

<https://doi.org/10.34883/Pl.2025.16.4.011>



Голубев С.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

От контроля симптомов депрессии к улучшению качества жизни пациента: потенциал вортиоксетина. Часть 1. Качество жизни при депрессии: общее и особенное

Конфликт интересов: не заявлен.

Подана: 10.09.2025

Принята: 17.11.2025

Контакты: golubev2000@yahoo.com

Резюме

Традиционная парадигма оценки эффективности лечения депрессии, основанная на оценке редукции симптоматики по стандартизированным шкалам, оставляет за скобками критически важные аспекты улучшения качества жизни, связанного со здоровьем пациента (КЖ). Современная холистическая концепция оказания медицинской помощи требует переосмысления целей лечения с акцентом на восстановление способности пациента жить полноценной жизнью. В данном научно-практическом обзоре, ориентированном на потребности амбулаторной медицинской помощи, представлен комплексный анализ влияния модулятора серотониновых рецепторов вортиоксетина на компоненты КЖ пациентов с депрессией. В первой части сообщения обсуждены проблемные вопросы оценки КЖ при депрессивных расстройствах и обоснована концептуальная трехуровневая модель оценки по 3 основным доменам (психологическое, физическое и социальное здоровье). В результате анализа литературы выявлены компоненты КЖ, по которым имеется информация по эффектам вортиоксетина в соответствии с рассматриваемой концептуальной моделью.

Ключевые слова: депрессия, качество жизни, антидепрессанты, вортиоксетин, когнитивные нарушения, ангедония, сексуальная функция, боль, сон, функционирование, благополучие, удовлетворенность

Golubev S.
Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

From Controlling Depression Symptoms to Improving Patient Quality of Life: the Potential of Vortioxetine. Part 1. Quality of Life in Depression: General and Specific

Conflict of interest: nothing to declare.

Submitted: 10.09.2025

Accepted: 17.11.2025

Contacts: golubev2000@yahoo.com

Abstract

The traditional paradigm for assessing the effectiveness of depression treatment, based on symptom reduction using standardized scales, ignores critically important aspects of improving patients' health-related quality of life (QL). A modern holistic approach to healthcare requires a rethinking of treatment goals with an emphasis on restoring the patient's ability to live a full life. This scientific and practical review, focused on the needs of outpatient healthcare, presents a comprehensive analysis of the effects of the serotonin receptor modulator vortioxetine on QL components in patients with depression. The first part of this paper discusses problematic issues in assessing QL in depressive disorders and substantiates a conceptual three-level assessment model across three main domains (psychological, physical, and social health). A literature review identified QL components for which information on the effects of vortioxetine is available, consistent with the conceptual model under consideration.

Keywords: depression, quality of life, antidepressants, vortioxetine, cognitive impairment, anhedonia, sexual function, pain, sleep, functioning, well-being, satisfaction

■ ВВЕДЕНИЕ

Депрессивные расстройства остаются одной из основных причин ухудшения качества жизни и инвалидизации во всем мире. По данным Global Burden of Disease (GBD) 2021, депрессивные расстройства являлись во всем мире второй ведущей причиной лет жизни, прожитых с инвалидностью (YLD), – 56,3 млн YLD, что на 36,5% выше по сравнению с 2010 годом [1]. Национальное исследование STEPS 2020 по распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь выявило, что 12,4% населения страдали от вероятной депрессии в течение последних 12 месяцев (по валидированному алгоритму анализа депрессивных симптомов) [2].

Традиционная парадигма лечения депрессии, сформировавшаяся в 1960–1980-х годах, основывается на редукции психопатологической симптоматики, оцениваемой посредством стандартизированных рейтинговых шкал, таких как HAM-D, MADRS, BDI и других. Однако накопленные данные демонстрируют, что достижение симптоматической ремиссии не гарантирует полного восстановления функционирования и улучшения самочувствия пациента [3, 4]. Исследование STAR*D показало, что среди

пациентов в ремиссии значительная часть не возвращалась к работе, не восстанавливала социальные связи и продолжала испытывать когнитивные нарушения [5, 6]. Более того, пациенты с рекуррентной или хронической депрессией часто переопределяют цели лечения: вместо полного выздоровления они стремятся научиться управлять депрессией и функционировать удовлетворительно [7]. С другой стороны, остаточные функциональные нарушения и субъективные ощущения являются предикторами последующих рецидивов депрессивных эпизодов [8]. Указанные обстоятельства создают методологическую и клиническую необходимость систематической оценки эффективности лечения депрессии на основе результатов, репортируемых самим пациентом. Решать эту задачу – как в условиях научного исследования, так и в реалиях обычной клинической практики – позволяет концепция оценки и коррекции качества жизни, связанного со здоровьем (КЖ) [9].

КЖ – многогранное понятие, отражающее субъективное восприятие человеком своего здоровья в контексте культуры, персональной системы ценностей, целей и ожиданий от оказания медицинской помощи. Концепция КЖ подразумевает не только учет негативных проявлений заболевания (данных пациенту в его ощущениях), но и измерение позитивных составляющих самочувствия пациента (общего благополучия, степени удовлетворенности физическим, психологическим и социальным функционированием). Оценка КЖ при депрессии позволяет всесторонне проанализировать влияние расстройства на повседневную жизнь конкретного пациента, что помогает индивидуализировать подход к лечению и реабилитации. Поэтому при лечении депрессивных расстройств, как и в других областях клинической медицины, КЖ становится ключевым критерием эффективности фармакологической и иных видов терапии, наряду с контролем за симптомами [9, 10].

■ ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Данное сообщение имеет целью предоставить практикующему врачу обзор имеющихся научно-практических данных по влиянию перспективного антидепрессанта – модулятора серотониновых рецепторов вортиоксетина – на различные компоненты КЖ пациента с депрессией.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Проблемы методологии оценки качества жизни при депрессии. Современные исследования и международные подходы (например, методология ВОЗ и ее опросник КЖ WHOQOL-BREF) выделяют 4 ключевых домена (сферы) КЖ, которые актуальны и для пациентов с депрессией (табл. 1) [11]. Собственно психические проявления депрессии, логично относящиеся к психологическому домену КЖ, составляют лишь часть интегральной картины индивидуального восприятия здоровья. Каждая сфера КЖ содержит ряд компонентов, которые следует учитывать, в том числе в динамике наблюдения и лечения [9, 12].

Известно, что у пациентов с депрессией КЖ значительно ухудшено по сравнению как с общей популяцией, так и с пациентами с другими хроническими заболеваниями. Выраженные негативные изменения наблюдаются во всех доменах КЖ [13, 14]. Психологический домен в целом страдает сильнее всего: наряду с влиянием собственно симптомов депрессии, пациенты испытывают тревожность, выраженное снижение удовлетворенности жизнью, самооценки и мотивации. Физический

Таблица 1

Ключевые сферы (домены) качества жизни пациента и влияние на них депрессии (адаптировано из: [11])

Table 1

Key domains of patient quality of life and the impact of depression on them (adapted from: [11])

| Домен | Описание (примеры компонентов) | Примеры негативного влияния депрессии |
|--------------------------|---|--|
| Физическое здоровье | Энергичность, сон, физическая активность, болевые ощущения, способность к самообслуживанию | Усталость, бессонница, слабость, снижение работоспособности |
| Психологическое здоровье | Эмоциональное состояние, уровень тревоги и депрессии, самооценка, мышление, восприятие жизни, мотивация | Пессимизм, тревожность, когнитивные нарушения, ангедония, апатия |
| Социальное здоровье | Качество и количество социальных контактов, межличностные отношения, семейные и дружеские связи | Социальная изоляция, одиночество, сексуальная дисфункция |
| Окружающая среда | Безопасность, финансовое положение, доступ к медицинской помощи, условия проживания, досуг | Экономические трудности, потеря работы, неудовлетворенность условиями жизни, медицинской помощью |

домен также серьезно затронут: отмечаются усталость, бессонница, боли, снижение активности и работоспособности. Социальные отношения ухудшаются, но степень нарушения может варьировать, в зависимости от уровня поддержки и характера межличностных связей. Окружающая среда страдает в меньшей степени, однако при тяжелой депрессии могут возникать проблемы с безопасностью, финансами и доступом к медицинской помощи. Тяжесть депрессии напрямую коррелирует с глубиной нарушений во всех доменах; сопутствующие тревожные и соматические расстройства дополнительно усугубляют ухудшение КЖ, а социальная поддержка и экономический статус могут смягчать или усиливать негативное влияние депрессии на КЖ. При этом влияние традиционных социодемографических факторов, таких как возраст, пол, уровень образования, семейное положение, статус занятости и доход, на общий уровень и компоненты КЖ представляется не столь значимым [13]. Таким образом, психологический, физический и социальный домены КЖ наиболее затронуты у пациентов с депрессией и требуют первоочередной оценки и коррекции в клинической практике. Комплексная терапия должна быть направлена не только на уменьшение симптомов, но и на восстановление этих сфер жизни пациента. Это важно не только с гуманистических позиций, но и с учетом того факта, что КЖ является лучшим предиктором устойчивой ремиссии, чем разрешение симптомов при депрессии, что приводит к выводу о том, что улучшение КЖ должно быть конечной целью современного лечения этих пациентов [10]. Этот тезис согласуется с концепцией функционального восстановления (functional recovery) как центральной цели лечения депрессии, что предполагает восстановление способности работать или учиться на прежнем уровне, поддерживать межличностные отношения, получать удовольствие от досуга, сохранять когнитивные функции (память, внимание, мышление), поддерживать физическое здоровье и энергию и в конечном итоге ощущать субъективное общее благополучие [15, 16].

Однако, в отличие от хронических соматических заболеваний, при оценке КЖ при депрессии как патологии психики имеет место проблема «тавтологических измерений», которую сформулировал Heinz Katschnig, один из ведущих мировых экспертов

в области оценки КЖ в психиатрии [17]. Суть проблемы заключается в том, что общие опросники КЖ (SF-36 (36-Item Short Form Health Survey), WHOQOL-BREF) содержат домены психологического благополучия с вопросами о настроении, депрессии и тревоге. При использовании этих инструментов у пациентов с депрессивным расстройством возникает концептуальное перекрытие: депрессивные симптомы измеряются как клинические проявления болезни (шкалы депрессии) и одновременно как компонент КЖ [17, 18]. В связи с этим Katschnig описал «аффективную ошибку» (affective fallacy) как наиболее релевантную проблему при оценке КЖ в психиатрии. Пациенты используют свое текущее аффективное состояние как информацию при оценке удовлетворенности всеми аспектами жизни. Депрессивный пациент обычно оценивает свое благополучие, социальное функционирование и условия жизни хуже, чем они представляются независимому наблюдателю или ему самому после выздоровления [13, 17]. В исследованиях эффективности антидепрессантов само улучшение симптомов подразумевает, что пациент видит себя, мир и будущее более позитивно, что автоматически проявится в опроснике КЖ, создавая, по выражению Katschnig, «по сути тавтологическое утверждение» [17, 19].

Несмотря на обоснованность критического подхода Katschnig, современные исследования демонстрируют, что сохранение психического компонента в оценке КЖ при депрессии дает критически важную информацию о диссоциации траекторий самочувствия в различных сферах жизни, связанных со здоровьем. Так, исследование CAN-BIND показало, что редукция симптомов депрессии (по шкале MADRS) была частичным предиктором улучшения физического (67%) и психологического (68%) КЖ и в гораздо меньшей степени социального (33%) и средового благополучия (43%) [20]. Это указывает на ценность комплексной многомерной оценки состояния здоровья самим пациентом. Поэтому ряд авторов считают целесообразным включать различные (позитивные и негативные) компоненты психологического здоровья и качество сна в модель оценки КЖ при депрессии при условии оценки через призму восприятия пациентом и интерпретации как симптоматических компонентов КЖ. В этом контексте возможно использование как стандартных шкал оценки симптомов депрессии, так и отличных от них инструментов оценки КЖ (Q-LES-Q, SF-36 и др.). Для депрессии разработаны специфические инструменты, учитывающие особенности этого расстройства. Например, опросник Q-LES-Q (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire) разработан J. Endicott et al., 1993, и специально создан для измерения степени удовольствия и удовлетворенности в различных областях повседневного функционирования [21]. Ключевое концептуальное различие заключается как раз в том, что Q-LES-Q фокусируется на степени удовольствия и удовлетворенности, что особенно релевантно для депрессии с учетом ангедонии как ключевого симптома, тогда как общие инструменты оценки КЖ (SF-36, EQ-5D) предлагают недифференцированный подход, что может быть полезным при сравнении уровня КЖ при различных нозологиях и между странами, но может оказаться недостаточно информативным для оценки течения конкретного заболевания [11, 21].

Трехуровневая концептуальная модель оценки качества жизни. Суть данного концептуального подхода состоит в использовании трехуровневой модели оценки КЖ при депрессивных расстройствах по основным доменам (сферам): психологическое, физическое и социальное здоровье [22, 23]. Графическое представление обсуждаемой концептуальной модели отражено на рисунке. Подобная схема была

использована нами ранее при разработке концептуальной модели оценки КЖ при артериальной гипертензии [24].

Уровень 1. Симптомы (как правило, негативные компоненты): психические и физические клинические проявления болезни, измеряемые стандартизированными шкалами (HAM-D, MADRS, BDI) и/или симптоматические компоненты соответствующих доменов общих либо специальных опросников КЖ. Это основные клинические проявления (core symptoms) заболевания: подавленное настроение, ангедония, нарушения сна, боль, утомляемость / снижение энергии и иные симптомы.

Уровень 2. Функционирование (компоненты, выраженные в позитивном (возможности) или негативном (ограничения) аспекте): степень интерференции симптомов с основными сферами жизнедеятельности. Измеряются специализированными инструментами: WSAS (Work and Social Adjustment Scale), SDS (Sheehan Disability Scale), FAST (Functioning Assessment Short Test) и др.

Уровень 3. Благополучие и удовлетворенность (собственно КЖ) – субъективная удовлетворенность жизнью, связанная с самооценкой ее важных сфер. Оценивается через Q-LES-Q (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire), WHOQOL-BREF, SF-36 и др.

Критически важно, что эти 3 уровня представляют собой отдельные, хоть и связанные, конструкты. Сетевой анализ Zhou et al. продемонстрировал, что функциональные нарушения выступают медиатором между симптомами и КЖ: симптомы влияют на функционирование, а функционирование влияет на общее благополучие,



Графическое представление обсуждаемой концептуальной модели оценки качества жизни («цветок качества жизни»)
Graphical representation of the discussed conceptual model for assessing the quality of life (the "quality of life flower")

но прямая связь симптомов с КЖ слабее [22]. Следует также отметить 2 важных условия применения данного трехуровневого подхода: необходимость использования различных инструментов оценки и нецелесообразность расчета интегрального (общего) показателя КЖ.

Такая концептуальная модель позволяет наиболее полно оценить характер влияния конкретного заболевания и его лечения на КЖ пациента, а в случае депрессии – и сопоставить взаимосвязи редукции психической симптоматики с иными компонентами психологического, физического и социального здоровья, важных для индивидуума.

Наличие научных данных по влиянию вортиоксетина на показатели качества жизни. Для оценки эффективности вортиоксетина в улучшении КЖ при депрессии был проведен поиск опубликованных рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), наблюдательных исследований, а также их обобщений (систематических обзоров и метаанализов), содержащих количественные данные о влиянии препарата на различные компоненты КЖ. Поиск литературы проводился в базах данных PubMed и Google Scholar за период с начала клинической разработки вортиоксетина (2010 год) по октябрь 2025 года. Использовались поисковые запросы: vortioxetine, Lu AA21004, major depressive disorder, quality of life, functioning, HRQoL – в различных комбинациях. Включались только источники, в которых авторы приводили количественные и статистические результаты оценки КЖ с использованием различных инструментов. Все выявленные исследования были сгруппированы в соответствии с представленной выше трехуровневой концептуальной моделью оценки КЖ. Результаты поиска литературных источников показаны в табл. 2, в которой представлен спектр доступных научных данных по влиянию вортиоксетина на КЖ. Представлены только компоненты, для которых имеются опубликованные данные с количественной и статистической оценкой динамики показателей. Ангедония оценивалась в исследованиях вортиоксетина через факторный балл 5 пунктов MADRS (пункты 1, 2, 6, 7, 8: видимая печаль, сообщаемая печаль, концентрация, вялость, неспособность чувствовать), что отражает снижение способности испытывать удовольствие и мотивацию. Энергичность и витальность измерялись с помощью подшкалы vitality опросника SF-36 (4 пункта). Социальное здоровье на уровне симптомов оценивалось косвенно через социальную ангедонию (снижение мотивации и удовольствия от социальных контактов), которая является компонентом депрессивной симптоматики и измеряется в рамках психопатологических шкал. Сексуальное функционирование отнесено к уровню благополучия сферы социального здоровья, поскольку имеющиеся данные отражают качество интимных отношений и удовлетворенность в этой сфере. Когнитивное функционирование отнесено к психологическому домену, так как характеризует внутренние психические процессы (память, внимание, скорость обработки информации). Бытовое функционирование (автономия, ведение домашнего хозяйства) отнесено к физическому домену, поскольку требует физической активности и энергетических ресурсов, тогда как семейное функционирование (качество отношений с близкими) отнесено к социальному домену. Результаты анализа и синтеза доступных научных данных по влиянию вортиоксетина на КЖ пациента с депрессией будут представлены в части 2 настоящего сообщения.

Таблица 2

Структура компонентов качества жизни согласно трехуровневой модели оценки по психологическому, физическому и социальному доменам, по которым имеются научные данные о влиянии вортиоксетина

Table 2

Structure of quality of life components according to the three-level assessment model for psychological, physical, and social domains for which there is scientific data on the effects of vortioxetine

| Домен (сфера) | Уровень 1: симптомы | Уровень 2: функционирование | Уровень 3: благополучие и удовлетворенность |
|--------------------------|--|--|---|
| Психологическое здоровье | Депрессивные симптомы Тревожные симптомы Ангедония | Когнитивное функционирование | Психологическое благополучие Общая удовлетворенность жизнью |
| Физическое здоровье | Соматические симптомы депрессии Нарушения сна Болевой синдром | Бытовое функционирование | Субъективная оценка физического здоровья Энергичность и витальность |
| Социальное здоровье | Оценивается косвенно через социальную ангедонию в рамках психологических симптомов | Семейное функционирование Профессиональное функционирование Социальное участие и досуг | Удовлетворенность социальными отношениями Сексуальное функционирование |

■ ОБСУЖДЕНИЕ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данная работа представляет собой попытку комплексного анализа влияния вортиоксетина на КЖ пациентов с депрессией. Проведен анализ проблемы изучения КЖ пациентов с депрессией и обоснована концептуальная модель оценки, включающая 3 сферы (домена) и 3 уровня оценки, что позволяет систематизировать разрозненные данные. Предложенный подход, подразделяющий оценку КЖ на уровни симптомов, функционирования и благополучия в рамках 3 основных доменов здоровья (психологического, физического и социального), позволяет выявить иерархические связи между компонентами. Хотя подобный подход применялся для оценки КЖ в соматической медицине [24], впервые предложено применить данную модель к анализу КЖ при депрессии для конкретного антидепрессанта. При обосновании модели была критически переосмыслена проблема, сформулированная Katschnig относительно тавтологичности измерений КЖ в психиатрии. Вместо исключения психических симптомов из оценки КЖ мы допустили, что релевантная информация может содержаться в диссоциации между редукцией симптомов, улучшением функционирования и общего благополучия.

Несмотря на то что история изучения проблематики КЖ, в том числе в психиатрии, насчитывает не одно десятилетие, распространенным остается скептическое отношение специалистов в области клинической психиатрии к полезности данной концепции. С большим энтузиазмом к ее использованию относятся интернисты и врачи общей практики, для которых характерен холистический подход к оценке и коррекции здоровья пациента. Мы не можем согласиться с категорическим выводом Wiesinger и соавт. о том, что поскольку показатели КЖ в большинстве РКИ тесно коррелируют с редукцией депрессивных симптомов, то само измерение КЖ в целом следует считать малоинформативным по сравнению с психометрическими шкалами депрессии [25]. Действительно, расчет интегрального показателя КЖ (чем зачастую ограничиваются в РКИ) может не иметь дополнительной ценности, в отличие

от дифференцированной оценки КЖ по доменам и уровням, что может быть более трудоемким, но представляет несомненный интерес для реальной клинической практики.

Возможность применения обсуждаемого подхода ограничивается наличием и полнотой клинических данных по тому или иному виду лечения. Относительно новый антидепрессант вортиоксетин является одним из наиболее полно изученных в этом отношении препаратов, что позволяет провести его комплексную оценку по влиянию на КЖ пациентов с депрессией.

Нельзя не согласиться с экспертным мнением о том, что поступательное успешное развитие фармакологии антидепрессантов создает условия и делает актуальной формулировку новых целей лечения депрессии: от купирования симптомов болезни до достижения длительной и полноценной ремиссии с восстановлением КЖ пациента, сохранением когнитивных функций, прежнего уровня его профессионального и социального функционирования [26]. Для достижения этих целей необходима разработка информативных концептуальных моделей оценки КЖ, применимых в том числе в динамике лечебно-профилактического процесса.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Vigo D, Hanlon C, Gureje O, et al. Global Burden of Disease 2021: Mental health messages. *Lancet Psychiatry*. 2024;11(8):573.
2. STEPS: Prevalence of risk factors for noncommunicable diseases in the Republic of Belarus, 2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2022. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. Yang L, Zhao Y, Wang Y, et al. Remission of symptoms is not equal to functional recovery: psychosocial functioning impairment in major depression. *Front Psychiatry*. 2022;13:915689.
4. Zimmerman M, McGlinchey JB, Posternak MA, et al. How should remission from depression be defined? The depressed patient's perspective. *Am J Psychiatry*. 2006;163(1):148–150.
5. Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, et al. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D. *Am J Psychiatry*. 2006;163(1):28–40.
6. Warden D, Rush AJ, Trivedi MH, et al. The STAR*D Project results: a comprehensive review of findings. *Curr Psychiatry Rep*. 2007;9(6):449–459.
7. Kan KJ, de Jonge P, Ader HJ, et al. Patients' and clinicians' perspectives on relevant treatment outcomes in depression: qualitative study. *BJ Psych Open*. 2020;6(3):e44.
8. IsHak WW, Greenberg JM, Cohen RM. Predicting relapse in major depressive disorder using patient-reported outcomes. *J Affect Disord*. 2013;151(1):59–65.
9. Golubev S.A., Mily M.N. Current methodological issues in studying quality of life in internal medicine. *Medical news*. 2000;2:23–27.
10. IsHak WW, Greenberg JM, Balayan K, et al. Quality of life: the ultimate outcome measure of interventions in major depressive disorder. *Hav Rev Psychiatry*. 2011;19(5):229–239.
11. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med*. 1998;28:551–558.
12. Sevak S, Balamurugan G. Quality of life: concepts, needs, psychometric measurement, factors associated and treatment responsiveness in depression disorder. *Int J Community Med Public Health*. 2023;10:887–92.
13. González-Blanch C, Hernández-de-Hita F, Muñoz-Navarro R, et al. The association between different domains of quality of life and symptoms in primary care patients with emotional disorders. *Sci Rep*. 2018;8:11180.
14. Lex H, Ginsburg Y, Sitzmann AF, et al. Quality of life across domains among individuals with treatment-resistant depression. *J Affect Disord*. 2019;243:401–407.
15. Lam RW, Parikh SV, Michalak EE, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) consensus recommendations for functional outcomes in major depressive disorder. *Ann Clin Psychiatry*. 2015;27(3):142–149.
16. Sheehan DV, Nakagome K, Asami Y, et al. Restoring function in major depressive disorder: a systematic review. *J Affect Disord*. 2017;215:299–313.
17. Katschnig H. Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry*. 2006;5(3):139–145.
18. Hays RD, Hays T, Painter I. Overlap of depressive symptoms with health-related quality of life and patient satisfaction items. *Qual Life Res*. 2020;29(11):3165–3171.
19. Katschnig H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? *Curr Opin Psychiatry*. 1997;10(5):337–345.
20. Morton E, Michalak EE, Hole R, et al. Predictors of quality-of-life improvement with escitalopram-aripiprazole combination treatment in patients with treatment-resistant depression: a CAN-BIND-1 report. *J Affect Disord*. 2021;291:34–42.
21. Endicott J, Nee J, Harrison W, et al. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. *Psychopharmacol Bull*. 1993;29(2):321–326.
22. Zhou Y, Liu Z, Zhang D, et al. The associations between depressive symptoms, functional impairment, and quality of life, in patients with major depression: undirected and Bayesian network analyses. *Psychol Med*. 2023;53(14):6446–6458.
23. Yang L, Zhao Y, Wang Y, et al. The associations between depressive symptoms, functional impairment, and quality of life in patients with major depression: a network analysis. *Front Psychiatry*. 2022;13:1036811.
24. Golubev S.A. (2004) *Fundamentals of practical pharmacoeconomics*. Minsk: Minskproject.
25. Wiesinger T, Kremer S, Bschor T, et al. Antidepressants and quality of life in patients with major depressive disorder: Systematic review and meta-analysis of double-blind, placebo-controlled RCTs. *Acta Psychiatr Scand*. 2023;147(6):545–560.
26. Evsagnev R.A. Antidepressants of recent decades: new mechanisms, new possibilities. *Psychiatry, Psychotherapy, and Clinical Psychology*. 2024;15(1):71–79.