УДК 159.9.072.5
DOI https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2026-2-24

ПСИХОМЕТРИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ УКРАЇНОМОВНОЇ ВЕРСІЇ ОПИТУВАЛЬНИКА ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТА–15 (PHQ-15)

Турецька Христина Іванівна,
кандидатка психологічних наук,
доцентка кафедри психології і психотерапії
Закладу вищої освіти «Український католицький університет»
ORCID ID: 0000-0001-9513-6338

Кечур Роман Володимирович,
кандидат медичних наук,
завідувач кафедри психології і психотерапії
Заклад вищої освіти «Український католицький університет»
ORCID ID: 0000-0002-9489-7351

Яскевич Ольга Ігорівна,
кандидатка психологічних наук, доцентка,
доцентка кафедри психології і психотерапії
Заклад вищої освіти «Український католицький університет»
ORCID ID: 0000-0002-4671-9120

Костів Марта Артурівна,
магістрантка кафедри психології і психотерапії
Заклад вищої освіти «Український католицький університет»
ORCID ID: 0009-0000-9347-830X

У статті представлено результати психометричної апробації україномовної версії Опитувальника здоров'я пацієнта–15 (Patient Health Questionnaire-15, PHQ-15), призначеного для скринінгового оцінювання вираженості поширених соматичних симптомів. Метою дослідження було оцінити внутрішню узгодженість, конструктну валідність, факторну структуру та здатність україномовної версії PHQ-15 диференціювати клінічну й нормативну вибірки. У крос-секційному дослідженні взяли участь 206 респондентів віком від 18 до 71 року: 62 особи становили клінічну групу, 144 – нормативну. Для перевірки конструктної валідності додатково застосовано 4DSQ, GAD-7 і PHQ-9. Статистичний аналіз охоплював розрахунок коефіцієнтів α Кронбаха та ω Макдональда, кореляційний аналіз Спірмена, експлораторний і конфірматорний факторні аналізи, а також порівняння відомих груп. Показники внутрішньої узгодженості були прийнятними у клінічній (α = 0,726; ω = 0,732) і нормативній (α = 0,763; ω = 0,767) групах. Виявлено статистично значущі позитивні зв'язки PHQ-15 із показниками соматизації, дистресу, депресії та тривоги; найтіснішим був зв'язок із підшкалою соматизації 4DSQ. Конфірматорний факторний аналіз засвідчив найкращий баланс показників відповідності для повної однофакторної моделі з 15 пунктами (CFI = 0,900; TLI = 0,883; RMSEA = 0,061; SRMR = 0,095). Клінічна група мала статистично вищий рівень соматичних симптомів у порівнянні із нормативною; шкала також розрізняла респондентів за досвідом значного стресу, наявністю соматичних захворювань і погіршенням здоров'я. Отримані результати підтверджують прийнятні психометричні характеристики україномовної версії PHQ-15 та обґрунтовують її застосування як скринінгового інструмента у клінічних і наукових дослідженнях в Україні.

Ключові слова: *соматизація, соматичні симптоми, психометричні характеристики, PHQ-15, надійність, валідність, факторна структура.*

© Турецька Х. І., Кечур Р. В. та інші, 2026
Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

Turetska Khrystyna, Kechur Roman, Yaskevych Olha, Kostiv Marta. Psychometric properties of the ukrainian version of the Patient Health questionnaire–15 (PHQ-15)

The article presents the psychometric evaluation of the Ukrainian version of the Patient Health Questionnaire–15 (PHQ-15), a brief self-report measure designed to assess the severity of common somatic symptoms. The study aimed to examine the internal consistency, construct validity, factor structure, and known-groups validity of the Ukrainian PHQ-15 in clinical and community samples. A cross-sectional sample included 206 Ukrainian-speaking adults aged 18 to 71 years: 62 participants formed the clinical group and 144 formed the community group. Construct validity was assessed using the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ), the Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7), and the Patient Health Questionnaire–9 (PHQ-9). Statistical procedures included Cronbach's alpha and McDonald's omega, Spearman correlations, exploratory and confirmatory factor analyses, and independent-group comparisons. Internal consistency was acceptable in both the clinical group (α = .726; ω = .732) and the community group (α = .763; ω = .767). PHQ-15 scores showed statistically significant positive associations with somatization, distress, depression, and anxiety, with the strongest association observed for the 4DSQ somatization subscale, supporting convergent validity. Confirmatory factor analysis indicated that the complete 15-item one-factor model provided the most appropriate balance between model fit and theoretical interpretability (CFI = .900; TLI = .883; RMSEA = .061; SRMR = .095). Participants in the clinical group reported significantly more severe somatic symptoms than those in the community group. The instrument also differentiated participants according to recent significant stress, the presence of physical illness, and deterioration in physical health. The findings support the reliability and validity of the Ukrainian PHQ-15 as a brief screening measure of somatic symptom burden. Its use may facilitate standardized assessment in psychological, psychiatric, psychotherapeutic, primary-care, and epidemiological research settings in Ukraine, including studies of mental health under prolonged war-related stress.

Key words: *somatization, somatic symptoms, psychometric properties, PHQ-15, reliability, validity, factor structure.*

Вступ

Соматичні симптоми є одним із найпоширеніших проявів психологічного дистресу та часто супроводжують широкий спектр психічних розладів. У сучасній психології, психіатрії та психосоматичній медицині тілесні прояви розглядаються як результат взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників. Симптоми втоми, порушення сну, різні види болю, шлунково-кишкові скарги, серцево-судинні симптоми чи запаморочення можуть бути безпосереднім проявом соматичного захворювання, входити до клінічної картини психічних розладів або виникати як наслідок тривалого психологічного дистресу. У клінічній практиці саме тілесні скарги нерідко стають основною причиною первинного звернення пацієнтів по медичну допомогу, тоді як їхній психологічний компонент залишається нерозпізнаним [8; 21; 29].

Поняття соматизації протягом останніх десятиліть істотно еволюціонувало. Класичне визначення З. Я. Ліповського розглядає соматизацію як тенденцію переживати та виражати психологічний дистрес у формі тілесних симптомів, інтерпретувати їх як прояв фізичного захворювання та звертатися по медичну допомогу з приводу цих симптомів [21]. Таким чином, соматизація охоплює не лише наявність фізичних симптомів, а й особливий спосіб їх когнітивної інтерпретації, емоційного переживання та поведінкового реагування [8; 27].

Сучасні класифікаційні системи DSM-5-TR та МКХ-11 відображають зміну поглядів на природу соматичних симптомів. Якщо попередні класифікації акцентували увагу насамперед на відсутності медичного пояснення тілесних проявів, то сучасний підхід змістив фокус на психологічний дистрес, надмірну стурбованість симптомами та їхній вплив на повсякденне функціонування. У DSM-5-TR категорію соматоформних розладів замінено на «розлади із соматичними симптомами та пов'язані з ними розлади», тоді як у МКХ-11 використовується поняття «розлад тілесного дистресу», яке підкреслює клінічне значення психологічної реакції людини на соматичні симптоми незалежно від того, чи мають вони встановлене медичне пояснення [4; 40]. Теоретичним підґрунтям цієї зміни стало, зокрема, поняття синдрому тілесного дистресу, що об'єднує в одну діагностичну категорію широкий спектр функціональних соматичних симптомів [9].

Попри існування різних теоретичних підходів, більшість сучасних моделей розглядають соматизацію як багатофакторний феномен. Біопсихосоціальний підхід пояснює виникнення та підтримання соматичних симптомів взаємодією фізіологічних процесів, особливостей емоційної регуляції, когнітивної обробки тілесних відчуттів, попереднього травматичного досвіду та соціального контексту [8; 32]. До психологічних чинників ризику належать підвищена увага до тілесних відчуттів, схильність до їх загрозливої інтерпретації, надмірне занепокоєння станом здоров'я та дезадаптивні форми поведінки, пов'язаної з хворобою [3; 27].

Психодинамічні концепції пов'язують соматизацію з труднощами символізації та психічного опрацювання афектів. Тілесний симптом у цьому контексті може розглядатися як один із способів вираження внутрішнього конфлікту, емоційного перевантаження або переживань, які не набули достатньої психічної репрезентації [24; 25; 30]. Представники психодинамічного підходу також наголошують на значенні алекситимії, дефіциту менталізації та особливостей ранніх стосунків прив'язаності. Труднощі з ідентифікацією, розрізненням і вербалізацією емоцій можуть сприяти тому, що внутрішнє напруження переживається переважно на рівні тілесних відчуттів [10; 14]. Емпіричні дослідження підтверджують зв'язок вираженості соматичних симптомів з алекситимічними рисами, ненадійними патернами прив'язаності та досвідом міжособистісної травматизації в дитинстві [6; 36; 38].

Соматичні симптоми є надзвичайно поширеними як у загальній популяції, так і серед пацієнтів первинної медичної допомоги. За результатами систематичних оглядів, функціональні або неспецифічні тілесні скарги виявляють у 4–10 % населення та приблизно у 20 % пацієнтів первинної ланки медичної допомоги [29]. Метааналітичні дані свідчать, що щонайменше один медично необґрунтований симптом спостерігається майже у половини пацієнтів первинної медичної допомоги [12]. Висока поширеність соматичних симптомів зумовлює значне навантаження на систему охорони здоров'я, оскільки вони можуть супроводжуватися повторними консультаціями, додатковими обстеженнями, тривалим пошуком медичного пояснення та істотним погіршенням якості життя.

Особливого клінічного значення соматизація набуває у зв'язку з її високою коморбідністю з депресивними та тривожними розладами. Пацієнти з депресією можуть передусім повідомляти про втому, порушення сну, головний біль, м'язовий біль, зниження енергії та шлунково-кишкові скарги, тоді як зміни настрою залишаються недостатньо розпізнаними [11; 15]. Тривожні розлади також супроводжуються численними тілесними проявами, зокрема серцебиттям, задишкою, запамороченням, пітливістю, відчуттям напруження та порушеннями травлення. Значущі зв'язки між показниками соматизації, депресії та тривоги виявлено також у дослідженнях загальної популяції та психіатричних вибірок [13; 16; 32].

Для України проблема оцінювання соматичних симптомів набуває особливої актуальності в умовах тривалого воєнного стресу. Українські дослідження, проведені після початку повномасштабного вторгнення, засвідчують високу поширеність стресу, тривожних, депресивних і посттравматичних симптомів серед населення [23; 37]. Серед осіб із травматичним досвідом часто спостерігаються головний біль, втома, млявість, м'язове напруження та інші тілесні прояви стресу [7]. Дані досліджень населення, яке переживало війну, також підтверджують взаємозв'язок посттравматичного стресу, депресії, тривоги та соматичних скарг як серед військових, так і серед цивільних осіб і вимушених переселенців [28; 31]. У зв'язку з цим виникає потреба у використанні коротких, надійних і валідних психодіагностичних інструментів для оцінювання вираженості соматичних симптомів у клінічних та дослідницьких умовах.

Одним із найпоширеніших інструментів оцінювання соматичних симптомів є Опитувальник здоров'я пацієнта–15 (Patient Health Questionnaire-15, PHQ-15), розроблений К. Кренке, Р. Л. Спітцером та Дж. Б. В. Вільямсом [19]. Він є соматичною підшкалою повної версії Patient Health Questionnaire та охоплює 15 поширених тілесних симптомів, які становлять значну частину фізичних скарг пацієнтів в амбулаторній практиці. PHQ-15 дає змогу

визначити загальний рівень вираженості соматичних симптомів, однак не призначений для встановлення їх медичної необґрунтованості або діагностування соматоформного розладу без додаткового клінічного обстеження [19; 35].

Оригінальне дослідження PHQ-15 засвідчило належну внутрішню узгодженість шкали та її зв'язок із функціональним статусом, кількістю днів непрацездатності, труднощами в повсякденному житті й використанням медичної допомоги [19]. Подальші дослідження підтвердили прийнятну внутрішню узгодженість, тест-ретестову надійність, конвергентну валідність і здатність шкали розрізняти клінічні та неклінічні групи [13; 16; 35]. Опитувальник є коротким, зручним для самозаповнення та широко застосовується в клінічних, епідеміологічних і кроскультурних дослідженнях.

Разом із PHQ-9 і GAD-7 опитувальник PHQ-15 утворює комплекс шкал для оцінювання соматизації, тривоги та депресії, які є взаємопов'язаними компонентами психологічного дистресу [18; 19; 33]. PHQ-15 також застосовується у міжнародних програмах моніторингу психічного здоров'я українського населення, зокрема в дослідницькій програмі Mental Health Assessment of the Population [41]. Це додатково актуалізує потребу в систематичній оцінці психометричних характеристик його україномовної версії.

Незважаючи на міжнародне поширення PHQ-15 та наявність численних психометричних досліджень у різних країнах, психометричні характеристики україномовної версії цього інструменту залишаються недостатньо дослідженими. Відсутність належним чином апробованої версії обмежує можливості стандартизованого оцінювання соматичних симптомів у клінічній практиці, проведення порівняльних досліджень і залучення українських вибірок до міжнародних наукових проєктів.

Метою дослідження було здійснити психометричну адаптацію україномовної версії Опитувальника здоров'я пацієнта–15 (PHQ-15) та оцінити його внутрішню узгодженість, факторну структуру, конструктну валідність і здатність диференціювати клінічну та нормативну вибірки.

Матеріали та метод

Дослідження мало крос-секційний психометричний дизайн і було спрямоване на переклад, апробацію та оцінювання психометричних характеристик україномовної версії Опитувальника здоров'я пацієнта–15 (Patient Health Questionnaire-15, PHQ-15). Збирання даних тривало протягом січня–лютого 2026 року. Дослідження проводили у двох форматах: онлайн за допомогою платформи Google Forms та у паперовому форматі на базі Львівського обласного клінічного психоневрологічного диспансеру.

Процедура перекладу та адаптації PHQ-15. Оригінальну англомовну версію PHQ-15 було перекладено українською мовою психологом. Після цього формулювання пунктів перевіряли психологи-експерти щодо зрозумілості та відповідності змісту оригінальної версії. За результатами перевірки було сформовано україномовну версію опитувальника для подальшого психометричного дослідження. Процедура адаптації охоплювала теоретичний аналіз конструкту соматизації, переклад і перевірку зрозумілості пунктів, розроблення програми емпіричного дослідження, формування клінічної та нормативної груп, збирання даних і статистичну оцінку психометричних характеристик інструменту.

Учасники дослідження. Загальну вибірку становили 206 респондентів віком від 18 до 71 року, серед яких було 153 жінки та 53 чоловіки. Клінічна група складалася з 62 осіб віком від 22 до 71 року, зокрема 45 жінок і 17 чоловіків. До неї увійшли 16 пацієнтів Львівського обласного клінічного психоневрологічного диспансеру, які на момент дослідження проходили лікування, а також респонденти онлайн-опитування, які ствердно відповіли на запитання: «Чи був Вам коли-небудь встановлений психіатричний діагноз лікарем-психіатром?». Нормативну групу становили 144 респонденти віком від 18 до 54 років, серед яких було 108 жінок

і 36 чоловіків; до цієї групи зараховували учасників, які повідомили про відсутність встановленого лікарем-психіатром психіатричного діагнозу.

Клінічна група становила 30 % загальної вибірки, нормативна – 70 %. В обох групах переважали жінки, особи з вищою освітою та мешканці міст. Середній вік учасників клінічної групи становив 33,7 року, нормативної – 27,7 року. Групи статистично не відрізнялися за статтю, сімейним статусом, рівнем освіти та самооціненою наявністю значного стресу протягом останніх шести місяців. Водночас було виявлено відмінності за місцем проживання, наявністю статусу внутрішньо переміщеної особи, наявністю соматичних захворювань і погіршенням фізичного здоров'я протягом останніх шести місяців. Для всіх виявлених відмінностей значення V Крамера не перевищувало 0,30, що вказувало на невелику величину ефекту.

Психодіагностичні методики. Опитувальник здоров'я пацієнта–15 (Patient Health Questionnaire-15, PHQ-15). PHQ-15 є короткою шкалою для оцінювання вираженості поширених соматичних симптомів [19]. Опитувальник містить 15 пунктів, що охоплюють біль у животі, спині, суглобах, голові та грудях, запаморочення, серцебиття, задишку, нудоту або порушення травлення, закреп або діарею, втому чи зниження енергії, порушення сну, а також менструальні симптоми. Вираженість кожного симптому оцінюється за трибальною шкалою: 0 – «зовсім не турбувало», 1 – «турбувало трохи», 2 – «турбувало дуже». Сумарний показник може становити від 0 до 30 балів; вищий результат відповідає більшій вираженості соматичних симптомів. *Чотиривимірний опитувальник симптомів (Four-Dimensional Symptom Questionnaire, 4DSQ).* Методика призначена для оцінювання чотирьох взаємопов'язаних груп симптомів: дистресу, депресії, тривоги та соматизації [34]. У дослідженні використано україномовний переклад, представлений у виданні «Практична психосоматика: діагностичні шкали» [2]. Опитувальник містить 50 пунктів, об'єднаних у чотири шкали: дистрес – 16 пунктів, депресія – 6, тривога – 12, соматизація – 16. Учасники оцінюють частоту симптомів протягом останніх семи днів. Вищі сумарні показники відображають більшу вираженість відповідних симптомів. У цьому дослідженні загальний показник внутрішньої узгодженості 4DSQ становив $\alpha = 0{,}962$ та $\omega = 0{,}962$. *Шкала генералізованої тривоги (Generalized Anxiety Disorder-7, GAD-7).* GAD-7 застосовували для оцінювання вираженості тривожних симптомів протягом останніх двох тижнів [33]. Шкала містить сім пунктів, які оцінюються від 0 – «зовсім ні» до 3 – «майже щодня». Вищий сумарний бал відповідає більшій вираженості тривоги. У дослідженні використано україномовну адаптацію GAD-7 [1]. Внутрішня узгодженість шкали у досліджуваній вибірці була високою: $\alpha = 0{,}897$, $\omega = 0{,}898$. *Опитувальник здоров'я пацієнта–9 (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9).* PHQ-9 використовували для оцінювання симптомів депресії протягом останніх двох тижнів [18]. Дев'ять пунктів шкали відповідають основним симптомам депресивного розладу та оцінюються від 0 – «зовсім ні» до 3 – «майже щодня». Вищий сумарний показник свідчить про більшу вираженість депресивних симптомів. У дослідженні застосовано україномовну версію шкали [17]. Показники її внутрішньої узгодженості становили $\alpha = 0{,}862$ та $\omega = 0{,}865$.

Процедура дослідження. Учасники онлайн-дослідження отримували доступ до анкети лише після ознайомлення з інформацією про дослідження та надання добровільної інформованої згоди. Пацієнти психоневрологічного диспансеру заповнювали паперовий комплект методик у закладі та перед початком участі підписували паперову форму інформованої згоди. Усі учасники заповнювали соціально-демографічну анкету, контрольні запитання, PHQ-15, 4DSQ, GAD-7 і PHQ-9.

Етичні засади. Протокол дослідження було розглянуто та схвалено Інституційною етичною радою Українського католицького університету, протокол № 11/25-п. Учасникам повідомляли мету, процедуру, орієнтовну тривалість, можливі переваги та ризики дослідження, а також їхнє право відмовитися від участі або припинити її на будь-якому етапі без пояснення причин. Дані збирали та опрацьовували у знеособленому вигляді. Участь була можливою лише після надання добровільної інформованої згоди.

Результати

Внутрішню узгодженість україномовної версії PHQ-15 оцінювали окремо для клінічної та нормативної вибірок за допомогою коефіцієнтів α Кронбаха та ω Макдональда. Отримані результати засвідчили прийнятний рівень внутрішньої узгодженості шкали в обох вибірках (табл. 1). Виключення будь-якого пункту не призводило до підвищення коефіцієнтів надійності, що свідчить про внесок усіх тверджень у вимірювання єдиного конструкта соматизації та підтверджує доцільність використання повної 15-пунктової версії опитувальника.

Таблиця 1

Показники внутрішньої узгодженості україномовної версії PHQ-15

Вибірка	n	Cronbach's α	McDonald's ω
Клінічна	62	0,726	0,732
Нормативна	144	0,763	0,767

Примітка: α – коефіцієнт Кронбаха; ω – коефіцієнт Макдональда.

Конструктну валідність україномовної версії PHQ-15 перевіряли шляхом аналізу взаємозв'язків із показниками депресії (PHQ-9), тривоги (GAD-7), дистресу та соматизації (4DSQ). Оскільки окремі змінні не відповідали нормальному розподілу, для аналізу було використано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена.

Усі отримані кореляції були статистично значущими та мали позитивний напрямок як у клінічній, так і в нормативній вибірках. Найтісніший зв'язок спостерігався між PHQ-15 та субшкалою соматизації 4DSQ, що підтверджує високу конвергентну валідність україномовної версії опитувальника. Також виявлено сильні позитивні взаємозв'язки із симптомами депресії, генералізованої тривоги та психологічного дистресу, що відповідає сучасним теоретичним уявленням про соматизацію як компонент загального психологічного дистресу.

Факторна структура україномовної версії PHQ-15. Для перевірки структурної валідності опитувальника було проведено експлораторний та конфірматорний факторний аналізи на об'єднаній вибірці. Такий підхід відповідає міжнародній практиці психометричної адаптації PHQ-15 і забезпечує достатню статистичну потужність аналізу.

Попередній аналіз підтвердив придатність даних до факторизації. Тест сферичності Бартлетта був статистично значущим, а значення критерію Кайзера–Мейєра–Олкіна свідчили про достатню адекватність вибірки.

Експлораторний факторний аналіз показав, що один латентний фактор пояснював 19% загальної дисперсії. Найменші факторні навантаження отримали пункти, що стосувалися болю у спині, непритомності та болю під час статевого акту, однак критерій власних значень підтримував однофакторне рішення.

Для подальшої перевірки було проведено конфірматорний факторний аналіз із використанням WLSMV-естиматора. Порівнювали три моделі: повну однофакторну модель (M1), однофакторну модель без двох проблемних пунктів (M2) та чотирифакторну модель (M3). Показники відповідності моделей наведено в табл. 2.

Таблиця 2

Показники відповідності моделей конфірматорного факторного аналізу

Модель	Кількість пунктів	χ^2	df	CFI	TLI	RMSEA	SRMR
M1	15	144,0	90	0,900	0,883	0,061	0,095
M2	13	116,3	65	0,902	0,882	0,069	0,084
M3	12	114,5	51	0,902	0,873	0,078	0,078

Примітка: M1 – повна однофакторна модель; M2 – модель без пунктів PHQ8 та PHQ11; M3 – чотирифакторна модель за Віттгьофтом та співавт.

Усі три моделі продемонстрували близькі, хоча не однаково переконливі показники відповідності емпіричним даним. Водночас повна однофакторна модель забезпечила найкращий баланс між статистичними показниками та теоретичною інтерпретованістю. Виключення окремих пунктів не призвело до суттєвого покращення відповідності моделі, а всі факторні навантаження залишалися статистично значущими. Це підтверджує доцільність використання повної 15-пунктової версії PHQ-15 в українській вибірці.

*Валідність за критерієм відомих груп***.** Дискримінантну валідність україномовної версії PHQ-15 оцінювали шляхом порівняння груп, які апріорі мали відрізнятися за рівнем соматичних симптомів. Респонденти клінічної вибірки продемонстрували статистично значуще вищі показники соматизації порівняно з нормативною вибіркою. Величина ефекту відповідала середньому рівню (табл. 3).

Крім того, було проведено додаткові порівняння між групами респондентів залежно від переживання значного стресу, наявності соматичних захворювань та погіршення стану здоров'я протягом останніх шести місяців. У всіх випадках особи, які мали відповідний фактор ризику, демонстрували статистично значуще вищі показники PHQ-15, а величини ефекту були середніми або високими.

Таблиця 3

Валідність україномовної версії PHQ-15 за критерієм відомих груп

Порівняння	p	Cohen's d
Клінічна – нормативна вибірка	,016	0,369
Переживали значний стрес – не переживали	< 0,001	0,784
Наявність соматичного захворювання – відсутність	< 0,001	0,803
Погіршення здоров'я за останні 6 місяців – відсутність	< 0,001	0,814

Примітка: вищі значення PHQ-15 відповідають більшій вираженості соматичних симптомів.

Обмеження дослідження. Під час інтерпретації отриманих результатів необхідно враховувати низку обмежень цього дослідження. По-перше, чисельність клінічної вибірки була меншою, ніж нормативної, а до її складу увійшли пацієнти з різними психіатричними діагнозами. Така неоднорідність могла вплинути на окремі психометричні показники, зокрема внутрішню узгодженість та факторну структуру опитувальника. Подальші дослідження доцільно проводити на більших клінічних вибірках із окремим аналізом психометричних характеристик PHQ-15 у пацієнтів із різними нозологічними групами. По-друге, дослідження мало кроссекційний дизайн, що не дозволило оцінити часову стабільність україномовної версії PHQ-15. У майбутніх дослідженнях доцільно перевірити тест-ретестову надійність інструмента, а також його чутливість до змін психічного стану в процесі лікування або психотерапевтичних втручань. По-третє, валідність PHQ-15 оцінювали переважно за допомогою методів самооцінювання. Незважаючи на використання кількох валідизованих психодіагностичних інструментів, подальші дослідження можуть доповнити психометричну оцінку клінічними інтерв'ю та лікарськими висновками, що дозволить більш повно дослідити критеріальну валідність україномовної версії опитувальника. Окремим обмеженням є те, що дослідження проводилося в умовах тривалого воєнного стану в Україні. Хронічний стрес, травматичний досвід та високий рівень психологічного навантаження могли впливати на вираженість соматичних симптомів як у клінічній, так і в нормативній вибірках. Водночас саме ця особливість дослідження підвищує його практичну цінність, оскільки отримані психометричні характеристики відображають функціонування інструмента в умовах, що є актуальними для сучасної української популяції.

Незважаючи на зазначені обмеження, отримані результати свідчать про прийнятні психометричні характеристики україномовної версії PHQ-15 та підтверджують доцільність її вико-

ристання як інструмента скринінгового оцінювання соматичних симптомів у клінічних, наукових і епідеміологічних дослідженнях.

Висновки

У дослідженні здійснено психометричну адаптацію україномовної версії Опитувальника здоров'я пацієнта–15 (Patient Health Questionnaire-15, PHQ-15) та проведено комплексну оцінку його психометричних характеристик на клінічній і нормативній вибірках. Отримані результати свідчать, що україномовна версія PHQ-15 демонструє прийнятний рівень внутрішньої узгодженості як у клінічній, так і в нормативній вибірках, що підтверджує її надійність як інструмента скринінгового оцінювання соматичних симптомів.

Конструктна валідність опитувальника підтверджується статистично значущими позитивними зв'язками із показниками соматизації, дистресу, депресії та тривоги. Отримані взаємозв'язки відповідають сучасним теоретичним уявленням про соматизацію як складову психологічного дистресу та узгоджуються з результатами міжнародних психометричних досліджень PHQ-15.

Експлораторний та конфірматорний факторний аналізи підтвердили прийнятність однофакторної структури україномовної версії PHQ-15. Незважаючи на дещо нижчі факторні навантаження окремих пунктів, використання повної 15-пунктової версії опитувальника є психометрично обґрунтованим і забезпечує збереження його концептуальної відповідності оригінальному інструменту.

Україномовна версія PHQ-15 успішно диференціює клінічну та нормативну вибірки, а також групи респондентів, які відрізняються за рівнем стресового навантаження, наявністю соматичних захворювань і погіршенням стану здоров'я. Це підтверджує її критеріальну валідність та можливість використання для оцінювання вираженості соматичних симптомів у різних категоріях населення.

Таким чином, результати дослідження підтверджують, що україномовна версія PHQ-15 є надійним і валідним інструментом оцінювання соматичних симптомів та може бути рекомендована для використання в клінічній практиці й наукових дослідженнях в Україні.

Література:

1. Алексіна Н., Герасименко О., Лавриненко Д., Савченко О. Українська адаптація шкали для оцінки генералізованого тривожного розладу GAD-7: досвід діагностики в умовах воєнного стану. *Insight: the psychological dimensions of society*. 2024. № 11. С. 77–103. DOI: 10.32999/2663-970X/2024-11-5.

2. Чабан О. С., Хаустова О. О., Асанова А. Е., Трачук Л. Є., Ассонов Д. О. Практична психосоматика: діагностичні шкали : навч. посіб. / за заг. ред. О. С. Чабана, О. О. Хаустової. 2-ге вид., випр. і допов. Київ : Видавничий дім «Медкнига», 2019.

3. Allen L. A., Woolfolk R. L., Escobar J. I., Gara M. A., Hamer R. M. Cognitive-behavioral therapy for somatization disorder: a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*. 2006. Vol. 166, No. 14. P. 1512–1518. DOI: 10.1001/archinte.166.14.1512.

4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. 5th ed., text rev. Washington, DC : American Psychiatric Association Publishing, 2022.

5. Barbati A., Geraci A., Niro F., Pezzi L., Sarchiapone M. Do migration and acculturation impact somatization? A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. Vol. 19, No. 23. Art. 16011. DOI: 10.3390/ijerph192316011.

6. Brown R. J., Schrag A., Trimble M. R. Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2005. Vol. 162, No. 5. P. 899–905. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.5.899.

7. Chaban O., Oleksiienko A. Psychosomatic consequences of violence in war conditions: analysis of the relationship with the type of trauma and the level of stress. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2025. Vol. 10, No. 2. DOI: 10.26766/pmgp.v10i2.620.

8. De Gucht V., Fischler B. Somatization: a critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics*. 2002. Vol. 43, No. 1. P. 1–9. DOI: 10.1176/appi.psy.43.1.1.

9. Fink P., Toft T., Hansen M. S., Ørnbøl E., Olesen F. Symptoms and syndromes of bodily distress: an exploratory study of 978 internal medical, neurological, and primary care patients. *Psychosomatic Medicine*. 2007. Vol. 69, No. 1. P. 30–39. DOI: 10.1097/PSY.0b013e31802e46eb.

10. Fonagy P., Gergely G., Jurist E. L., Target M. Affect regulation, mentalization, and the development of the self. London : Routledge, 2018. DOI: 10.4324/9780429471643.

11. Hagnell O., Rorsman B. Suicide and endogenous depression with somatic symptoms in the Lundby Study. *Neuropsychobiology*. 1978. Vol. 4. P. 180–187. DOI: 10.1159/000117631.

12. Haller H., Cramer H., Lauche R., Dobos G. Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2015. Vol. 112. P. 279–287. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0279.

13. Han C., Pae C.-U., Patkar A. A., Masand P. S., Kim K. W., Joe S.-H., Jung I.-K. Psychometric properties of the Patient Health Questionnaire-15 for measuring the somatic symptoms of psychiatric outpatients. *Psychosomatics*. 2009. Vol. 50, No. 6. P. 580–585. DOI: 10.1016/S0033-3182(09)70859-X.

14. Hogeveen J., Grafman J. Alexithymia. *Handbook of Clinical Neurology*. 2021. Vol. 183. P. 47–62.

15. Katon W., Kleinman A., Rosen G. Depression and somatization: a review. *American Journal of Medicine*. 1982. Vol. 72, No. 1. P. 127–135. DOI: 10.1016/0002-9343(82)90599-X.

16. Kocalevent R.-D., Hinz A., Brähler E. Standardization of a screening instrument (PHQ-15) for somatization syndromes in the general population. *BMC Psychiatry*. 2013. Vol. 13. Art. 91. DOI: 10.1186/1471-244X-13-91.

17. Kohut A., Chaban O. The evaluation of psychometric properties of the Ukrainian versions of PCL-5, PHQ-9 and GAD-7 scales. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2025. Vol. 10, No. 1. DOI: 10.26766/pmgp.v10i1.597.

18. Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. B. W. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*. 2001. Vol. 16, No. 9. P. 606–613. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.

19. Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. B. W. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*. 2002. Vol. 64, No. 2. P. 258–266. DOI: 10.1097/00006842-200203000-00008.

20. Leonhart R., De Vroege L., Zhang L. et al. Comparison of the factor structure of the Patient Health Questionnaire for Somatic Symptoms (PHQ-15) in Germany, the Netherlands, and China: a transcultural structural equation modeling study. *Frontiers in Psychiatry*. 2018. Vol. 9. Art. 240. DOI: 10.3389/fpsyt.2018.00240.

21. Lipowski Z. J. Somatization: a borderland between medicine and psychiatry. *CMAJ*. 1986. Vol. 135, No. 6. P. 609–614.

22. Löwe B., Spitzer R. L., Williams J. B. W., Mussell M., Schellberg D., Kroenke K. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *General Hospital Psychiatry*. 2008. Vol. 30, No. 3. P. 191–199. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2008.01.001.

23. Lushchak O., Velykodna M., Bolman S., Strilbytska O., Berezovskyi V., Storey K. B. Prevalence of stress, anxiety, and symptoms of post-traumatic stress disorder among Ukrainians after the first year of Russian invasion: a nationwide cross-sectional study. *The Lancet Regional Health – Europe*. 2024. Vol. 36. Art. 100773. DOI: 10.1016/j.lanepe.2023.100773.

24. Marty P. A major process of somatization: the progressive disorganization. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1968. Vol. 49, No. 2. P. 246–249.

25. McDougall J. Theaters of the body: a psychoanalytic approach to psychosomatic illness. New York : Norton, 1989.

26. Morina N., Akhtar A., Barth J., Schnyder U. Psychiatric disorders in refugees and internally displaced persons after forced displacement: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*. 2018. Vol. 9. Art. 433. DOI: 10.3389/fpsyt.2018.00433.

27. Pilowsky I. Aspects of abnormal illness behavior. *Indian Journal of Psychiatry*. 1993. Vol. 35, No. 3. P. 145–150.

28. Proroković A., Čavka M., Ćubela Adorić V. Psychosomatic and depressive symptoms in civilians, refugees, and soldiers: 1993–2004 longitudinal study in Croatia. *Croatian Medical Journal*. 2005. Vol. 46, No. 2. P. 275–281.

29. Schaefert R., Hausteiner-Wiehle C., Häuser W., Ronel J., Herrmann M., Henningsen P. Non-specific, functional, and somatoform bodily complaints. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2012. Vol. 109. P. 803–813. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0803.

30. Schur M. Comments on the metapsychology of somatization. *Psychoanalytic Study of the Child*. 1955. Vol. 10, No. 1. P. 119–164. DOI: 10.1080/00797308.1955.11822553.

31. Sikharulidze G., Van Geloven N., Lelashvili E. et al. Posttraumatic stress disorder and somatic complaints in a deployed cohort of Georgian military personnel: mediating effect of depression and anxiety. *Journal of Traumatic Stress*. 2017. Vol. 30, No. 6. P. 626–634. DOI: 10.1002/jts.22235.

32. Smakowski A., Hüsing P., Völcker S. et al. Psychological risk factors of somatic symptom disorder: a systematic review and meta-analysis of cross-sectional and longitudinal studies. *Journal of Psychosomatic Research*. 2024. Vol. 181. Art. 111608. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2024.111608.

33. Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B. W., Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*. 2006. Vol. 166, No. 10. P. 1092–1097. DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092.

34. Terluin B., Van Rhenen W., Schaufeli W. B., De Haan M. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): measuring distress and other mental health problems in a working population. *Work & Stress*. 2004. Vol. 18, No. 3. P. 187–207. DOI: 10.1080/0267837042000297535.

35. Van Ravesteijn H., Wittkampf K., Lucassen P. et al. Detecting somatoform disorders in primary care with the PHQ-15. *Annals of Family Medicine*. 2009. Vol. 7, No. 3. P. 232–238. DOI: 10.1370/afm.985.

36. Waller E., Scheidt C. E., Hartmann A. Attachment representation and illness behavior in somatoform disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2004. Vol. 192, No. 3. P. 200–209. DOI: 10.1097/01.nmd.0000116463.17588.07.

37. Wang S., Barrett E., Hicks M. H.-R. et al. Associations between mental health symptoms, trauma, quality of life and coping in adults living in Ukraine: a cross-sectional study a year after the 2022 Russian invasion. *Psychiatry Research*. 2024. Vol. 339. Art. 116056. DOI: 10.1016/j.psychres.2024.116056.

38. Wise T. N., Mann L. S. The attribution of somatic symptoms in psychiatric outpatients. *Comprehensive Psychiatry*. 1995. Vol. 36, No. 6. P. 407–410. DOI: 10.1016/S0010-440X(95)90247-3.

39. Witthöft M., Hiller W., Loch N., Jasper F. The latent structure of medically unexplained symptoms and its relation to functional somatic syndromes. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2013. Vol. 20, No. 2. P. 172–183. DOI: 10.1007/s12529-012-9237-2.

40. World Health Organization. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics. 11th rev. Geneva : WHO, 2019.

41. Yasenok V., Neumann E., Raineri A. et al. Mental Health Assessment of the Population: study protocol of the MAP research program in Ukraine (MAP-U) and in Zurich (MAP-Z). *International Journal of Public Health*. 2025. Vol. 69. Art. 1607271. DOI: 10.3389/ijph.2024.1607271.

42. Zhang L., Fritzsche K., Liu Y. et al. Validation of the Chinese version of the PHQ-15 in a tertiary hospital. *BMC Psychiatry*. 2016. Vol. 16. Art. 89. DOI: 10.1186/s12888-016-0798-5.

Дата першого надходження статті до видання: 04.08.2026

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 28.09.2026

Дата публікації (оприлюднення) статті: 06.11.2026