг (PHQ, HADS), а потім поглиблену діагностику. Бал за шкалою не є діагнозом, а психічний розлад установлює лише лікар-психіатр.

8.2. Розрізнення норми, адаптаційної реакції та розладу, контекст, коморбідність

Розрізнення норми, адаптаційної реакції та розладу ґрунтується на чотирьох критеріях: тривалість, інтенсивність, генералізація й вплив на функціонування. Нормативна реакція на стресор (горе після втрати, тривога перед бойовим завданням, складною операцією чи іспитом) є очікуваною, зазвичай посилюється в перші дні, слабшає протягом тижнів і не руйнує основних сфер життя. Розлад адаптації діагностують за наявності емоційних або поведінкових симптомів у відповідь на ідентифікований стресор, що триває довше й порушує функціонування, але не відповідає критеріям іншого розладу. Депресивний або тривожний розлад передбачає ширший симптомокомплекс, виражену тривалість (для депресивного епізоду – щонайменше два тижні) і значне погіршення функціонування.

Діагностичні критерії уточнюють межі. Великий депресивний епізод за DSM-5 діагностують за наявності не менше п'яти з дев'яти симптомів упродовж щонайменше двох тижнів майже щодня (обов'язково знижений настрій або втрата інтересу чи задоволення, а решта – зміни апетиту та маси тіла, порушення сну, психомоторне збудження або загальмованість, втома, почуття безвартісності чи провини, труднощі концентрації, думки про смерть)

зі значним дистресом або порушенням функціонування. Стійкий депресивний розлад (дистимія) передбачає депресивний настрій упродовж щонайменше двох років. Генералізований тривожний розлад передбачає надмірну тривогу й занепокоєння, які присутні більшість днів щонайменше шість місяців, з не менше ніж трьома з шести симптомів (неспокій, швидка втомлюваність, труднощі концентрації, дратівливість, м'язова напруга, порушення сну). Розлад адаптації виникає не пізніше трьох місяців після дії стресора, не триває довше шести місяців після його припинення і не відповідає критеріям іншого розладу. Депресія як частина біполярного розладу розпізнається за епізодами гіпоманії (не менше чотирьох днів) або манії (не менше тижня): знижена потреба в сні, прискорене мовлення, ідеї величі, ризикована поведінка.

Контекст є центральним для інтерпретації. Для військовослужбовця після бойового зіткнення чи рятувальника після тривалої ліквідації наслідків катастрофи підвищення пильності, порушення сну й дратівливість є передбачуваними й можуть мати адаптивний сенс. Для цивільного без травматичної події такі симптоми потребують іншого пояснення. Тому фахівець встановлює: що сталося, коли розпочалися симптоми, як вони змінювалися, чи є ознаки поліпшення, чи супроводжуються втратою функціонування (робота, стосунки, самообслуговування), які чинники посилюють або послаблюють стан.

Горе й депресія потребують розмежування. Горе супроводжується хвилями болю, пов'язаними зі спогадами про померлого, збереженням самоповаги й здатності відчувати задоволення в проміжках. Для депресії характерні постійно знижений настрій, самозвинувачення, відчуття власної безвартісності й безнадія. Розлад тривалого горя (стійкий інтенсивний сум понад очікуваний термін, туга за померлим, неможливість повернутися до діяльності) розглядають як окремий розлад, що потребує спеціалізованої допомоги.

Для оцінки ускладненого горя використовують інвентар ускладненого горя (ICG, 19 пунктів, а значення 25 і більше вказує на клінічно значущий рівень) та

шкалу розладу тривалого горя (PG-13-R, 13 пунктів), яка охоплює критерії розладу тривалого горя. Шкалу ADNM-20 застосовують для оцінки симптомів розладу адаптації: вона фіксує пов’язані зі стресором переймання та неспроможність адаптуватися. Для військових, рятувальників і медиків результати важливо поєднувати з оцінкою характеру втрати (раптова, насильницька, втрата побратима чи колеги, загибель під час рятувальної операції, відсутність можливості попрощатись).

Розлад тривалого горя за МКХ-11 діагностують за стійкого інтенсивного суму або туги за померлим понад шість місяців, за DSM-5-TR – у дорослих щонайменше через 12 місяців після втрати. У дітей та підлітків для цього достатньо шести місяців. Важливо відрізняти нормативне горе від розладу, не патологізуючи нормативних реакцій.

Ускладнює розрізнення й коморбідність (одночасна наявність кількох розладів), яка є правилом, а не винятком: тривога й депресія часто поєднуються, ПТСР супроводжується депресією, зловживанням алкоголем, порушеннями сну. Висока коморбідність впливає на вибір інструментів (потрібні різні шкали), інтерпретацію (симптоми перекриваються) та тактику допомоги (спершу безпека й стабілізація, потім терапія провідного розладу). У висновку фіксують профіль симптомів, а не одну «мітку» [14].

Препарати змінюють результати самозвіту: транквілізатори й снодійні можуть маскувати тривогу й безсоння, антидепресанти – знижувати вираженість депресивних проявів без повного відновлення функціонування, а алкоголь і стимулятори – спричиняти флуктуації настрою. Тому під час скринінгу з’ясовують прийом лікарських засобів та речовин, а динаміку інтерпретують з урахуванням лікування.

Диференційні питання на рівні скринінгу: чи мають симптоми соматичну причину (захворювання щитоподібної залози, анемія, наслідки травми мозку, прийом ліків, вживання речовин), чи не пов’язані вони з вживанням алкоголю або наркотиків, чи не є це проявом біполярного розладу, ПТСР, психотичного

розладу. Психолог не діагностує ці стани, але формулює питання для лікаря та забезпечує направлення.

Обмеження самозвітних шкал: вони чутливі до соціальної бажаності (особливо в службовому контексті, де визнання тривоги може сприйматися як слабкість), до розуміння тверджень, до культурних відмінностей у висловленні дистресу. У військовому, рятувальному й правоохоронному середовищі підвищений ризик заниження балів. Тому використовують нейтральні формулювання, анонімні опитування для групових оцінок та уточнення в бесіді. Високий бал за шкалою не дорівнює діагнозу, низький бал не виключає проблеми [9].

Методики. Шкала тривоги Бека (BAI): 21 пункт, 0–3, діапазон 0–63; рівні: 0–7 мінімальна, 8–15 легка, 16–25 помірна, 26–63 тяжка; акцент на соматичних проявах тривоги (серцебиття, тремор, запаморочення), що корисно для відмежування від депресії.

Опитувальник розладів настрою (MDQ): 13 пунктів «так/ні» про симптоми підвищеного настрою в минулому, питання про одночасність їх появи й вплив на функціонування; позитивний результат – 7 і більше відповідей «так» на першому блоці, одночасна поява симптомів і помірна або тяжка проблема; використовується для виявлення біполярного спектра перед призначенням лікування депресії; не діагностує розлад, а скеровує до лікаря.

Скринінг безсоння й тривоги в польових умовах: два–три питання про засинання, нічні пробудження, переживання перед сном; позитивна відповідь – привід для застосування ISI й оцінки впливу на функціонування.

Розлад адаптації як проміжна категорія. Огляд сучасних підходів до вивчення розладів адаптації (публікації 1968–2023 років) показує, що діагностичні критерії цього розладу залишаються розмитими, а для відмежування його від нормативної реакції на стрес і від інших розладів потрібна оцінка історії, чинників-предикторів, перебігу й прогнозу. Український клінічний протокол 2024 року об’єднує гостру реакцію на стрес,

ПТСР і порушення адаптації в одному документі та містить додатки з інструментами оцінки, серед яких DASS-21.

8.3. Повторні виміри як показник ефективності допомоги та перехід від скринінгу до клінічного інтерв'ю

Повторні виміри є основним способом оцінки ефективності допомоги. Одноразовий бал показує рівень на момент обстеження, а серія вимірювань відображає траєкторію. Для кожного інструменту встановлюють інтервал повторення (PHQ-9 і GAD-7 зазвичай кожні 2–4 тижні, BDI-II перед кожною сесією або раз на два тижні), фіксують дату й умови проведення, порівнюють з вихідним рівнем. Перевагою є рання ідентифікація осіб, у яких стан не поліпшується, що потребує корекції плану [14].

Критерії значущої зміни: зменшення сумарного балу PHQ-9 щонайменше на 5 балів вважають клінічно значущим; відповідь на лікування – зниження на 50 % і більше; ремісія – бал нижче 5. Для GAD-7 зміною, що перевищує похибку, вважають зменшення на 4 бали й більше. Ці критерії поєднують із індексом надійної зміни та з клінічною оцінкою функціонування (повернення до роботи, стосунків).

Окремо від порогу клінічно значущої різниці розраховують індекс надійної зміни: для PHQ-9 за стандартним відхиленням вихідного бала близько 5,5 і надійністю близько 0,85 він становить приблизно 5–6 балів, тому зменшення на 5 балів лежить на межі надійної зміни, а зменшення на 6–7 балів вважають достовірним. Підвищення бала на 5 і більше вимагає уточнення ситуації й стану безпеки. Для індивідуальних рішень краще поєднувати зміну з рівнем функціонування й наявністю суїцидальних думок.

Рішення про перехід від скринінгу до клінічного інтерв'ю ухвалюють за такими ознаками: бал вище порогу; позитивна відповідь на пункт про суїцидальні думки; розбіжність між скаргами й балами; наявність чинників ризику (втрата, травма, зловживання речовинами); відсутність поліпшення за 4–

6 тижнів. Клінічне інтерв'ю (MINI, SCID-5) або консультація лікаря допомагають підтвердити діагноз, оцінити тяжкість, визначити тип допомоги.

Інформування особи про результати скринінгу вимагає чіткого пояснення, що це не діагноз: «Ваші відповіді свідчать про симптоми, які потребують уваги. Це поширена реакція на тривалий стрес. Є способи допомоги». Результати обговорюють у підтримувальній формі, пояснюють, що значать бали, окреслюють подальші кроки, відповідають на запитання. Це знижує тривогу й підвищує готовність до допомоги [20].

Результати оцінки використовують для визначення рівня допомоги за ступеневою моделлю: легка симптоматика – психоосвіта, самодопомога, підтримка рівних, спостереження; помірна – структуровані втручання (когнітивно-поведінкова терапія, активізація поведінки, навчання навичкам регуляції); тяжка або ускладнена коморбідністю та ризиками – направлення до психіатра, комбіноване лікування. Цей підхід забезпечує відповідність допомоги потребам і раціональне використання ресурсів.

Особливості моніторингу в підрозділі чи зміні: регулярні анонімні скринінги з однаковою процедурою, агреговані показники (частка осіб з балами понад поріг, динаміка за тижнями), поєднання з показниками функціонування (сон, відпустки, дисциплінарні події, звернення до медичної служби). Результати передають керівництву у формі рекомендацій щодо відпочинку, навантаження й доступності допомоги, без ідентифікації осіб.

Типові помилки: розгляд скринінгового балу як діагнозу; ігнорування пункту про суїцид; одноразове обстеження без перевірки динаміки; використання нестандартних порогів без обґрунтування; порівняння результатів різних шкал за абсолютним значенням; відсутність зворотного зв'язку й плану дій після позитивного скринінгу [14; 16].

Правила інтерпретації динаміки й типові профілі. Профіль «тривога домінує» (GAD-7 – 10 балів і більше за PHQ-9 нижче 10 балів): імовірні тривожні розлади, реакція на стрес, симптоми ПТСР. Доцільно оцінити PCL-5,

сон і вживання речовин. Профіль «депресія домінує» (PHQ-9 – 10 балів і більше за GAD-7 нижче 10 балів): імовірні депресивний епізод, реакція втрати, ознаки виснаження. Обов'язково оцінюють суїцидальні думки. Змішаний профіль (обидві шкали – 10 балів і більше): високий дистрес, потрібна клінічна оцінка, ризик тривалого перебігу. Низькі показники за наявності вираженого страждання за спостереженням – привід перевірити достовірність, культурні й службові чинники заниження. Для динаміки порівнюють з вихідним рівнем: зниження на 5 балів і більше за PHQ-9 та на 4 бали й більше за GAD-7 вважають значущим, зростання на 5 балів і більше – сигналом до перегляду плану допомоги.

Теорії тривоги й депресії та вимоги до їх оцінювання. Когнітивна модель пояснює депресію негативною тріадою (негативні уявлення про себе, світ і майбутнє), а тривогу – катастрофічною оцінкою загрози. Біологічні моделі підкреслюють роль гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, нейромедіаторів і запалення. Сучасний підхід поєднує біопсихосоціальні чинники й розглядає симптоми як наслідок взаємодії схильності та стресорів, серед яких у військовослужбовців істотне місце займають бойовий стрес, втрати, ротаційні перерви, конфлікти в службовому колективі, а в рятувальників і медиків – повторна експозиція до загибелі людей, позмінна робота й професійне вигорання.

Моніторинг за OQ-45.2. Для відстеження результативності допомоги адаптовано опитувальник OQ-45.2: 45 пунктів, відповіді 0–4 за останній тиждень, заповнення займає 5–15 хвилин. Він охоплює шкали симптомного дистресу, міжособистісних стосунків і соціальних ролей та загальний бал, а для дорослих запропоновано межу 83 бали [23]. Обмеження адаптації (відсутність факторного аналізу, клінічної вибірки та перевірки чутливості до змін) вимагають обережної інтерпретації динаміки та поєднання OQ-45.2 з іншими даними.

Ключові поняття теми: *тривога й депресія; опитувальник PHQ-9; шкала GAD-7; інвентар депресії Бека (BDI-II); шкала Спілбергера (ситуативна й особистісна тривожність); розлад адаптації; коморбідність; клінічно значуща зміна; ступенева модель допомоги; перехід від скринінгу до клінічного інтерв'ю; ситуативна тривога; OQ-45.2.*

Питання для самоперевірки

1. Які діагностичні ознаки відрізняють депресію й тривогу та які інструменти їх вимірюють?

2. Яка структура PHQ-9 і GAD-7, як інтерпретують їх бали й порогові значення?

3. Для чого застосовують шкалу Спілбергера, і як розрізняють ситуативну та особистісну тривожність?

4. За якими критеріями розрізняють нормативну реакцію, розлад адаптації й депресивний чи тривожний розлад?

5. Чому коморбідність впливає на добір інструментів та інтерпретацію?

6. Які критерії значущої зміни застосовують у повторних вимірах і як вони пов'язані з індексом надійної зміни?

7. За яких ознак здійснюють перехід від скринінгу до клінічного інтерв'ю?

8. Як інтерпретувати високі бали GAD-7 в умовах війни та чому потрібна диференційна діагностика?