

Говоров С.А., Пантелеева О.И., Олейчик М.И.,  
Шевченко О.П.

Русскоязычная версия PHQ-9:  
пилотажная оценка надежности, валидности  
и факторной структуры в клинической выборке

Govorov S.A., Panteleeva O.I., Oleychik M.I.,  
Shevchenko O.P.

The Russian Version of the PHQ-9:  
A Pilot Assessment of Reliability, Validity,  
and Factor Structure in a Clinical Sample

*Научный центр психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ), Москва, Россия  
Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия*

В статье представлены результаты исследования психометрических свойств русскоязычной версии опросника PHQ-9 на выборке российских пациентов психиатрического стационара с диагностированным депрессивным синдромом ( $n = 84$ ) в рамках аффективных и шизотипического расстройств.

Цель работы – валидизация инструмента для клинического применения.

В исследовании участвовали 84 пациента ФГБНУ НЦПЗ с диагностированным депрессивным синдромом (F31, F32, F33, F21 по МКБ-10). Использовались методы описательной статистики, анализ надёжности, подтверждающий факторный анализ (КФА) и оценка дискриминативной способности.

Результаты обнаружили хорошую внутреннюю надёжность опросника ( $\alpha$  Кронбаха = 0,81). Установлена высокая конвергентная валидность с опросником депрессии Бека ( $r = 0,77$ ,  $p < 0,001$ ). Пороговый балл  $\geq 10$  для скрининга депрессивного синдрома продемонстрировал чувствительность 73,8% и специфичность 81,0%; площадь под ROC-кривой (AUC) составила 0,86, что указывает на высокую диагностическую точность. КФА выявил двухфакторную структуру: она показала лучшее соответствие данным в сравнении с однофакторной моделью. При анализе симптомов оказалось, что наиболее выраженными в выборке были трудности с концентрацией внимания, ангедония и усталость. Распределение симптомов не зависело от нозологической принадлежности, что подчеркивает наднозологический характер депрессивного синдрома и универсальность PHQ-9 для оценки депрессивного состояния в разных нозологических группах непсихотического уровня.

Делается вывод, что русскоязычная версия PHQ-9 является надёжным и валидным инструментом для скрининга депрессии у пациентов с непсихотическими расстройствами. Подтвержденный пороговый балл  $\geq 10$  реко-

мендуется интерпретировать как подозрение на клинически выраженный депрессивный синдром, при котором требуется углубленное обследование пациента лечащим врачом на предмет тяжести депрессивной симптоматики и необходимости оказания соответствующей помощи.

*Ключевые слова:* PHQ-9, депрессивный синдром, психометрические свойства, факторная структура, скрининг депрессии, аффективные расстройства, шизотипическое расстройство, пороговый балл

*Для цитирования:* Говоров, С.А., Пантелеева, О.И., Олейчик, М.И., Шевченко, О.П. Русскоязычная версия PHQ-9: пилотажная оценка надежности, валидности и факторной структуры в клинической выборке // Новые психологические исследования. 2026. № 1. С. 189–202. DOI: 10.51217/npsyresearch\_2026\_06\_01\_10

## Введение

В последние десятилетия депрессивные расстройства перешли из сугубо медицинской в глобальную медико-социальную проблему как для системы здравоохранения, так и для мировой экономики. В разных странах мира, включая РФ, их распространенность в течение жизни достигает 9–13%. (Медведев и др., 2023). Своевременная диагностика депрессии позволяет предупредить развитие серьезных осложнений (напр., суицидального поведения) и хронизацию заболевания и вовремя начать эффективное лечение.

Впервые опубликованный в 2001 г. опросник депрессии PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) на сегодняшний день является ведущим в мире психометрическим инструментом оценки депрессивной симптоматики (Kroenke, 2021). Во многом это обусловлено его краткостью (9 утверждений) и простотой использования (суммация баллов). Опросник переведен более, чем на 100 языков (там же), и успешно используется для диагностики депрессии у пациентов с неврологическими (Sun et al., 2022) и психиатрическими (Wang et al., 2023) диагнозами, сердечно-сосудистыми заболеваниями (Di Matteo et al., 2025), ВИЧ инфекцией (Yotebieng et al., 2024), онкологией (Li et al., 2024), бесплодием (Maroufizadeh, 2019), заболеваниями ЖКТ (Litster, 2018).

В своих работах отечественные исследователи все чаще обращаются к русскоязычной версии PHQ-9 (напр., Климак и др., 2024; Мосолова, Сосин, 2022). В работе Погосовой Н.В. и соавт. (2014) по адаптации PHQ-2 и PHQ-9 на российской выборке пациентов общемедицинской практики было продемонстрировано, что опросник обладает хорошими психометрическими характеристиками. Оценка порогового балла  $\geq 10$  для опросника PHQ-9 показала удовлетвори-

тельный баланс между чувствительностью (68,9%) и специфичностью (93,3%) в скрининге депрессии. В исследовании Золотаревой А.А. (2023) была проведена комплексная психометрическая оценка русскоязычной версии РНQ-9 на большой выборке россиян ( $n = 1800$ ). Результаты подтвердили хорошую внутреннюю надежность опросника ( $\alpha = 0,89$ ) и выявили его однофакторную структуру. В исследовании также отмечается необходимость оценки психометрических свойств РНQ-9 на клинической выборке лиц с диагностированными психическими расстройствами.

Цель настоящего исследования – оценка психометрических свойств опросника РНQ-9 на российской выборке психиатрических пациентов с диагностированным депрессивным синдромом.

### **Пациенты и методы**

В исследовании приняли участие 84 пациента ФГБНУ НЦПЗ с депрессивным синдромом в рамках непсихотических психических расстройств (42 М и 42 Ж, возраст:  $M = 22,27$ ,  $SD = 5,08$ ):

– аффективные расстройства (21 М и 21 Ж, возраст:  $M = 22,86$ ,  $SD = 5,6$ ): F31 (биполярное аффективное расстройство), депрессивная фаза; F32 (депрессивный эпизод); F33 (рекуррентное депрессивное расстройство);

– шизофреническое расстройство (F21) с сопутствующим депрессивным синдромом (21 М и 21 Ж, возраст:  $M = 21,79$ ,  $SD = 4,63$ ).

Пациенты обследованы на этапе становления ремиссии. Диагнозы устанавливались лечащим врачом-психиатром.

#### *Критерии исключения:*

- психотическая симптоматика;
- органическое заболевание ЦНС;
- хронические соматические заболевания в стадии декомпенсации;
- психические и поведенческие нарушения вследствие употребления психоактивных веществ, алкоголизма, наркомании;
- умственная отсталость.

Контрольную группу составили 42 студента РНИМУ им. Пирогова без диагностированных неврологических и психических заболеваний, а также без суицидальных попыток в анамнезе (20 М и 22 Ж, возраст:  $M = 21,69$ ,  $SD = 4,11$ ).

Настоящее исследование является частью большого проекта, посвященного изучению чувства юмора лиц с депрессивным синдромом. Исследование соответствует стандартам Хельсинской декларации и было одобрено локальным Этическим комитетом ФГБНУ НЦПЗ (протокол № 918 от 2.11.2023). Участники дали добровольное информированное согласие на участие, предварительно ознакомившись с процедурой исследования и возможностью отказа от участия на любом из этапов.

Участникам исследования предлагалось заполнить опросник PHQ-9 в онлайн-формате (Google Forms), состоящий из 9 утверждений, отражающих различные симптомы депрессии (подавленность и тревожность, проблемы со сном, трудности с концентрацией внимания, антивитаальные/суицидальные мысли и др.). Симптомы оценивались по шкале Лайкерта от 0 («совсем нет») до 3 («почти каждый день»). Итоговый балл подсчитывался суммой набранных баллов. В исследовании использовался текст опросника, опубликованный в работе А.А. Золотаревой (2023).

Также для проверки конвергентной валидности PHQ-9 в исследовании использовался опросник депрессии Бека – Beck Depression Inventory, BDI в отечественной адаптации (Гарабрина, 2001). Опросник предназначен для выявления симптомов депрессии на момент обследования и состоит из 21 группы утверждений, соответствующих различным степеням выраженности того или иного симптома. При интерпретации данных используется суммарный балл по всем группам утверждений.

При анализе полученных данных были применены методы описательной статистики, коэффициенты  $\alpha$ -Кронбаха, критерий  $\chi^2$  Пирсона, эксплораторный факторный анализ и подтверждающий факторный анализ. Обработка данных проведена в IBM SPSS 26.0, jamovi 2.3.21.

## Результаты

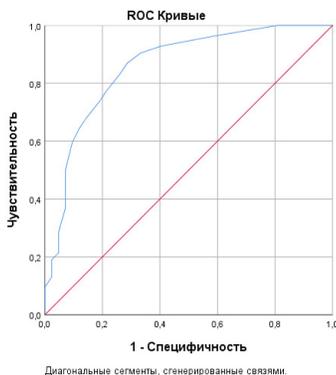
В табл. 1 представлена описательная статистика для пунктов PHQ-9. Общий коэффициент  $\alpha$ -Кронбаха составил значение 0,81 (хорошая внутренняя надежность). Коэффициенты  $\alpha$ -Кронбаха снижались при исключении отдельных пунктов из шкалы, что указывает на ее хорошую композицию.

**Таблица 1.** Описательная статистика пунктов PHQ-9

	М	SD	$\alpha$ -Кронбаха
1. Снижение интереса и удовольствия от привычных дел	1,89	1,042	0,78
2. Чувство подавленности или безнадежности	1,62	1,040	0,77
3. Проблемы со сном (неспособность заснуть, раннее пробуждение или слишком долгий сон)	1,49	1,177	0,81
4. Чувство усталости или недостатка энергии	1,92	0,972	0,79
5. Плохой аппетит или переедание	1,42	1,164	0,80
6. Плохое мнение о себе или чувство, что не смог оправдать ожиданий моей семьи	1,73	1,186	0,80
7. Проблемы с концентрацией внимания (например, при чтении газеты или просмотре телевизионной передачи)	1,86	1,194	0,79
8. Замедленность движений или речи, которая стала заметна другим людям, или, напротив, суетливость, когда движения и речь стали более быстрыми и беспокойными	1,27	1,226	0,78
9. Мысли о том, что мне бы хотелось умереть или причинить себе боль	0,88	1,091	0,77

*Примечание.* В таблице даны коэффициенты  $\alpha$ -Кронбаха PHQ-9 при исключении соответствующего пункта из шкалы.

Расчёт порогового балла PHQ-9 показал, что при значениях выше 9,5 его чувствительность в определении факта наличия у пациента депрессивного синдрома составляет 73,8%, специфичность 81,0%. Качество суммарного балла PHQ-9 как классификатора высокое: AUC для полученной ROC-кривой 0,86, 95% ДИ [0,79; 0,93],  $p < 0,001$  (см. рис. 1)



*Рис. 1.* ROC-кривая, характеризующая дискриминационную способность общего балла опросника PHQ-9 для прогнозирования депрессии

Корреляция общего балла RНQ-9 и общего балла методики Бека составляет 0,77 ( $p < 0,001$ ), что соответствует очень высокой силе связи (шкала Чеддока).

*Факторная структура.* Конфирматорный факторный анализ (КФА) обнаруживает двухфакторное решение, объясняющее 55,7% дисперсии (КМО 0,78; показатель сферичности Бартлетта 243,06 ( $df = 36$ ),  $p < 0,001$ ). В первый фактор вошли пункты шкалы под номерами 1, 2, 4, 6, 9 (факторные нагрузки от 0,5 до 0,76). Во второй фактор вошли пункты шкалы 3, 5, 7 и 8 (факторные нагрузки от 0,56 до 0,81) (см. табл. 2).

**Таблица 2.** Текст опросника RНQ-9 и распределение утверждений по факторам

Утверждение опросника	Фактор
1. Снижение интереса и удовольствия от привычных дел	1
2. Чувство подавленности или безнадежности	1
3. Проблемы со сном (неспособность заснуть, раннее пробуждение или слишком долгий сон)	2
4. Чувство усталости или недостатка энергии	1
5. Плохой аппетит или переедание	2
6. Плохое мнение о себе или чувство, что не смог оправдать ожиданий моей семьи	1
7. Проблемы с концентрацией внимания (например, при чтении газеты или просмотре телевизионной передачи)	2
8. Замедленность движений или речи, которая стала заметна другим людям, или, напротив, суетливость, когда движения и речь стали более быстрыми и беспокойными	2
9. Мысли о том, что мне бы хотелось умереть или причинить себе боль	1

Оценки CFI, TLI и RMSEA для однофакторной модели находятся ниже допустимых пределов (см. табл. 3). При этом двухфакторная модель показывает приемлемое соответствие. Результат корреляционного анализа выявил статистически значимую на высоком уровне достоверности прямую связь умеренной силы (шкала Чеддока) между двумя факторами, коэффициент корреляции Пирсона 0,462 ( $p < 0,001$ ).

*Частотное распределение симптомов депрессии.* Так как клиническую выборку составили пациенты из двух нозологических групп (аффективные расстройства и шизотипическое расстройство), мы применили критерий  $\chi^2$  Пирсона для оценки зависимости частотного распределе-

ния симптомов депрессии от принадлежности к нозологической группе. Результаты показали статистически равнозначную частотность симптомов в обеих группах.

**Таблица 3.** Индексы соответствия моделей по данным опросника PHQ-9

Модель	$\chi^2$ (df)	CFI	TLI	RMSEA	AIC	BIC
Однофакторная модель	70,8 (27)	0,81	0,74	0,14	2172	2238
Двухфакторная модель	41,0 (26)	0,93	0,91	0,08	2144	2212

В таблице 4 представлено частотное распределение по выраженности симптомов депрессии по всей выборке.

**Таблица 4.** Частотное распределение по выраженности симптомов депрессии по PHQ-9

Утверждение опросника	Совсем нет, %	В течение нескольких дней, %	Более, чем половину этого времени, %	Почти каждый день, %
1. Снижение интереса и удовольствия от привычных дел	10,7	27,4	23,8	38,1
2. Чувство подавленности или безнадежности	13,1	40,5	17,9	28,6
3. Проблемы со сном (неспособность заснуть, раннее пробуждение или слишком долгий сон)	26,2	28,6	15,5	29,8
4. Чувство усталости или недостатка энергии	8,3	26,2	31,0	34,5
5. Плохой аппетит или переедание	32,1	16,7	28,6	22,6
6. Плохое мнение о себе или чувство, что не смог оправдать ожиданий моей семьи	22,6	19,0	21,4	36,9
7. Проблемы с концентрацией внимания (например, при чтении газеты или просмотре телевизионной передачи)	21,4	14,3	21,4	42,9
8. Замедленность движений или речи, которая стала заметна другим людям, или, напротив, суетливость, когда движения и речь стали более быстрыми и беспокойными	41,7	11,9	23,8	22,6
9. Мысли о том, что мне бы хотелось умереть или причинить себе боль	51,2	23,8	10,7	14,3

## Обсуждение результатов

Настоящее исследование было направлено на оценку психометрических свойств русскоязычной версии опросника PHQ-9 на выборке пациентов психиатрического стационара с диагностированным депрессивным синдромом.

*Надежность и валидность.* Высокий коэффициент внутренней согласованности опросника ( $\alpha$  Кронбаха = 0,81) соответствует данным, полученным на общей популяции в России ( $\alpha = 0,89$ ; Золотарева, 2023), а также результатам международных исследований, где значения  $\alpha$  обычно превышают 0,80. Это свидетельствует о хорошей внутренней согласованности инструмента и однородности измеряемого конструкта в клинической выборке. Высокая конвергентная валидность, подтвержденная сильной корреляцией между баллами PHQ-9 и BDI ( $r = 0,77$ ,  $p < 0,001$ ), указывает на то, что оба инструмента измеряют схожие конструкты (депрессивная симптоматика).

*Пороговый балл и дискриминативная способность.* Пороговый балл  $\geq 10$  для скрининга депрессивного синдрома обеспечивает удовлетворительный показатель чувствительности (73,8%) и хороший показатель специфичности (81,0%). Величина площади под ROC-кривой (AUC = 0,86) указывает на то, что PHQ-9 является эффективным инструментом для выявления депрессии у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами.

*Факторная структура.* Одним из наиболее интересных результатов нашего исследования стало выявление двухфакторной структуры PHQ-9, которая показала гораздо лучшее соответствие полученным данным в сравнении с однофакторной моделью. Первый выявленный фактор объединил симптомы, связанные с *аффективной и мотивационной сферой* (ангедония, подавленность, усталость, чувство вины и суицидальные мысли). Второй фактор включил в себя *соматические и когнитивные симптомы* (нарушения сна и аппетита, проблемы с концентрацией внимания и психомоторные нарушения). Умеренная корреляция между факторами ( $r = 0,462$ ) подтверждает их взаимосвязь в рамках общего конструкта (депрессивной симптоматики), но также указывает и на их относительную независимость.

Данное расхождение с однофакторной моделью, подтвержденной на общей популяции (Золотарева, 2023), может быть объяснено спецификой клинической выборки. У пациентов с клинически выраженным депрессивным синдромом симптоматика может быть структурирована иначе, более явно разделяясь на относительно независимые друг от друга компоненты. Необходимо отметить, что среди зару-

бежных исследователей на настоящий момент отсутствует консенсус относительно того, рассматривать ли РНQ-9 как одно- или двухфакторный опросник, так как результаты исследований варьируют в зависимости от страны и выборки (Boothroyd, 2019).

*Клиническая картина.* Частотный анализ выявил, что наиболее распространенными депрессивными симптомами в выборке были следующие: трудности с концентрацией внимания (42,9%, «почти каждый день»), ангедония (38,1%) и чувство усталости и недостатка энергии (34,5%). Наименее распространенным симптомом оказались антивитальные мысли/суицидальная идеация (14,3%). По всей видимости, последнее связано с тем, что в исследовании принимали участие пациенты на этапе становления ремиссии. Важно отметить, что распределение симптомов не зависело от нозологической принадлежности (аффективные расстройства, шизотипическое расстройство), что подчеркивает наднозологический характер депрессивного синдрома и универсальность РНQ-9 для оценки депрессивного состояния в разных нозологических группах непсихотического уровня.

### **Заключение**

Результаты настоящего исследования позволяют сделать вывод о том, что русскоязычная версия опросника РНQ-9 является надежным и валидным психометрическим инструментом для скрининга депрессивной симптоматики психиатрических пациентов с непсихотическими расстройствами. Подтвержденный пороговый балл  $\geq 10$  рекомендуется интерпретировать как подозрение на клинически выраженный депрессивный синдром, при котором требуется углубленное обследование пациента лечащим врачом на предмет тяжести депрессивной симптоматики и необходимости оказания соответствующей помощи.

### **Ограничение и перспективы исследования**

Следует отметить ряд ограничений настоящего исследования. Во-первых, это относительно небольшой объем выборки ( $n = 84$ ), поэтому настоящее исследование рекомендуется рассматривать как пилотажное. Во-вторых, в выборку вошли непсихотические пациенты на стадии становления ремиссии. Психометрические характеристики опросника могут отличаться при их исследовании на пациентах психотического уровня, а также на других стадиях течения заболевания (острая фаза, полная ремиссия). Для окончательной валидации инструмента необходимы дальнейшие исследования на более широких клинических выборках. Также особый интерес представляет даль-

нейшее изучение факторной структуры опросника на клинических выборках, так как это может иметь важное значение для понимания феноменологии и структуры депрессивного синдрома в разных нозологических группах и разработки целенаправленных терапевтических вмешательств.

### Литература

- Золотарева, А.А. Диагностика депрессии: психометрическая оценка русскоязычной версии опросника здоровья пациента (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) // Клиническая и специальная психология. 2023. Т. 12. № 4. С. 107–121. DOI: 10.17759/cpse.2023120406
- Климак, А.В., Харьковская, О.А., Кудрявцев, А.В. Возрастные особенности депрессии у жителей Арктической зоны // Клиническая и специальная психология. 2024. Т. 13. № 2. С. 34–45. DOI: 10.17759/cpse.2024130202
- Медведев, А.Д., Павличенко, А.В., Трушелёв, С.А. и др. Депрессивные расстройства: эпидемиология, бремя болезни и медико-социальная характеристика пациентов // Российский психиатрический журнал. 2023. № 6. С. 76–86. DOI: 10.34757/1560-957X.2023.27.6.009
- Мосолова, Е.С., Сосин, Д.Н. Стресс, тревога, депрессия и профессиональное выгорание у медицинских работников во время двух волн пандемии COVID-19 в России // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022. Т. 122. № 6. С. 128–133. DOI: 10.17116/jnevro2022122061128
- Погосова, Н.В., Довженко, Т.В., Бабин, А.Г. и др. Русскоязычная версия опросников PHQ-2 и 9: чувствительность и специфичность при выявлении депрессии у пациентов общемедицинской амбулаторной практики // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014. Т. 13. № 3. С. 18–24. DOI: 10.15829/1728-8800-2014-3-18-24
- Тарабрина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001.
- Boothroyd, L., Dagnan, D., Muncer, S. PHQ-9: One factor or two? // Psychiatry Research. 2019. Vol. 271. P. 532–534. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.048>.
- Di Matteo, R., Bolgeo, T., Simonelli, N. et al. Psychometric Properties and Measurement Invariance of the Patient Health Questionnaire 9 in an Italian Coronary Heart Disease Population // Journal of Cardiovascular Nursing. 2025. Vol. 40. No. 6. P. E452–E461. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000001178>
- Kroenke, K. PHQ-9: global uptake of a depression scale // World Psychiatry. 2021. Vol. 20. No. 1. P. 135–136. <https://doi.org/10.1002/wps.20821>
- Li, J., Khajouejinejad, N., Sarfaty, N., Yu, E. et al. Examining the prevalence of anxiety and depression in surgical oncology patients: Results of a prospective

- cohort study // Journal of Clinical Oncology. 2024. Vol. 42. No. 3 (suppl.). P. 734. [https://doi.org/10.1200/JCO.2024.42.3\\_suppl.734](https://doi.org/10.1200/JCO.2024.42.3_suppl.734)
- Litster, B., Bernstein, C.N., Graff, L.A. et al. Validation of the PHQ-9 for suicidal ideation in persons with inflammatory bowel disease // Inflammatory Bowel Diseases. 2018. Vol. 24. No. 8. P. 1641–1648. <https://doi.org/10.1093/ibd/izy032>
- Maroufizadeh, S., Omani-Samani, R., Almasi-Hashiani, A. et al. The reliability and validity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and PHQ-2 in patients with infertility // Reproductive Health. 2019. Vol. 16. P. 137. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0802-x>
- Sun, Y., Kong, Z., Song, Y. et al. The validity and reliability of the PHQ-9 on screening of depression in neurology: a cross sectional study // BMC Psychiatry. 2022. Vol. 22. P. 98. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03661-w>
- Wang, R., Zheng, S., Ouyang, X. et al. Suicidality and Its Association with Stigma in Clinically Stable Patients with Schizophrenia in Rural China // Psychology Research and Behavior Management. 2023. Vol. 16. P. 1947–1956. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S413070>
- Yotebieng, M., Zotova, N., Bernard, C. et al. Accuracy of PHQ-9 against psychiatric diagnosis for depression among people living with HIV: A multicounty cross-sectional study // AIDS. 2024. Vol. 38. No. 9. P. 1349–1358. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000003963>

### Сведения об авторах

*Станислав А. Говоров*, аспирант отдела медицинской психологии, медицинский психолог третьего клинического отделения, Научный центр психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ), Москва, Россия; 115522, Россия, Москва, Каширское ш., д. 34; [stsgovorov@hotmail.com](mailto:stsgovorov@hotmail.com)

*Ольга П. Пантелеева*, специалист по статистике, независимый исследователь, выпускница физического факультета, МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия; 119991, Россия, Москва, Ленинские горы, д. 1; [oiipanteleeva@mail.ru](mailto:oiipanteleeva@mail.ru)

*Михаил П. Олейчик*, младший научный сотрудник отдела медицинской психологии, младший научный сотрудник отдела междисциплинарных исследований, медицинский психолог третьего клинического отделения, Научный центр психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ), Москва, Россия; 115522, Россия, Москва, Каширское ш., д. 34; [mr.oleychik@mail.ru](mailto:mr.oleychik@mail.ru)

*Ольга П. Шевченко*, младший научный сотрудник отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний, Научный центр психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ), Москва, Россия; 115522, Россия, Москва, Каширское ш., д. 34; [shevchenkolga@yandex.ru](mailto:shevchenkolga@yandex.ru)

Govorov S.A., Panteleeva O.I., Oleychik M.I.,  
Shevchenko O.P.

The Russian Version of the PHQ-9:  
A Pilot Assessment of Reliability, Validity,  
and Factor Structure in a Clinical Sample

*Mental Health Research Center, Moscow, Russia*  
*Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia*

The article presents the results of a study assessing the psychometric properties of the Russian-language version of the PHQ-9 questionnaire in a sample of Russian psychiatric inpatients with a diagnosed depressive syndrome ( $n = 84$ ) (affective and schizotypal disorders).

The aim was to validate the tool for clinical use.

The study involved 84 patients from the Mental Health Research Center with a diagnosed depressive syndrome (F31, F32, F33, F21 according to ICD-10). Methods included descriptive statistics, reliability analysis, confirmatory factor analysis (CFA), and assessment of discriminatory power.

The results demonstrated good internal reliability of the questionnaire (Cronbach's  $\alpha = .81$ ). High convergent validity with the Beck Depression Inventory was established ( $r = .77$ ,  $p < .001$ ). A cutoff score of  $\geq 10$  for screening for depressive syndrome showed a sensitivity of 73.8% and specificity of 81.0%; the area under the ROC curve (AUC) was .86, indicating high diagnostic accuracy. CFA revealed that a two-factor model fitted the data better than a one-factor model. Analysis of symptoms showed that concentration difficulties, anhedonia, and fatigue were the most common symptoms in the sample. The symptoms' distribution was independent of the specific diagnostic group, highlighting that depressive syndrome is trans-nosological and demonstrating the utility of the PHQ-9 for assessing depression across various non-psychotic diagnostic groups.

It is concluded that the Russian-language version of the PHQ-9 is a reliable and valid tool for screening for depression in patients with non-psychotic disorders. A confirmed cutoff score of  $\geq 10$  should raise suspicion of a clinically significant depressive syndrome, necessitating a comprehensive evaluation to determine the severity of symptoms and the need for appropriate professional care.

*Key words:* PHQ-9, depressive syndrome, psychometric properties, factor structure, depression screening, affective disorders, schizotypal disorder, cutoff score

*For citation:* Govorov, S.A., Panteleeva, O.I., Oleychik, M.I., Shevchenko, O.P. (2026). The Russian Version of the PHQ-9: A Pilot Assessment of Reliability, Validity, and Factor Structure in a Clinical Sample. *New Psychological Research*, No. 1, 189–202. DOI: 10.51217/npsyresearch\_2026\_06\_01\_10

## References

Boothroyd, L., Dagnan, D., Muncer, S. (2019). PHQ-9: One factor or two? *Psychiatry Research*, 271, 532–534. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.048>

- Di Matteo, R., Bolgeo, T., Simonelli, N., Dal Molin, A., Bassola, B., Lusignani, M., Maconi, A., Rasero, L., Vellone, E., Iovino, P. (2025). Psychometric properties and measurement invariance of the Patient Health Questionnaire-9 in an Italian coronary heart disease population. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 40(6), E452–E461. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000001178>
- Klimak, A.V., Kharkova, O.A., Kudryavtsev, A.V. (2024). Age-related features of depression in residents of the Arctic zone. *Klinicheskaya i Spetsial'naya Psikhologiya*, 13(2), 34–45. <https://doi.org/10.17759/cpse.2024130202>
- Kroenke, K. (2021). PHQ-9: Global uptake of a depression scale. *World Psychiatry*, 20(1), 135–136. <https://doi.org/10.1002/wps.20821>
- Li, J., Khajouejinejad, N., Sarfaty, N., Yu, E., Troob, S., Buseck, A., Correa, C., Magge, D., Sarpel, U., Cohen, N. A. (2024). Examining the prevalence of anxiety and depression in surgical oncology patients: Results of a prospective cohort study. *Journal of Clinical Oncology*, 42(3 Suppl.), 734. [https://doi.org/10.1200/JCO.2024.42.3\\_suppl.734](https://doi.org/10.1200/JCO.2024.42.3_suppl.734)
- Litster, B., Bernstein, C.N., Graff, L.A., Walker, J.R., Fisk, J.D., Patten, S.B., Bolton, J.M., Sareen, J., El-Gabalawy, R., Marrie, R.A. (2018). Validation of the PHQ-9 for suicidal ideation in persons with inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 24(8), 1641–1648. <https://doi.org/10.1093/ibd/izy032>
- Maroufizadeh, S., Omani-Samani, R., Almasi-Hashiani, A., Amini, P., Sepidarkish, M. (2019). The reliability and validity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and PHQ-2 in patients with infertility. *Reproductive Health*, 16, 137. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0802-x>
- Medvedev, A.D., Pavlichenko, A.V., Trushchelev, S.A., Shatunova, O.L., Aleksashina, K.A. (2023). Depressive disorders: Epidemiology, burden of disease, medical and social characteristics of the patients. *Rossiiskii Psikhiatricheskii Zhurnal*, 6, 76–86. <https://doi.org/10.34757/1560-957X.2023.27.6.009>
- Mosolova, E.S., Sosin, D.N. (2022). Stress, anxiety, depression and burnout in healthcare workers during the first two outbreaks of COVID-19 in Russia. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiiatrii imeni S. S. Korsakova*, 122(6), 128–133. <https://doi.org/10.17116/jnevro2022122061128>
- Pogosova, N.V., Dovzhenko, T.V., Babin, A.G., Kursakov, A.A., Vygodin, V.A. (2014). Russian version of PHQ-2 and PHQ-9 questionnaires: Sensitivity and specificity in detection of depression in outpatient general medical practice. *Kardiovaskulyarnaya Terapiya i Profilaktika*, 13(3), 18–24. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2014-3-18-24>
- Sun, Y., Kong, Z., Song, Y., Liu, J., Wang, X. (2022). The validity and reliability of the PHQ-9 on screening of depression in neurology: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 22, 98. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03661-w>
- Tarabrina, N.V. (2001). *Workshop on the psychology of post-traumatic stress*. St. Petersburg: Piter.

- Wang, R., Zheng, S., Ouyang, X., Zhang, S., Ge, M., Yang, M., (...) Zhou, X. (2023). Suicidality and its association with stigma in clinically stable patients with schizophrenia in rural China. *Psychology Research and Behavior Management*, 16, 1947–1956. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S413070>
- Yotebieng, M., Zotova, N., Bernard, C., Goodrich, S., Awoh, A. R., Watanick, D., (...) IeDEA Consortium. (2024). Accuracy of PHQ-9 against psychiatric diagnosis for depression among people living with HIV: A multicountry cross-sectional study. *AIDS*, 38(9), 1349–1358. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000003963>
- Zolotareva, A.A. (2023). Diagnosis of depression: Psychometric examination of the Russian version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Klinicheskaya i Spetsial'naya Psikhologiya*, 12(4), 107–121. <https://doi.org/10.17759/cpse.2023120406>

### Information about the authors

*Stanislav A. Govorov*, PhD student, Department of Medical Psychology, Clinical Psychologist, the Third Clinical Department, Mental Health Research Center, Moscow, Russia; bld. 34, Kashirskoye hwy., Moscow, Russia, 115522; [stsgovorov@hotmail.com](mailto:stsgovorov@hotmail.com)

*Olga I. Panteleeva*, Statistician, Independent Researcher, Graduate of the Faculty of Physics, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia; bld. 1, Leninskiy Gory, Moscow, Russia, 119991; [oipanteleeva@mail.ru](mailto:oipanteleeva@mail.ru)

*Mikhail I. Oleychik*, Junior Researcher, Department of Medical Psychology, Junior Researcher, Department for Interdisciplinary Research, Clinical Psychologist, the Third Clinical Department, Mental Health Research Center, Moscow, Russia; bld. 34, Kashirskoye hwy., Moscow, Russia, 115522; [mr.oleychik@mail.ru](mailto:mr.oleychik@mail.ru)

*Olga P. Shevchenko*, Junior Researcher, Department of Endogenous Mental Disorders and Affective States Research, bld. 34, Kashirskoye hwy., Moscow, Russia, 115522; [shevchenkolga@yandex.ru](mailto:shevchenkolga@yandex.ru)