

УДК 616.89:616.849:613.86:614.253:159.9

[https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-10\(44\)-1393-1402](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-10(44)-1393-1402)

**Огоренко Вікторія Вікторівна** доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології і медичної психології, Дніпровський державний медичний університет, вул. Володимира Вернадського, 9, м. Дніпро, 49044, <https://orcid.org/0000-0003-0549-4292>

**Макарова Інна Іванівна** аспірант кафедри психіатрії, наркології і медичної психології, Дніпровський державний медичний університет, вул. Володимира Вернадського, 9, м. Дніпро, 49044, <https://orcid.org/0009-0001-1426-5398>

## **ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПОВ'ЯЗАНА ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ У ОСІБ З СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ З ПОРУШЕННЯМИ СНУ**

**Анотація.** Поширеність соматоформних та пов'язаних з тривогою розладів досягає 24%, але ці оцінки не повністю відображають весь тягар цих психічних розладів. Для їх кращого розуміння слід використовувати показники тяжкості симптомів та якості життя. Якість життя пацієнтів із соматоформними розладами знижується, особливо у психологічній сфері. Пацієнти з соматоформними розладами мають більше порушень через депресію, тривожність, тривожність про здоров'я та алекситимію порівняно зі здоровими особами.

Метою роботи було дослідження особливостей якості життя у пацієнтів з соматоформними розладами та оцінка його зв'язку з розладами сну.

Було обстежено 120 пацієнтів з соматоформними розладами та порушеннями сну, серед яких було 39 осіб чоловічої статі та 81 – жіночої. У обстежених пацієнтів інтегративний показник якості життя становив 3,9 (3,2; 4,45) балів, що значно нижче, ніж має бути у здорових осіб. Показник по субшкалі суб'єктивного благополуччя склав 3,67 (3; 4) балів, по субшкалі виконання соціальних ролей – 3,86 (3; 4,63) балів, а показник по субшкалі зовнішні життєві обставини - 4 (3,3; 5) балів. Показники по субшкалах також були суттєво нижчими ніж у популяції здорових осіб. Статеві відмінності у показниках якості життя не були виявлені. В результаті обстеження було виявлено, що наявність депресії, алекситимії та важкої інсомнії достовірно погіршують показник якості життя у пацієнтів з соматоформними розладами. Порушення сну значно корелює зі складовими якості життя, особливо сильний вплив низька якість сну має на такі категорії як самообслуговування та соціально-емоційна підтримка. Загальний бал алекситимії та бінарний показник її наявності, загальний бал депресії та бінарний показник наявності

депресії, а також ситуативна тривожність мають помірні негативні кореляції з інтегративним показником якості життя та його складовими. Однак особистісна тривожність має сильну негативну кореляцію з інтегративним показником якості життя та помірну ближче до сильної – з показниками суб'єктивного благополуччя, виконання соціальних ролей та зовнішні життєві обставини. Результати дослідження підтверджують низький рівень якості життя у пацієнтів з соматоформними розладами. Для покращення якості життя та збереження психічного здоров'я слід розробити та впровадити комплексну систему допомоги цій вибірці пацієнтів.

**Ключові слова:** психосоматична патологія, тривога, депресія, якість життя, алекситимія, соматоформні розлади

**Ogorenko Viktoriya Viktorivna** Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, Dnipro State Medical University, 9 Volodymyra Vernadskyi St., Dnipro, 49044, <https://orcid.org/0000-0003-0549-4292>

**Makarova Inna Ivanivna** PhD student of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, Dnipro State Medical University, St. Volodymyr Vernadskyi, 9, Dnipro, 49044, <https://orcid.org/0009-0001-1426-5398>

## **HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PERSONS WITH SOMATOFORM DISORDERS WITH SLEEP DISORDERS**

**Abstract.** The occurrence of somatoform and anxiety-related disorders is as high as 24%, but these estimates do not fully capture the complete impact of these mental disorders. To gain a better understanding, it is important to use indicators of symptom severity and quality of life. The quality of life for individuals with somatoform disorders (SFR) is notably reduced, particularly in the psychological aspect. People with SFR experience more significant impacts from depression, anxiety, health concerns, and alexithymia compared to healthy individuals.

The objective of the research was to analyze the quality of life characteristics in patients with somatoform disorders and assess its relationship with sleep disorders. The study examined 120 patients with somatoform disorders and sleep disorders, including 39 males and 81 females. The overall quality of life index among the patients was 3.9 (3.2; 4.45) points, significantly lower compared to healthy individuals. The subjective well-being subscale scored 3.67 (3; 4) points, the fulfilling social roles subscale scored 3.86 (3; 4.63) points, and the external life circumstances subscale scored 4 (3.3; 5) points. All these subscale indicators were significantly lower than those in the healthy population. No significant gender differences in the quality of life indicators were observed.

The examination revealed that the presence of depression, alexithymia, and severe insomnia significantly worsens the quality of life indicators in patients with somatoform disorders. Sleep disturbance is significantly correlated with components of quality of life, particularly impacting categories such as self-care and social-emotional support. The overall alexithymia score and the binary indicator of its presence, the overall depression score and the binary indicator of depression, as well as situational anxiety, show moderate negative correlations with the integrative quality of life index and its components. However, personal anxiety exhibited a strong negative correlation with the overall quality of life indicator and a moderate to strong correlation with the subjective well-being, performance of social roles, and external life circumstances indicators.

The results of the study confirm the low quality of life observed in patients with somatoform disorders. To enhance the quality of life and maintain mental well-being, it is essential to develop and implement a comprehensive care system for this patient population.

**Keywords:** psychosomatic pathology, anxiety, depression, quality of life, alexithymia, somatoform disorders

**Постановка проблеми.** Поширеність соматоформних та інших пов'язаних з тривогою розладів сягає 24%. Однак оцінки поширеності не можуть повністю відображати весь тягар цих психічних розладів. Для важких психічних розладів, таких як розлади шизофренічного спектру можна використовувати оцінку показника DALY. Проте для того щоб краще зрозуміти цей тягар для психогенних розладів, необхідно використовувати показники тяжкості симптомів та якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, оскільки інвалідизація і передчасна смерть не дуже властиві для них. Встановлено, що якість життя пацієнтів із соматоформними розладами (СФР) знижується, а супутні психічні розлади впливають лише на психологічну сферу якості їхнього життя, пов'язану зі здоров'ям [1]. Загальна поширеність СФР оцінюється на рівні 16,3% (95% ДІ: 15,6–17,1) населення [2]. СФР незалежно пов'язаний з погіршенням якості життя, а наявні депресивні симптоми були пов'язані з усіма доменами якості життя, тоді як тягар соматичних симптомів та тривога за здоров'я насамперед впливали на фізичний домен якості життя [3]. З іншого боку пацієнти з СФР частіше звертаються за медичною допомогою у відділення невідкладної допомоги, збільшуючи навантаження на систему охорони здоров'я [4]. Пацієнти з СФР мали менше соціально-економічних ресурсів, відчували більше емоційного стресу та використовували більше опіоїдів та медичних послуг [5].

Серцево-судинний варіант СФР часто проявляється болем у грудях, який в свою чергу може бути пов'язаним з численними психологічними механізмами, які можуть сприяти її патогенезу та тяжкості. До цих механізмів відносяться кардіофобія, неадаптивний копінг, негативне вирішення соціальних

проблем, стрес, надпильність до кардіопульмональних відчуттів, і алекситимія [6]. Мета-аналізи досліджень випадок-контроль показали, що у пацієнтів з SSD більше порушень через депресію (SMD = 1,80), тривожність (SMD = 1,55), тривожність про здоров'я (SMD = 1,31) та алекситимію (SMD = 1,39) у порівнянні зі здоровими особами груп контролю [7].

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Питання якості життя привертаю увагу багатьох дослідників та висвітлюються такими українськими вченими як Н.О.Марута, О.М. Зінченко, М.В. Маркова, Ц.Б. Абдряхімова, В.Ю. Федченко, Т. В. Панько, І. О. Явдак. Однак залишаються не в повному обсязі досліджена якості життя у пацієнтів з соматоформними розладами поєднаними з порушеннями сну та її взаємозв'язки з психометричними показниками.

**Мета статті** – дослідження особливостей якості життя у пацієнтів з соматоформними розладами та оцінка його зв'язку з розладами сну.

Матеріали і методи дослідження. Було обстежено 120 пацієнтів з соматоформними розладами та порушеннями сну, серед яких було 39 осіб чоловічої статі та 81 – жіночої. У дослідженні використовували клініко-психопатологічний метод доповнений психометричними шкалами. Пітсбурзький опитувальник якості сну (PSQI) та індекс тяжкості інсомнії Ch. Morin (ISI) використовували для оцінки вираженості порушень сну. Вираженість депресії визначали за тестом Бека (BDI-II), тривожність (ситуативну та особистісну) – за шкалою тривоги Спілбергера (STAI). Опитувальник якості життя J.E. Mezzich в адаптації Н.О.Марути використовували для оцінки якості життя (ЯЖ). Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням програмного забезпечення STATISTICA 6.1 (StatSoft Inc.). Нормальність розподілу отриманих даних перевіряли за допомогою критерію Шапіро-Уїлка. Оскільки дані мали ненормальний розподіл, описові статистичні показники подані у вигляді медіани (Me) та першого-третього квантилів (Q1 - Q3). Для порівняння незалежних груп використовували U-критерій Манна-Вітні для кількісних ознак. Кореляційні зв'язки визначали з використанням коефіцієнту рангової кореляції Спірмена ( $r_s$ ). Відмінності вважали статистично значущими при  $p < 0,05$ .

**Виклад основного матеріалу.** Інтегративний показник якості життя у всій вибірці склав 3,9 (3,2; 4,45) балів, що значно нижче, ніж має бути у здорових осіб. Показник по субшкалі суб'єктивного благополуччя склав 3,67 (3; 4) балів, по субшкалі виконання соціальних ролей – 3,86 (3; 4,63) балів, а показник по субшкалі зовнішні життєві обставини - 4 (3,3; 5) балів.

Оцінюючи якість життя у пацієнтів в цілому слід відмітити невисокі значення показників по всіх компонентах (рис. 1).



Рис. 1. Загальна вираженість компонентів якості життя

Для оцінки впливу статі на показники ЯЖ у пацієнтів з СФР та порушеннями сну ми порівняли показники ЯЖ у осіб чоловічої та жіночої статі (табл. 1). Відмінності по інтегративному показнику та основних субшкалах були відсутні, проте виявлена достовірна відмінність по показнику «духовна реалізація». У жінок показник по цьому компоненту був дещо вищим, ніж у чоловіків, залишаючись значно нижче, ніж у здорової популяції.

Таблиця 1

### Аналіз показників якості життя за інтегративним тестом якості життя в залежності від статі (Mezzich J.E. et al., 1999) (у балах)

компоненти	Значення Me (Q1; Q3)			p*
	Разом	Ч	Ж	
Фізичне благополуччя	4 (3; 4)	3 (3; 4)	4 (3; 4)	0,26
Психічне благополуччя	4 (4; 5)	4 (4; 5)	4 (4; 5)	0,84
Самообслуговування	3 (2; 4)	3 (2; 4)	3 (2; 4)	0,73
Працездатність	4 (2; 5)	4 (2; 5)	4 (2; 5)	0,75
Міжособистісна взаємодія	5 (4; 6)	5 (4; 6)	5 (4; 5)	0,46
Соціально-емоційна підтримка	4 (3; 5)	4 (3; 5)	4 (3; 5)	0,53
Громадська та службова підтримка	4 (2; 5)	4 (1; 4)	4 (2; 5)	0,75
Особистісна реалізація	3 (3; 5)	4 (3; 5)	3 (3; 4)	0,27
Духовна реалізація	4 (4; 6)	4 (3; 5)	5 (4; 6)	0,01
Загальне сприйняття життя	3 (2; 4)	3 (3; 4)	3 (2; 4)	0,53
Інтегративний показник	3,9 (3,2; 4,45)	3,9 (3; 4,4)	3,9 (3,3; 4,5)	0,64
Суб'єктивне благополуччя	3,67 (3; 4)	3,7 (3; 4)	3,7 (3,3; 4)	0,98
Виконання соціальних ролей	3,86 (3; 4,63)	4 (3; 4,5)	3,75 (3; 4,75)	0,93
Зовнішні життєві обставини	4 (3,3; 5)	4 (3; 4,67)	4,3 (3,3; 5)	0,22

Примітка: \* різниця між групами: за критерієм Манна-Уїтні

Оцінюючи якість життя обстежених пацієнтів в залежності від наявності депресії за шкалою BDI-II, отримано достовірну відмінність за тестом Мана-Уїтні у медіанному балі ІЯЖ  $0(U=274,0, p<0,001)$  (рис. 2).

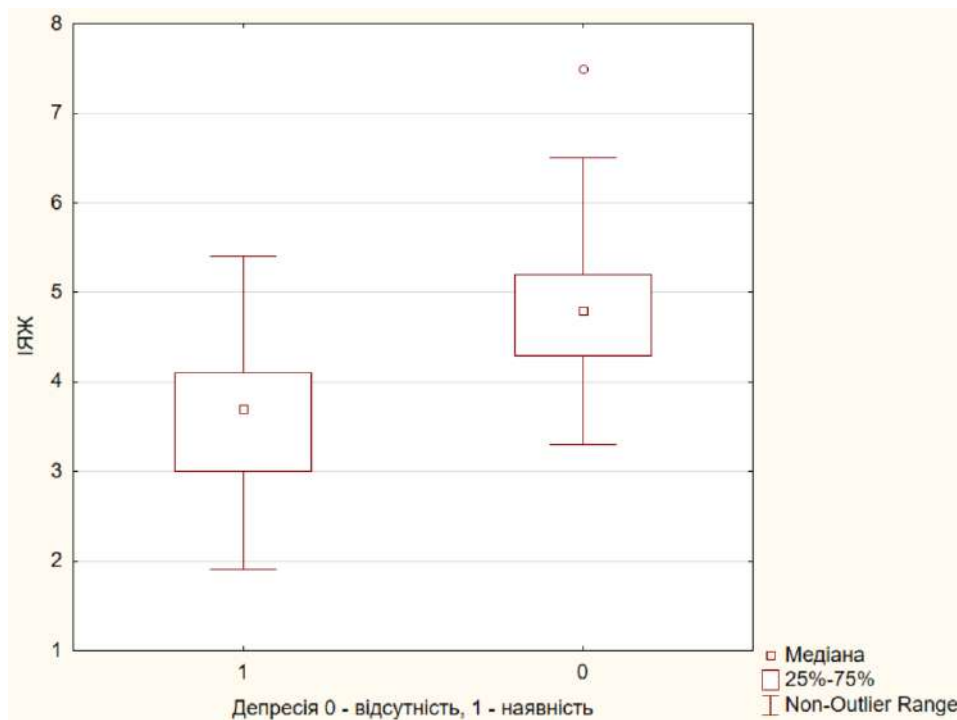


Рис. 2 Залежність ІЯЖ від наявності депресії

Подібна картина спостерігалася і в вираженості ІЯЖ в залежності від наявності ( $U = 649,5, p<0,001$ ) та важкого безсоння ( $U = 160,5, p<0,001$ ) (рис. 3).

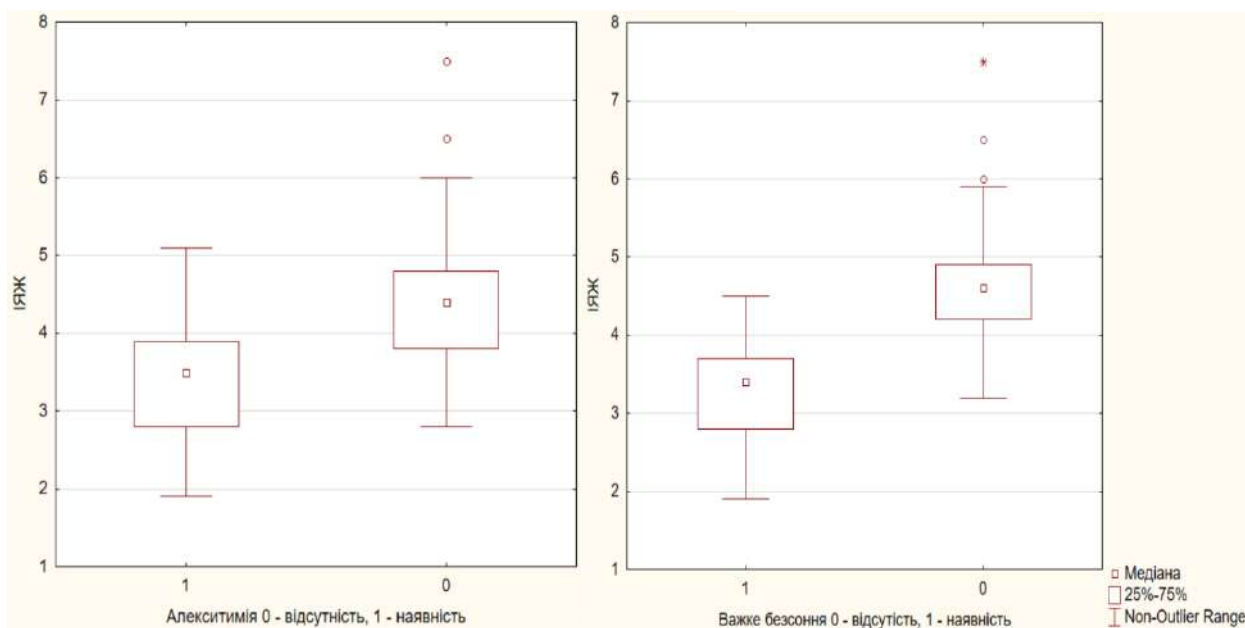


Рис. 3 Залежність ІЯЖ від наявності алекситимії та важкого безсоння

Проте слід відзначити, що навіть за відсутності алекситимії, депресії чи важкого безсоння пацієнти мають недостатній рівень якості життя.

Для оцінки взаємовпливу ЯЖ та порушень сну було проведено кореляційний аналіз в результаті якого встановлено, що якість сну за PSQI значно впливає на всі аспекти якості життя, окрім міжособистісного спілкування (табл. 2). Особливо сильний вплив низька якість сну має на такі категорії як самообслуговування та соціально-емоційна підтримка, що підкреслює важливість якісного сну для загального благополуччя.

Таблиця 2

**Кореляційний аналіз показників якості життя за інтегративним тестом якості життя та PSQI**

показник	1 – суб'єктивна якість сну	2 – лагентність сну	3 – тривалість сну	4 – звичайна ефективність сну	5 – порушення сну	6 – використання снодійних	7 – порушення денного функціонування
Фізичне благополуччя	-0,33*	-0,40*	-0,22*	-0,23*	-0,40*	-0,22*	-0,29*
Психічне благополуччя	-0,35*	-0,33*	-0,25*	-0,33*	-0,41*	-0,27*	-0,17
Самообслуговування	-0,45*	-0,50*	-0,42*	-0,50*	-0,39*	-0,40*	-0,07
Працездатність	-0,39*	-0,38*	-0,37*	-0,57*	-0,55*	-0,30*	-0,08
Міжособистісне спілкування	-0,03	-0,07	-0,08	-0,14	-0,10	-0,13	0,14
Соціально-емоційна підтримка	-0,46*	-0,55*	-0,38*	-0,45*	-0,52*	-0,32*	-0,16
Громадська та службова підтримка	-0,41*	-0,42*	-0,42*	-0,47*	-0,43*	-0,28*	-0,23
Особистісна реалізація	-0,48*	-0,43*	-0,28*	-0,38*	-0,41*	-0,34*	-0,08
Духовна реалізація	-0,05	-0,24*	-0,34*	-0,26*	-0,35*	-0,10	-0,18*
Загальне сприйняття життя	-0,24*	-0,38*	-0,23*	-0,19*	-0,30*	-0,28*	-0,19*

Примітка: \* відмічені кореляції за Спірменом з  $p < 0,05$

Також було проведено дослідження зв'язків між якістю життя та компонентами індексу важкості інсомнії в результаті якого було виявлені переважно помірні негативні кореляції між показниками порушення сну та різними аспектами якості життя (табл. 3).

Таблиця 3

**Кореляційний аналіз показників якості життя за інтегративним тестом якості життя та ISI**

показник	Складнощі із засинанням	Часте та/або довготривале пробудження	Раннє ранкове пробудження	Задоволеність сном	Зниження працездатності у зв'язку з поганим сном	Зниження якості життя у зв'язку з поганим сном	Стурбованість поганим сном
Фізичне благополуччя	-0,44*	-0,38*	-0,31*	-0,30*	-0,48*	-0,48*	-0,48*
Психічне благополуччя	-0,44*	-0,31*	-0,25*	-0,26*	-0,36*	-0,36*	-0,39*
Самообслуговування	-0,56*	-0,54*	-0,39*	-0,49*	-0,63*	-0,53*	-0,56*
Працездатність	-0,57*	-0,47*	-0,34*	-0,53*	-0,56*	-0,55*	-0,57*
Міжособистісне спілкування	-0,11	-0,03	-0,05	-0,10	-0,01	-0,05	0,003
Соціально-емоційна підтримка	-0,62*	-0,53*	-0,40*	-0,49*	-0,59*	-0,57*	-0,61*
Громадська та службова підтримка	-0,55*	-0,44*	-0,40*	-0,47*	-0,57*	-0,57*	-0,56*
Особистісна реалізація	-0,54*	-0,49*	-0,40*	-0,42*	-0,55*	-0,53*	-0,62*
Духовна реалізація	-0,19*	-0,22*	-0,21*	-0,24*	-0,32*	-0,28*	-0,31*
Загальне сприйняття життя	-0,27*	-0,27*	-0,36*	-0,30*	-0,35*	-0,35*	-0,34*

Примітка: \* відмічені кореляції за Спірменом з  $p < 0,05$ 

Про кореляційному аналізі психометричних показників та ІЯЖ і його субшкал виявлені сильні негативні кореляції з показниками порушень сну (табл. 4). Алекситимія (бал за ТАС-20 та бінарний показник наявності алекситимії), депресія (бал BDI-II та бінарний показник наявності депресії) та ситуативна тривожність мають помірні негативні кореляції з ІЯЖ та його складовими. Однак особистісна тривожність має сильну негативну кореляцію з ІЯЖ та помірну ближче до сильної – з показниками СБ, ВСР та ЗЖО.



Таблиця 4

**Кореляційний аналіз показників якості життя за інтегративним тестом якості життя та ISI**

	PSQI	ISI	Важка інсомнія	TAC-20	Наявність алекситимії	BDI-II	Наявність депресії	ОТр	СТр
ІЯЖ	-0,92*	-0,89*	-0,78*	-0,60*	-0,55*	-0,67*	-0,55*	-0,76*	-0,42*
СБ	-0,65*	-0,60*	-0,52*	-0,39*	-0,35*	-0,53*	-0,45*	-0,54*	-0,37*
ВСР	-0,77*	-0,77*	-0,65*	-0,53*	-0,50*	-0,56*	-0,48*	-0,69*	-0,38*
ЗЖО	-0,80*	-0,76*	-0,66*	-0,51*	-0,48*	-0,58*	-0,45*	-0,64*	-0,34*

Примітка: \* відмічені кореляції за Спірменом з  $p < 0,01$

Порушення сну мають найбільший негативний вплив на всі аспекти якості життя, включаючи загальний показник якості життя, суб'єктивне благополуччя, виконання соціальних ролей та оцінку зовнішніх обставин. Алекситимія та депресія також суттєво погіршують якість життя. Це підкреслює необхідність своєчасної діагностики та лікування пацієнтів з СФР та порушеннями сну, а лікування має бути спрямоване не тільки на порушення сну і прояви депресії, а й на алекситимію та тривожність, особливо особистісну.

**Висновки.** Якість життя пов'язана зі здоров'ям значно знижена у пацієнтів з СФР з порушеннями сну у порівнянні зі здоровим населенням. Достовірна відмінність між чоловіками і жінками з СФР спостерігається лише по складовій ЯЖ «духовна реалізація», залишаючись низькою. Порушення сну, алекситимія та депресія мають значний негативний вплив на всі аспекти якості життя пацієнтів з СФР. Це підкреслює важливість своєчасної діагностики та лікування цих станів для покращення якості життя пацієнтів.

**Література:**

1. Determinanten der Lebensqualität bei somatoformen Störungen mit Leitsymptom Schmerz - Plädoyer für eine Subgruppen-Differenzierung im ICD-11 / R. Nickel et al. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 2010. Vol. 56, no. 1. P. 3–22. <https://doi.org/10.13109/zptm.2010.56.1.3>
2. Prevalence of functional somatic syndromes and bodily distress syndrome in the Danish population: the DanFunD study / M. W. Petersen et al. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2019. Vol. 48, no. 5. P. 567–576. <https://doi.org/10.1177/1403494819868592>
3. Association of categorical diagnoses and psychopathologies with quality of life in patients with depression, anxiety, and somatic symptoms: A cross-sectional study / C.-Y. Tu et al. *Journal of Psychosomatic Research*. 2024. Vol. 182. P. 111691. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111691>
4. Functional somatic symptoms in Emergency Department frequent presenters / V. Garde et al. *BMC Emergency Medicine*. 2024. Vol. 24, no. 1. <https://doi.org/10.1186/s12873-024-01030-w>

5. The prognosis of bodily distress syndrome: a cohort study in primary care / A. Budtz-Lilly et al. *General Hospital Psychiatry*. 2015. Vol. 37, no. 6. P. 560–566. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.08.002>

6. The Role of Psychological Factors in Noncardiac Chest Pain of Esophageal Origin / F. Gonzalez-Ibarra et al. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*. 2024. Vol. 30, no. 3. P. 272–280. <https://doi.org/10.5056/jnm23166>

7. Psychological risk factors of somatic symptom disorder: A systematic review and meta-analysis of cross-sectional and longitudinal studies / A. Smakowski et al. *Journal of Psychosomatic Research*. 2024. P. 111608. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111608>

### References:

1. Nickel, R., Hardt, J., Kappis, B., Schwab, R., & Egle, U. T. (2010). [Determinants of quality of life in patients with somatoform disorders with pain as main symptom—The case for differentiating subgroups]. *Zeitschrift Fur Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 56(1), 3–22. <https://doi.org/10.13109/zptm.2010.56.1.3>

2. Petersen, M. W., Schröder, A., Jørgensen, T., Ørnbøl, E., Dantoft, T. M., Eliassen, M., Carstensen, T. W., Falgaard Epløv, L., & Fink, P. (2020). Prevalence of functional somatic syndromes and bodily distress syndrome in the Danish population: The DanFunD study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 48(5), 567–576. <https://doi.org/10.1177/1403494819868592>

3. Tu, C.-Y., Liao, S.-C., Wu, C.-S., Chiu, Y.-T., & Huang, W.-L. (2024). Association of categorical diagnoses and psychopathologies with quality of life in patients with depression, anxiety, and somatic symptoms: A cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*, 182, 111691. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111691>

4. Garde, V., Thornton, K., Pardon, M., Gangathimmaiah, V., Mallett, A. J., Greenslade, J., & Watt, K. (2024). Functional somatic symptoms in Emergency Department frequent presenters. *BMC Emergency Medicine*, 24(1), 122. <https://doi.org/10.1186/s12873-024-01030-w>

5. Budtz-Lilly, A., Vestergaard, M., Fink, P., Carlsen, A. H., & Rosendal, M. (2015). The prognosis of bodily distress syndrome: A cohort study in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 37(6), 560–566. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.08.002>

6. Gonzalez-Ibarra, F., Cruz-Ruiz, M., Murillo Llanes, J., Achem, S. R., & Fass, R. (2024). The Role of Psychological Factors in Noncardiac Chest Pain of Esophageal Origin. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 30(3), 272–280. <https://doi.org/10.5056/jnm23166>

7. Smakowski, A., Hüsing, P., Völcker, S., Löwe, B., Rosmalen, J. G. M., Shedden-Mora, M., & Toussaint, A. (2024). Psychological risk factors of somatic symptom disorder: A systematic review and meta-analysis of cross-sectional and longitudinal studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 181, 111608. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111608>