

Опросник соматоформных расстройств PHQ-15

Имя: _____

Дата: _____

Оцените, пожалуйста, насколько сильно каждая из перечисленных проблем беспокоила Вас в течение прошедших четырех недель?	Совсем не беспокоила	Немного беспокоила	Сильно беспокоила
1. Боль в животе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Боль в спине	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Боль в руках, ногах или суставах (колених, бедрах и т. д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Менструальные боли или любой дискомфорт, связанный с менструальным циклом (для женщин)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Головная боль	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Боль в грудной клетке	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Головокружение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Обморок	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ощущение сильного сердцебиения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Одышка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Боль или дискомфорт во время полового акта	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Запор или диарея	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Тошнота, метеоризм или расстройство желудка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Чувство усталости или недостаток энергии	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Нарушения сна	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Общая сумма баллов			

Ключи. Для подсчета показателя соматизации необходимо сложить все оценки по шкале, где 0 – «совсем не беспокоила», 1 – «немного беспокоила», 2 – «сильно беспокоила». Соматоформное расстройство может быть диагностировано при ≥ 10 баллах.

Интерпретация результатов по общей сумме баллов:

0-4	Минимальная соматическая нагрузка
5-9	Низкая соматическая нагрузка
10-14	Умеренная соматическая нагрузка
15-30	Высокая соматическая нагрузка