

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах рукопису

**МАКАРОВА ІННА ІВАНІВНА**

УДК 616.89-008.1:616.8-009.8:615.851:615.83-036.8

ДИСЕРТАЦІЯ

**ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ РОЗЛАДІВ СНУ ПРИ  
СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДАХ: АЛГОРИТМИ ЛІКУВАЛЬНО-  
РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ**

222 – Медицина

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

Інна МАКАРОВА

---

(підпис, ім'я та прізвище здобувача)

**Науковий керівник:** Огоренко Вікторія Вікторівна, доктор медичних наук,  
професор

Дніпро – 2025

## АНОТАЦІЯ

Макарова І.І. Особливості формування розладів сну при соматоформних розладах: алгоритми лікувально-реабілітаційних заходів. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 «Медицина» – Дніпровський державний медичний університет, Дніпро, 2025.

У дисертаційній роботі на основі даних, отриманих у результаті дослідження запропоновано вирішення однієї з важливих проблем психіатрії – на підставі аналізу клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей хворих з соматоформними розладами розроблено алгоритми лікувально-реабілітаційних заходів при порушеннях сну.

Під час проведення дисертаційної роботи були виявлені клініко-психопатологічні і патопсихологічні особливості соматоформних розладів (СФР) у хворих з порушеннями сну. Встановлені зв'язки між симптоматикою СФР та розладів сну і надана оцінка їх впливу на якість життя пацієнтів. Досліджена проблема якості життя пацієнтів з СФР з порушеннями сну та означені шляхи її підвищення. Також оптимізована комплексна допомога хворим на СФР для поліпшення якості життя та покращення результатів лікування.

Дисертаційну роботу було виконано в рамках НДР кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Дніпровського державного медичного університету: «Розробка системи діагностичних, психокорекційних, лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів для хворих з неспсихотичними психічними розладами та членів їх родин», № держреєстрації 0118U001281, та «Розробка сучасних технологій диференційованої психіатричної допомоги особам з неспсихотичними психічними розладами та їх родичам і фахівцям сфери охорони психічного здоров'я», № держреєстрації 0121U114305.

Дослідження базується на даних комплексного обстеження 120 пацієнтів віком від 18 до 60 років, у яких були виявлені СФР та порушення сну.

Хворих було розділено на дві групи (основну і порівняння) за допомогою процесу простої фіксованої рандомізації. Групи, що порівнювалися, суттєво не різнилися за віковим складом, соціальним статусом синдромальними варіантами СФР ( $p > 0,05$ ), що свідчило про їхню однорідність і давало змогу належно зіставляти їх за іншими характеристиками. Усіх пацієнтів, включених відповідно до критеріїв, обстежували на початку дослідження та через 6 місяців лікування: клініко-психопатологічне і психодіагностичне дослідження.

У діагностиці використовували клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний методи обстеження (Пітсбурзький опитувальник індексу якості сну (PSQI), тест депресії Бека (BDI-II), індекс важкості інсомнії (ISI), Торонтську шкалу алекситимії-20 (TAC20), інтегративний опитувальник якості життя, шкалу тривоги Спілбергера (STAI).

На підставі клініко-психопатологічного методу виділені субсиндромальні варіанти СФР, оскільки наявні симптоми не досягали вираженого синдромального рівня: тривожний, алекситимічний, субдепресивний, диссомнічний, гіперсезійний, психопатичний. А в залежності від провідного ураження соматичної сфери було виділено чотири клініко-соматичні варіанти СФР: з переважним ураженням дихальної системи (ДС), гастро-інтестинальної (ШКТ), серцево-судинної (ССС) та ендокринної (ЕС) систем.

Відповідно до результатів дослідження складові Індексів тяжкості інсомнії Ch. Morin відповідають високому рівню вираженості з відсутністю достовірних статистичних відмінностей між групами спостереження. Сумарний бал Індексів тяжкості інсомнії в основній групі склав 22 (17,5; 25,5) бали, в групі порівняння – 22,5 (17,5; 26) бали ( $p=0,96$ ). Медіанний рівень ISI у пацієнтів з СФР ДС складав 26 (23; 28) балів, у пацієнтів з ШКТ варіантом

СФР – 21 (17; 24) балів, у пацієнтів з ССС варіантом СФР – 22 (17; 26) балів, у пацієнтів з ЕС варіантом СФР – 26 (24; 27) балів. Медіанний бал Пітсбурзького опитувальника індексу якості сну (PSQI) для всієї вибірки склав 17 (15; 18) балів, що свідчить про те, що пацієнти обох груп мали виражені порушення сну (показник більше 5 балів). Загальний бал PSQI в основній групі становив 17 (14; 18) балів, у контрольній групі – 17 (15,5; 18) балів ( $p=0,91$ ).

Визначена тяжкість депресивних симптомів відповідає помірному рівню депресії в обох групах дослідження і складає 27,5 (19; 36) балів. Медіанний рівень депресії в основній групі становить 26 (19,5; 38,5) балів, у групі порівняння – 28 (19; 36,4) балів. Оцінюючи вираженість депресії серед пацієнтів з СФР з розладами сну було встановлено, що 40% основної групи і 42% обстежених контрольної групи мали важку депресію. Помірна депресія була виявлена у 40% пацієнтів основної групи і 35% пацієнтів групи порівняння. Депресія легкого ступеня була діагностована у 18% учасників основної групи і 23% учасників групи порівняння.

За результатами дослідження встановлено, що медіанний бал особистісної тривожності складає 58 (43; 66) балів, що відповідає високому її рівню. Особистісна тривожність, яка відображає рису характеру, у основній групі складає 59 (54,5; 79) балів, а у групі порівняння – 58 (43; 65,5) балів, що відповідає високому рівню тривожності. Ситуативна тривожність, яка вказує на психотравмуючі фактори, склала 65 (50; 68) балів, що відповідає високому рівню. В основній групі її рівень був 65 (50,5; 68) балів, а у контрольної групи – 64 (49,5; 67) балів, що також, як і особистісна тривожність, відповідає високому рівню тривожності.

Медіанний бал алекситимії становив в основній групі 60 (54,5; 79) балів та 61,5 (56; 70,5) бали в контрольній групі, що незначно перевищує межу діагностики у 60 балів. Достовірні відмінності у медіанних балах алекситимії між групами не виявлені.

Інтегративний показник якості життя у всій вибірці був значно нижче, ніж має бути у здорових осіб – 3,9 (3,2; 4,45) балів. При аналізі за субшкалами

отримані наступні результати: суб'єктивне благополуччя – 3,67 (3; 4) балів, виконання соціальних ролей – 3,86 (3; 4,63) балів, зовнішні життєві обставини – 4 (3,3; 5) балів.

Показники ситуативної і особистісної тривожності корелювали з показниками тяжкості інсомнії – виявлені статистично значимі зв'язки переважно середньої сили. При збільшенні вираженості тривожності збільшувався ступінь вираженості порушень сну і навпаки. Особистісна тривожність в більшій мірі пов'язана з порушеннями сну, ніж ситуативна. Компоненти зниження працездатності у зв'язку з поганим сном та тяжкість інсомнії мають сильний прямий кореляційний зв'язок з особистісною тривожністю. Наявні взаємне обтяження порушень сну і особистісної тривожності, коли тривожність посилює порушення сну, а порушення сну, що виникли, збільшують вираженість тривожності.

При аналізі взаємозв'язків індексу важкості інсомнії звертає на себе увагу сильна кореляція з індексом PSQI та особистісною тривожністю. Схожі кореляційні залежності виявляються між загальним показником PSQI, особистісною тривожністю та значенням ISI. с та субшкали тесту якості життя демонструють помірну або сильну негативну кореляцію з усіма аспектами інсомнічних розладів. Загальний бал за тестом TAS-20 переважно має прямий кореляційний зв'язок помірної сили з усіма компонентами ISI. Аналогічна картина простежується при оцінці взаємозв'язку між рівнем депресії та складовими ISI. Алекситимія (бал за TAS-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. Також виявлена помірна асоціація між наявністю алекситимії та наявністю депресії, а також між наявністю важкого безсоння (за ISI) та наявністю депресії та алекситимії.

Якість сну за PSQI значно впливає на всі аспекти якості життя, окрім міжособистісного спілкування, а особливо сильний вплив низька якість сну має на категорії самообслуговування та соціально-емоційної підтримки.

Враховуючи велику кількість внутрішньогрупових і міжгрупових зв'язків, був проведений канонічний кореляційний аналіз для груп змінних, що характеризують психопатологічний стан пацієнтів (депресія, тривожність, алекситимія, якість сну) та показників якості життя обстежених хворих. Коефіцієнт канонічної кореляції між психопатологічними показниками та показниками якості життя склав  $R=0,91$  ( $\chi^2=211,29$ ;  $p<0,001$ ), що свідчить про наявність сильного зв'язку між дослідженими параметрами. Показники якості життя хворих на 62,5% формуються за рахунок спільного впливу алекситимії, депресії, тяжкості інсомнії та показнику якості сну. Одночасно з цим показники якості життя (інтегральна оцінка якості життя, виконання соціальних ролей, зовнішні життєві обставини, суб'єктивне благополуччя) на 56,0 % визначають психопатологічний стан пацієнтів.

Лікування пацієнтів основної групи проводилося за розробленою нами комплексною, поетапною, диференційованою програмою лікування та реабілітації, яка включала медикаментозне лікування (антидепресанти, гіпнотики, антипсихотики) та впливи на когнітивні моделі інсомнії (модель неспокійного розуму, модель обумовленого безсоння, модель негативного очікування сну, модель надмірного контролю над сном). Учасники групи порівняння отримували стандартну терапію згідно з чинними клінічними настановами.

Оцінюючи результати запропонованих принципів лікування виявлена позитивна динаміка показників депресії та тривожності під впливом проведеної корекції СФР та порушень сну з достовірною відмінністю між групами. Також спостерігалось покращення по показниках важкості інсомнії та диссомнії. Медіанний показник індексу важкості інсомнії був 10 (7; 14) балів: 7,5 (6; 10) та 13 (10; 16) в основній групі та в групі порівняння відповідно. Зниження загального балу по шкалі ISI склало більше 8 балів, що підтвердило ефективність надання допомоги. За результатами PSQI в динаміці стан пацієнтів основної та контрольної групи покращився, але тривалість сну та звичайна ефективність сну не відрізнялися між групами після лікування, що

пояснюється переважним впливом медикаментів на визначені компоненти сну. Медіанний показник PSQI залишався більше 5 балів обох групах, що свідчить про неповне покращення порушень сну у пацієнтів с СФР.

За результатами лікування виявлено значне достовірне покращення загального балу, балів як по складових компонентах, так і по похідним показникам. Медіанний показник ІЯЖ після лікування в основній групі склав 8 (6,9; 8,6), в контрольній – 6,7 (5,7; 7,5) балів, продемонструвавши зростання в 2,05 та 1,7 рази відповідно, що свідчить про значну ефективність втручання в основній групі:  $d_{\text{Cohen}} = 0,91$  (95%ДІ 0,53–1,29). Розроблена методика допомоги збільшує шанси мати кращий рівень якості життя в 5,21 рази.

За результатами втручання виявлено, що Індекс важкості інсомнії негативно корелює з показником особистісної тривожності та позитивно з рівнем депресії за шкалою депресії Бека. Також виявлені негативні кореляційні зв'язки між рівнем тривожності та депресії, що свідчить про зниження рівня тривожності при збільшенні депресії. Тривожність проявляє різні типи зв'язків: особистісна тривожність впливає на інсомнію, але не на якість сну загалом, і має сильний кореляційний зв'язок з вираженістю депресії. Ситуативна тривожність, хоча і пов'язана з особистісною тривожністю, не має значущих кореляцій з іншими показниками.

Бали за шкалою депресії достовірно негативно пов'язані з якістю життя та її складовими. Особистісна тривожність має позитивні зв'язки з якістю життя, що можна пояснити мобілізуючою функцією цієї тривожності на пацієнтів внаслідок чого якість життя оцінюється вище. Ситуативна тривожність пов'язана з якістю життя та її складовими після лікування, але кореляційний зв'язок виявся слабким.

Виявлено, що лише 51 з 120 хворих, що завершили дослідження, мали достатній рівень якості життя (більше 7,5 балів, що вважається умовною популяційною нормою), тому для подальшого аналізу факторів впливу на якість життя пацієнти були розділені на дві групи: групу 1 склали пацієнти з достатньою якістю життя, а групу 2 – з низькою її якістю. Збільшення балів по

1-6 з компонентів якості сну (за PSQI) достовірно впливає на якість життя пацієнтів з СФР збільшуючи шанси на досягнення достатньої якості життя від 3,27 до 4,99 разів. Аналогічні результати отримані при оцінці впливу компонентів ISI на якість життя пацієнтів з СФР, які збільшують шанси на досягнення достатньої якості життя від 2,53 рази (раннє ранкове пробудження) до 6,33 разів (часте та/або довготривале пробудження).

У результаті дослідження ми розробили логістичну модель прогнозування вірогідності досягнення цільової якості життя. Результуючою формулою отриманої моделі є:

$$p = \frac{\exp(0,87 + 0,06X_1 + 0,05X_2 + 0,05X_3 + 1,82X_4)}{(1 + \exp(0,87 + 0,06X_1 + 0,05X_2 + 0,05X_3 + 1,82X_4))}$$

де: p – вірогідність досягнення цільової якості життя;

0,87 – вільний член;

x<sub>1</sub> – показник 2 компоненту якості сну за PSQI до лікування;

x<sub>2</sub> – показник вираженості депресії за BDI-II до лікування;

x<sub>3</sub> – показник вираженості особистісної тривожності до лікування;

x<sub>4</sub> – бінарний показник наявності важкої інсомнії після лікування.

Подальша перевірка включала визначення критерію Хосмера-Лемешова, який становив 2,8105 (p=0,95) та використання методу максимальної правдоподібності, який виявив:  $\chi^2=57,77$ , df=4, p<0,0001). Отримані результати свідчать про відповідність між даними, отриманими у нашому дослідженні, та логістичною моделлю.

Оцінка прогностичної точності рівняння логістичної регресії проводилася побудовою ROC кривої отриманої моделі та аналізом AUC, яка у побудованій моделі становила 0,872 (95% ДІ 0,799–0,926), p<0,0001, що свідчить про її дуже добру прогностичну здатність.

Таким чином поєднання показників латентності сну до втручання, особистісної тривожності, депресії до втручання та наявності вираженої інсомнії після втручання збільшують шанси не мати достатній рівень ЯЖ в 17,6 разів.

Модель на основі індексу важкості інсомнії пояснила 51,08% варіацій у чорновому результаті та правильно класифікувала 75% випадків. Критерій Хосмера-Лемешова склав 10,05 ( $p=0,26$ ), оцінка за методом максимальної правдоподібності виявила –  $\chi^2=57,4$ ,  $df=7$ ,  $p<0,0001$ . Прогностична точності рівняння, оцінена за ROC кривою та аналізом AUC (0,871 (95% ДІ 0,798–0,92),  $p<0,0001$ ), свідчили про дуже добру прогностичну здатність. Модель на основі Пітсбурзького опитувальника визначення індексу якості сну пояснила 52,61% варіацій у чорновому результаті та правильно класифікувала 78,33% випадків. Критерій Хосмера-Лемешова склав 7,70 ( $p=0,46$ ), при використанні методу максимальної правдоподібності виявлено –  $\chi^2=59,6$ ,  $df=7$ ,  $p<0,0001$ . Прогностична точності рівняння, оцінена за ROC кривою та аналізом AUC (0,869 (95% ДІ 0,796–0,924),  $p<0,0001$ ), свідчили про дуже добру прогностичну здатність. Певним обмеженням використання ISI або PSQI для прогнозування якості життя є те, що не всі змінні в моделі мали достовірну прогностичну здатність, хоча вся шкала в цілому в кожному випадку була достовірною.

Порівнюючи отримані моделі прогнозування якості життя пацієнтів з СФР та порушеннями сну відсутні достовірні відмінності у моделях. Але аналізуючи характеристики отриманих моделей за AUC було виявлено, що для моделі на основі PSQI чутливість склала 89,86% при специфічності 66,67%. Чутливість логістичної моделі на основі ISI була 72,5%, специфічність – 92,2%. А для моделі, яка в якості предикторів включала показник 2 компоненту якості сну за PSQI до лікування, показник вираженості депресії за BDI-II до лікування, показник вираженості особистісної тривожності до лікування, бінарний показник наявності важкої інсомнії після лікування чутливість склала 82,6% при специфічності 82,4%, що є більш збалансованим для прогнозування.

### **Наукова новизна отриманих матеріалів.**

Уперше на підставі комплексного клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного, психодіагностичного і статистичного досліджень отримано дані про особливості порушень сну у осіб з СФР.

Виявлено індивідуально-типологічні характеристики пацієнтів із СФР, які мають порушення сну, та їх вплив на рівень якості життя.

Розроблено ключові підходи до корекції та профілактики розладів сну в осіб із СФР, а також оцінено їхню ефективність.

Визначені фактори, які впливають на якість життя пацієнтів з СФР з порушеннями сну.

Уперше розроблено прогностичну модель якості життя у хворих з СФР з порушеннями сну.

### **Практичне значення отриманих результатів.**

1. Для ранньої діагностики СФР із порушеннями сну рекомендовано використовувати наступні фактори: показник латентності сну (2 компонент PSQI), вираженість депресії за BDI-II, вираженість особистісної тривожності та наявність важкої інсомнії.

2. Для покращення якісної оцінки СФР із порушеннями сну, вибору тактики лікування та контролю його ефективності доцільно застосовувати Індекс тяжкості інсомнії (ISI), Пітсбурзький опитувальник індексу якості сну (PSQI), шкалу депресії Бека (BDI-II), Торонтську шкалу алекситимії (ТАС-20), а також опитувальник Спілбергера для оцінки особистісної та ситуативної тривожності.

3. Для діагностики та моніторингу ефективності лікувально-реабілітаційних заходів рекомендовано використовувати інтегративний тест якості життя (за Х.Меззіч), звертаючи увагу на субшкали суб'єктивного благополуччя, виконання соціальних ролей та зовнішніх життєвих обставин.

4. Для виділення пацієнтів із групи ризику недосягнення достатнього рівня психічного компоненту якості життя протягом наступних шести місяців рекомендовано застосовувати модель прогнозування, що включає показники

латентності сну (2 компонент PSQI), вираженість депресії (за BDI-II), особистісну тривожність та наявність важкої інсомнії (за ISI).

5. Використання когнітивно-поведінкової терапії інсомнії, з урахуванням визначених когнітивних моделей інсомнії, у поєднанні з психофармакологічною корекцією у хворих із СФР та порушеннями сну в межах три етапної реабілітаційної програми (діагностичний, терапевтичний, лікувально-корекційний етапи) дозволить оптимізувати лікувальний процес та покращити якість життя.

6. Під час надання медичної допомоги пацієнтам з СФР та порушеннями сну доцільно призначати консультацію лікаря-психотерапевта або лікаря-психолога з метою призначення психотерапевтичних втручань, з урахуванням поточної когнітивної моделі інсомнії у пацієнта на тлі медикаментозної терапії задля покращення психічного стану та якості сну.

**Ключові слова:** алекситимія, депресія, диссомнія, інсомнія, непсихотичні психічні розлади, Пітсбурзький опитувальник якості сну, психосоматична медицина, розлади сну, стрес, соматоформні розлади, тривога, тривожність, шкала депресії Бека, шкала тривоги Спілбергера-Ханіна, якість життя.

## ANNOTATION

Makarova I.I. Characteristics of sleep disorders formation in somatoform disorders: treatment and rehabilitation algorithms. – Qualifying scientific work on manuscript rights.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the speciality 222 "Medicine", a field of knowledge 22 "Health Care". – Dnipro State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Dnipro; 2025.

In the dissertation, based on the data obtained from the conducted study, a solution to one of the significant issues in psychiatry is proposed: through the analysis of clinical-psychopathological and pathopsychological characteristics of patients with somatoform disorders, algorithms for therapeutic and rehabilitation interventions for sleep disturbances have been developed.

During the dissertation research, clinical-psychopathological and pathopsychological characteristics of somatoform disorders (SFD) in patients with sleep disturbances were identified. The relationships between SFD symptomatology and sleep disorders were established, and their impact on patient's quality of life was assessed. The problem of quality of life in patients with SFD and sleep disturbances was explored, and approaches to its improvement were outlined. Furthermore, the comprehensive care for patients with SFD was optimized to enhance their quality of life and improve treatment outcomes.

The dissertation was carried out within the framework of the research projects of the Department of Psychiatry, Narcology, and Medical Psychology of Dnipro State Medical University: "Development of a system of diagnostic, psychocorrective, therapeutic, rehabilitative, and preventive measures for patients with non-psychotic mental disorders and their family members," State Registration No. 0118U001281, and "Development of modern technologies for differentiated psychiatric care for individuals with non-psychotic mental disorders, their relatives, and mental health professionals," State Registration No. 0121U114305.

The study is based on data from a comprehensive examination of 120 patients aged 18 to 60 years, diagnosed with SFD and sleep disturbances.

The patients were divided into two groups (main and comparison) using a simple fixed randomization process. The groups under comparison did not differ significantly in terms of age distribution, social status, or syndromal variants of SFD ( $p > 0.05$ ), which indicated their homogeneity and allowed for appropriate comparison across other characteristics. All patients meeting the inclusion criteria underwent clinical-psychopathological and psychodiagnostic assessments at the beginning of the study and after six months of treatment.

The diagnostic process involved clinical-anamnestic, clinical-psychopathological, and psychodiagnostic methods of assessment, including the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Insomnia Severity Index (ISI), Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20), Integrative Quality of Life Questionnaire, and the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI).

Based on the clinical-psychopathological method, subsyndromal variants of SFD were identified, as the existing symptoms did not reach a fully developed syndromal level: anxious, alexithymic, subdepressive, dyssomnic, hypersesthetic, and psychopathic variants. Depending on the predominant somatic involvement, four clinical-somatic variants of SFD were distinguished: with predominant involvement of the respiratory system (RS), gastrointestinal tract (GIT), cardiovascular system (CVS), and endocrine system (ES).

According to the study results, the components of ISI by Ch. Morin corresponded to a high level of severity, with no statistically significant differences observed between the study groups. The total ISI score in the main group was 22 (17.5; 25.5) points, while in the comparison group it was 22.5 (17.5; 26) points ( $p = 0.96$ ). The median ISI score among patients with the respiratory system (RS) variant of somatoform disorders was 26 (23; 28) points; in patients with the GIT variant – 21 (17; 24) points; in those with the CVS variant – 22 (17; 26) points; and in patients with the ES variant – 26 (24; 27) points. The median score on the PSQI for the entire sample was 17 (15; 18) points, indicating that patients in both groups experienced significant sleep disturbances (with scores exceeding 5 points). The total PSQI score

in the main group was 17 (14; 18) points, and in the control group – 17 (15.5; 18) points ( $p = 0.91$ ).

The severity of depressive symptoms corresponded to a moderate level of depression in both study groups, with a median score of 27.5 (19; 36) points. The median depression score in the main group was 26 (19.5; 38.5) points, and in the comparison group – 28 (19; 36.4) points. Assessment of depression severity among patients with SFD and sleep disturbances revealed that 40% of patients in the main group and 42% in the comparison group had severe depression. Moderate depression was identified in 40% of patients in the main group and 35% of those in the comparison group. Mild depression was diagnosed in 18% of participants in the main group and in 23% of participants in the comparison group.

According to the study results, the median score of trait anxiety was 58 (43; 66) points, corresponding to its high level. Trait anxiety, which reflects a personality characteristic, was 59 (54.5; 79) points in the main group and 58 (43; 65.5) points in the comparison group, indicating a high level of anxiety in both groups. State anxiety, which reflects exposure to psychotraumatic factors, was 65 (50; 68) points, also corresponding to its high level. In the main group, the state anxiety level was 65 (50.5; 68) points, while in the comparison group it was 64 (49.5; 67) points, both indicating a high level of anxiety, similar to trait anxiety.

The median alexithymia score in the main group was 60 (54.5; 79) points and 61.5 (56; 70.5) points in the control group, which slightly exceeds the diagnostic limit of 60 points. No significant differences in median alexithymia scores were found between the groups.

The integrative quality of life indicator in the entire sample was significantly lower than it should be in healthy individuals – 3.9 (3.2; 4.45) points. When analyzing the subscales, the following results were obtained: subjective well-being – 3.67 (3; 4) points, fulfillment of social roles – 3.86 (3; 4.63) points, external life circumstances – 4 (3.3; 5) points.

Values of situational and personal anxiety correlated with indicators of insomnia severity – statistically significant relationships of mainly medium strength

were found. With increasing anxiety severity, the severity of sleep disorders increased and vice versa. Personal anxiety is more closely related to sleep disorders than situational. The components of reduced working capacity due to poor sleep and the severity of insomnia have a strong direct correlation with personal anxiety. There is a mutual burden of sleep disorders and personal anxiety, when anxiety exacerbates sleep disorders, and the sleep disorders that have arisen increase the severity of anxiety.

When analyzing the relationships of the ISI, a strong correlation with the PSQI index and personal anxiety is noteworthy. Similar correlations are found between the total PSQI index, personal anxiety, and the ISI value. The Quality of Life Index (QLI) and subscales of the quality of life test demonstrate moderate to strong negative correlation with all aspects of insomnia disorders. The total score on the TAS-20 test mainly has a direct correlation of moderate strength with all components of the ISI. A similar picture is observed when assessing the relationship between the level of depression and the components of the ISI. Alexithymia (TAS-20 score and binary indicator of the presence of alexithymia), depression (BDI-II score and binary indicator of the presence of depression) and situational anxiety have moderate negative correlations with the QLI and its components. A moderate association was also found between the presence of alexithymia and the presence of depression, as well as between the presence of severe insomnia (according to ISI) and the presence of depression and alexithymia.

Sleep quality according to the PSQI significantly affects all aspects of quality of life except interpersonal communication, and poor sleep quality has a particularly strong impact on the categories of self-care and socio-emotional support.

Given the large number of intragroup and intergroup relationships, a canonical correlation analysis was conducted for groups of variables characterizing the psychopathological state of patients (depression, anxiety, alexithymia, sleep quality) and indicators of the quality of life of the examined patients. The canonical correlation coefficient between psychopathological indicators and indicators of the quality of life was  $R=0.91$  ( $\chi^2=211.29$ ;  $p<0.001$ ), which indicates the presence of a

strong relationship between the studied parameters. Indicators of the quality of life of patients are 62.5% formed due to the joint influence of alexithymia, depression, severity of insomnia and the indicator of the quality of sleep. At the same time, indicators of the quality of life (integral assessment of the quality of life, fulfillment of social roles, external life circumstances, subjective well-being) determine the psychopathological state of patients by 56.0%.

The management of patients in the main group was carried out according to a comprehensive, phased, differentiated treatment and rehabilitation program developed by us, which included drug treatment (antidepressants, hypnotics, antipsychotics) and influences on cognitive models of insomnia (restless mind model, conditioned insomnia model, negative sleep expectancy model, excessive sleep control model). Participants in the comparison group received standard therapy according to current clinical guidelines.

Evaluating the results of the proposed treatment principles, a positive dynamics of depression and anxiety indicators was revealed under the influence of the correction of SFD and sleep disorders with a significant difference between the groups. Improvement was also observed in the severity of insomnia and dyssomnia. The median score of the ISI was 10 (7; 14) points: 7.5 (6; 10) and 13 (10; 16) in the main and the comparison group, respectively. The decrease in the total score on the ISI scale was more than 8 points, which confirmed the effectiveness of the care provided. According to the results of PSQI, the condition of patients in the main and control groups improved in dynamics, but sleep duration and usual sleep efficiency did not differ between the groups after treatment, which is explained by the predominant effect of medications on certain sleep components. The median PSQI remained more than 5 points in both groups, which indicates incomplete improvement of sleep disorders in patients with SFD.

The management results revealed a significant and reliable improvement in the total score, scores for both the components and derived indicators. The median quality of life score after treatment in the main group was 8 (6.9; 8.6), in the control group – 6.7 (5.7; 7.5) points, demonstrating an increase of 2.05 and 1.7 times,

respectively, which indicates a significant effectiveness of the intervention in the main group:  $d_{\text{Cohen}} = 0.91$  (95%CI 0.53–1.29). The developed method of care increases the chances of having a better level of quality of life by 5.21 times.

The intervention results revealed that the ISI negatively correlates with the indicator of personal anxiety and positively with the level of depression according to the Beck Depression Inventory. Negative correlations between the level of anxiety and depression were also found, indicating a decrease in the level of anxiety with an increase in depression. Anxiety shows different types of relationships: personal anxiety affects insomnia, but not the quality of sleep in general, and has a strong correlation with the severity of depression. Situational anxiety, although associated with personal anxiety, does not have significant correlations with other indicators.

Depression scale scores are significantly negatively associated with quality of life and its components. Personality anxiety has a positive relationship with quality of life, which can be explained by the mobilizing function of this anxiety on patients, as a result of which quality of life is assessed higher. Situational anxiety is associated with quality of life and its components after treatment, but the correlation was weak.

It was found that only 51 out of 120 patients who completed the study had a sufficient level of quality of life (more than 7.5 points, which is considered a conditional population norm), therefore, for further analysis of factors influencing quality of life, patients were divided into two groups: group 1 consisted of patients with sufficient quality of life, and group 2 – with low quality of life. An increase in scores for 1-6 of the sleep quality components (according to PSQI) significantly affects the quality of life of patients with SFD, increasing the chances of not achieving sufficient quality of life from 3.27 to 4.99 times. Similar results were obtained when assessing the impact of ISI components on the quality of life of patients with SFD, which increase the chances of not achieving sufficient quality of life from 2.53 times (early morning awakening) to 6.33 times (frequent and/or prolonged awakening).

As a result of the study, we developed a logistic model for predicting the probability of not achieving the target quality of life. The resulting formula of the obtained model is:

$$p = \frac{\exp(0,87 + 0,06X_1 + 0,05X_2 + 0,05X_3 + 1,82X_4)}{(1 + \exp(0,87 + 0,06X_1 + 0,05X_2 + 0,05X_3 + 1,82X_4))}$$

where: p – probability of not achieving the target quality of life;

0.87 – free member;

x<sub>1</sub> – indicator of component 2 of sleep quality according to PSQI before treatment;

x<sub>2</sub> – indicator of depression severity according to BDI-II before treatment;

x<sub>3</sub> – indicator of the severity of personal anxiety before treatment;

x<sub>4</sub> – binary indicator of the presence of severe insomnia after treatment.

Further testing included determining the Hosmer-Lemeshov criterion, which was 2.8105 (p=0.95) and using the maximum likelihood method, which revealed:  $\chi^2=57.77$ , df=4, p<0.0001). The results obtained indicate a correspondence between the data obtained in our study and the logistic model.

The assessment of the predictive accuracy of the logistic regression equation was carried out by constructing the ROC curve of the obtained model and analyzing the AUC, which in the constructed model was 0.872 (95% CI 0.799–0.926), p<0.0001, which indicates its very good predictive ability.

Thus, the combination of sleep latency indicators before the intervention, personal anxiety, depression before the intervention and the presence of severe insomnia after the intervention increase the chances of not having a sufficient level of quality of life by 17.6 times.

The model based on the ISI explained 51.08% of the variance in the rough result and correctly classified 75% of the cases. The Hosmer-Lemeshov criterion was 10.05 (p=0.26), the maximum likelihood estimate was  $\chi^2=57.4$ , df=7, p<0.0001. The predictive accuracy of the equation, estimated by the ROC curve and AUC analysis (0.871 (95% CI 0.798–0.92), p<0.0001), indicated a very good predictive

ability. The model based on the PSQI questionnaire explained 52.61% of the variance in the rough result and correctly classified 78.33% of the cases. The Hosmer-Lemeshov criterion was 7.70 ( $p=0.46$ ), and using the maximum likelihood method, it was found that  $\chi^2=59.6$ ,  $df=7$ ,  $p<0.0001$ . The predictive accuracy of the equation, estimated by the ROC curve and AUC analysis (0.869 (95% CI 0.796–0.924),  $p<0.0001$ ), indicated a very good predictive ability. A certain limitation of using the ISI or PSQI to predict quality of life is that not all variables in the model had reliable predictive ability, although the entire scale as a whole was reliable in each case.

Comparing the obtained models for predicting the quality of life of patients with SFD and sleep disorders, there are no significant differences in the models. However, analyzing the characteristics of the obtained models by AUC, it was found that for the model based on PSQI, the sensitivity was 89.86% with a specificity of 66.67%. The sensitivity of the logistic model based on ISI was 72.5%, specificity – 92.2%. And for the model, which included as predictors the indicator of the 2nd component of sleep quality according to PSQI before treatment, the indicator of the severity of depression according to BDI-II before treatment, the indicator of the severity of personal anxiety before treatment, and the binary indicator of the presence of severe insomnia after treatment, the sensitivity was 82.6% with a specificity of 82.4%, which is more balanced for prediction.

#### **The scientific novelty of the obtained materials.**

Novel data on the characteristics of sleep disturbances in individuals with SFD were obtained for the first time through comprehensive clinical-anamnestic, clinical-psychopathological, psychodiagnostic, and statistical analyses.

Individual typological features of SFD patients with sleep disorders and their impact on the quality of life index were clarified.

The main principles of correction and prevention of sleep disorders in patients with SFD were formulated and their effectiveness was studied.

Determinants influencing the quality of life in patients with SFD and comorbid sleep disorders were identified.

A novel predictive model of quality of life for patients with SFD and concomitant sleep disorders has been developed for the first time.

**The practical significance of the obtained results.**

1. For the early identification of SFD with co-occurring sleep disturbances, it is advisable to consider the following key indicators: sleep latency (component 2 of the PSQI), depression severity as measured by the BDI-II, the level of personal anxiety, and the presence of severe insomnia.

2. To enhance the qualitative assessment of SFD patients with sleep disorders, guide treatment strategies, and monitor therapeutic efficacy, it is recommended to employ the Insomnia Severity Index (ISI), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Beck Depression Inventory (BDI-II), Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), and the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) for evaluating both personal and situational anxiety.

3. For diagnostic purposes and evaluation of treatment and rehabilitation outcomes, the use of the integrative quality of life assessment (H. Mezzich) is recommended, with particular attention to the subscales of subjective well-being, role functioning, and external life circumstances.

4. To identify individuals at risk of failing to achieve an adequate level of mental quality of life over a six-month period, the application of a predictive model incorporating sleep latency (component 2 of the PSQI), depression severity (BDI-II), personal anxiety level, and the presence of severe insomnia (ISI) is recommended.

5. Implementing cognitive-behavioral therapy for insomnia, with consideration of the identified cognitive patterns of sleep disturbance, in combination with psychopharmacological interventions within a structured, three-stage rehabilitation framework (diagnostic, therapeutic, and corrective stages), can optimize management outcomes and enhance quality of life in patients with SFD and sleep disorders.

6. In the management of patients with SFD and sleep disorders, it is advisable to incorporate psychotherapeutic consultation with a psychotherapist or

psychologist, to develop individualized therapeutic strategies that address the patient's cognitive model of insomnia alongside pharmacotherapy, thereby improving mental health status and sleep quality.

**Key words:** alexithymia, depression, dyssomnia, insomnia, non-psychotic mental disorders, Pittsburgh Sleep Quality Index, psychosomatic medicine, sleep disorders, stress, somatoform disorders, anxiety, Beck Depression Inventory, State-Trait Anxiety Inventory, quality of life.

## СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

*Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації*

1. Огоренко, В. В., Макарова, І. І., Шорніков, А. В. Прогнозування якості життя у пацієнтів з соматоформними розладами з порушеннями сну. Медичні перспективи. 2024. Т.29, №4. С. 167-175 <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2024.4.319337>

2. Огоренко, В. В., Макарова, І. І. Ефективність корекції порушень сну при соматоформних розладах. Вісник морської медицини. 2024. № 2. С. 89–95. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.12688102>.

3. Огоренко В.В., Макарова І.І. Якість життя пов'язана зі здоров'ям у осіб з соматоформними розладами з порушеннями сну. *Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)*. 2024. №10. С.1393-1402. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-10\(44\)-1393-1402](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-10(44)-1393-1402)

4. Огоренко В.В., Макарова І.І. Алкситимія у пацієнтів з соматоформними розладами з порушеннями сну. *Вісник морської медицини*. 2024. № 4. С. 66–72. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14567327>

5. Огоренко В.В., Макарова І.І. Клінічні особливості порушень сну при соматоформних розладах. *Український вісник психоневрології*. 2024. № 4. С. 27–31. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is4-2024-5>

*Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертаційної роботи*

Макарова І.І. Предиктори формування якості життя пацієнтів з соматоформними розладами та порушеннями сну. *Proceedings of the 4th International scientific and practical conference.*, Barcelona, Spain: Barca Academy Publishing; 2024, p. 67–9. <https://doi.org/10.5281/zenodo.12941767>.

Огоренко В.В., Макарова І.І. Предиктори якості життя у хворих на соматоформні розлади і порушення сну. Науково-практична конференція з

міжнародною участю «Стрес-асоційовані психічні розлади під час війни (терапія, профілактика, організація допомоги)», 23-24 травня 2024 року, Харків: 2024. <https://doi.org/10.5281/zenodo.12949403>

Макарова І.І. Індекс важкості інсомнії як предиктор формування якості життя пацієнтів з соматоформними розладами та порушеннями сну *Scientific research: modern challenges and future prospects. Proceedings of the 2nd International scientific and practical conference*. MDPC Publishing. Munich, Germany. 2024. P. 49-52. <https://doi.org/10.5281/zenodo.13999063>

Макарова І.І. Пітсбурзький опитувальник індексу якості сну у якості предиктора формування якості життя пацієнтів з соматоформними розладами та порушеннями сну *Science in the modern world: innovations and challenges. Proceedings of the 1st International scientific and practical conference*. Perfect Publishing. Toronto, Canada. 2024. P. 71-73. <https://doi.org/10.5281/zenodo.13999085>

Огоренко В.В., Макарова І.І. Порушення сну як предиктори формування якості життя у пацієнтів з соматоформними розладами. Симпозіум «Мультидисциплінарний підхід як ефективна парадигма надання психіатричної, неврологічної та наркологічної допомоги під час війни» 17-18 жовтня 2024 року, Харків: 2024. <https://doi.org/10.5281/zenodo.13999110>

Огоренко В.В., Макарова І.І. Когнітивні моделі порушень сну у пацієнтів з соматоформними розладами. Тези доповіді до IV Конгресу з міжнародною участю «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи» *Психосоматична медицина та загальна практика*, 2024. № 9(4). <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/555>

## ЗМІСТ

<b>АНОТАЦІЯ</b> .....	2
<b>ANNOTATION</b> .....	12
<b>СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ</b> .....	22
<b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ</b> .....	27
<b>ВСТУП</b> .....	28
<b>РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ПРОБЛЕМИ ПОРУШЕНЬ СНУ У ПАЦІЄНТІВ З СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ</b> .....	34
1.1 Соматоформні розлади .....	35
1.2 Порухення сну при психосоматичній патології.....	40
1.3 Зв'язок емоційної регуляції з порушеннями сну та якості життя у пацієнтів з соматоформними розладами.....	46
<b>РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ</b> .....	53
2.1 Загальна характеристика вибірки .....	53
2.2 Дизайн дослідження.....	56
2.3. Використані методи дослідження .....	58
2.3.1 Оцінка тяжкості інсомнії.....	59
2.3.2 Оцінка якості сну .....	60
2.3.3 Оцінка депресії .....	60
2.3.4 Оцінка алекситимії.....	61
2.3.5 Оцінка тривожності .....	61
2.3.6 Оцінка якості життя .....	62
2.4 Статистичні методи аналізу .....	63

### **РОЗДІЛ 3. КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ, ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА СОМАТОФОРМНІ РОЗЛАДИ З ПОРУШЕННЯМИ СНУ ..... 67**

3.1 Клініко-психопатологічні особливості хворих з соматоформними розладами з порушеннями сну..... 67

3.2 Психометричні особливості хворих з соматоформними розладами з порушеннями сну ..... 70

3.3 Взаємозв'язок між психометричними показниками порушеннями сну та їх вплив на якість життя. .... 85

3.4 Канонічний кореляційний аналіз при первинному обстеженні ..... 95

### **РОЗДІЛ 4. КОМПЛЕКСНЕ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ З ПОРУШЕННЯМИ СНУ ..... 102**

4.1 Загальна характеристика лікувально-корекційних заходів ..... 102

4.2 Психофармакологічні заходи надання допомоги ..... 106

4.3 Когнітивні моделі порушень сну у пацієнтів з з соматоформними розладами і психотерапевтичні втручання..... 108

4.4 Оцінка ефективності надання допомоги пацієнтам з соматоформними розладами та порушеннями сну..... 112

### **РОЗДІЛ 5. ПРОГНОЗУВАННЯ ЯКОСТІ ПСИХІЧНОГО ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ З ПОРУШЕННЯМИ СНУ ..... 125**

5.1 Порівняльний аналіз груп щодо досягнення достатньої якості життя 125

5.2 Уніваріантний логістичний аналіз визначення шансів достатньої якості життя..... 127

5.3 Множинний логістичний аналіз визначення шансів достатньої якості життя..... 131

<b>РОЗДІЛ 6. АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ</b> .....	142
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	146
<b>ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ</b> .....	150
<b>СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ</b> .....	152
<b>ДОДАТОК А</b> .....	170
<b>ДОДАТОК Б</b> .....	171
<b>ДОДАТОК В</b> .....	172

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

<b>AUC</b>	площа під ROC-кривою
<b>BDI-II</b>	тест депресії Бека
<b>DALY</b>	«disability-adjusted life years» (укр., втрачені роки здорового життя)
<b>ISI</b>	індекс важкості інсомнії
<b>PSQI</b>	Пітсбурзький опитувальник індексу якості сну
<b>r</b>	коефіцієнт кореляції Спірмена
<b>ROC</b>	receiver operating characteristic (укр., робоча характеристика приймача)
<b>Se</b>	sensitivity (укр., чутливість)
<b>Sp</b>	specificity (укр., специфічність)
<b>STAI</b>	шкала тривоги Спілбергера
<b>φ</b>	коефіцієнт асоціації
<b>χ<sup>2</sup></b>	критерій хі-квадрат Пірсона
<b>BP</b>	відносного ризику
<b>ВШ</b>	відношення шансів
<b>ДІ</b>	довірчий інтервал
<b>ДС</b>	дихальна система
<b>ЕС</b>	ендокринна система
<b>ІЯЖ</b>	індекс якості життя
<b>КПТ</b>	когнітивно-поведінкова психотерапія
<b>МКХ-11</b>	Міжнародній класифікації хвороб 11-го перегляду
<b>ССС</b>	серцево-судинна система
<b>СФР</b>	соматоформні розлади
<b>ТАС20</b>	Торонтська шкала алекситимії-20
<b>ШКТ</b>	гастро-інтестинальна система
<b>ЯЖ</b>	якість життя

## ВСТУП

### **Обґрунтування вибору теми дослідження.**

Останні роки виражене зростання психологічного навантаження внаслідок дії зовнішніх факторів впливу, що призводить до появи реакцій на соціальні події у вигляді соматоформних розладів і загального зниження якості життя пов'язаного зі здоров'ям. Соматоформні розлади (СФР) проявляються вираженими тілесними симптомами, які не мають органічного пояснення, але викликають значний дистрес та порушення функціонування. Відповідно до сучасних класифікацій, СФР включають широкий спектр функціональних розладів, таких як неврологічні (конверсійні) симптоми, синдром тілесного дистресу та стійкі фізичні симптоми, що супроводжуються високим рівнем тривожності та значним зниженням якості життя пацієнтів.

Таким чином, дані щодо поширеності СФР є неоднозначними, через складнощі діагностичного розуміння. За деякими даними поширеність діагнозу СФР коливалася від 0,8% до 5,9% [1]. Але метааналіз 2024 року показав поширеність функціональних соматичних розладів становила 8,78% (95% ДІ від 7,61 до 10,10%) по всій Європі, з коливанням від 3,68% до 17,68%. Розглядаючи поширеність окремих клінічних варіантів, визначили, що поширеність хронічного болю склала 20,27% (95% ДІ 16,51 – 24,63%), синдрому подразненого кишківника - 9,08% (95% ДІ 7,31 – 11,22%), соматоформного больового розладу - 8,45% (95% ДІ 5,40 – 12,97%) для [2].

Пацієнти з СФР страждають від погіршення якості життя, високої частоти випадків непрацевдатності та занепокоєння з приводу хвороб, а також викликають збільшення витрат на охорону здоров'я [3–5].

Суб'єктивна якість сну опосередковує зв'язок між психогенними розладами і фізичними симптомами, підкреслюючи необхідність потенційного втручання з приводу порушень сну для поліпшення соматичного благополуччя людей [6].

Близько 47% пацієнтів з СФР мають порушення сну [7].

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.**

Дисертаційну роботу було виконано в рамках НДР кафедри психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету: «Розробка системи діагностичних, психокорекційних, лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів для хворих з неспсихотичними психічними розладами та членів їх родин», № держреєстрації 0118U001281, термін виконання – 30.11.2026р.

Мета дослідження: розробити алгоритми лікувально-реабілітаційних заходів при порушеннях сну у хворих з соматоформними розладами на підставі аналізу їх клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей.

**Завдання:**

1. Вивчити клініко-психопатологічні особливості соматоформних розладів з порушеннями сну.
2. Вивчити патопсихологічні особливості пацієнтів з соматоформними розладами та порушеннями сну.
3. Провести оцінку якості життя у осіб хворих на соматоформні розлади з порушеннями сну.
4. Виявити предиктори порушень якості життя у пацієнтів з соматоформними розладами та порушеннями сну.
5. Розробити алгоритми лікувально-реабілітаційних заходів для пацієнтів з соматоформними розладами та порушеннями сну з подальшою оцінкою їх ефективності

*Об'єкт дослідження* – розлади сну у пацієнтів з СФР.

*Предмет дослідження* – клініко-психопатологічна, психометрична, патопсихологічна характеристики пацієнтів хворих на СФР, їх лікування та реабілітація.

**Методи дослідження:** піз час виконання дисертаційної роботи були використані: клініко-анаместичний метод – збір скарг та анамнезу за допомогою структурованого інтерв'ю з використанням самостійно

розробленої карти спостереження за пацієнтами; клініко-психопатологічний; патопсихологічний – тест тривожності Спілбергера (STAI) (адаптація Ханіна); методика дослідження наявності алекситимії (TAC-20 – Торонтська алекситимічна шкала); психометричний – індекс тяжкості інсомнії (ISI) для визначення тяжкості безсоння у обстежених, Пітсбурзький опитувальник визначення індексу якості сну (PSQI), опитувальник Бека (Beck Depression Inventory – BDI-II) для визначення рівня виразності депресивної симптоматики, методика оцінки інтегративного показника якості життя (за Х. Меззіч в адаптації Н.О.Марути); та методи математичної статистики – описова статистика, визначення статистичної значущості відмінностей ознак проводили за допомогою критерію хі-квадрат ( $\chi^2$ ) Пірсона, зокрема з поправкою Йейтса на безперервність або точного критерію Фішера, U-критерію Манна-Уїтні. Кореляційний аналіз виконувався з розрахунком коефіцієнтів рангової кореляції Спірмена, коефіцієнту асоціації а також використовували канонічний кореляційний аналіз. Для оцінки змінних в динаміці використовували T критерій Вілкоксона, зокрема з поправкою Бонферроні. Крім цього, проводили уніваріантний та множинний логістичні регресійні аналізи з розрахунком показника відношення шансів (ВШ) та ROC-аналіз.

### **Наукова новизна одержаних результатів.**

Уперше на підставі комплексного клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного, психодіагностичного і статистичного досліджень отримано дані про особливості порушень сну у осіб з СФР.

Виявлено індивідуально-типологічні характеристики пацієнтів із СФР, які мають порушення сну, та їх вплив на рівень якості життя.

Розроблено ключові підходи до корекції та профілактики розладів сну в осіб із СФР, а також оцінено їхню ефективність.

Визначені фактори, які впливають на якість життя пацієнтів з СФР з порушеннями сну.

Уперше розроблено прогностичну модель якості життя у хворих з СФР з порушеннями сну.

Отримали подальший розвиток методологічні підходи застосування терапевтичних алгоритмів комплексного ведення СФР та порушень сну з використанням дії окремих лікарських засобів та їх комбінацій (антидепресантів, транквілізаторів, снодійних).

#### **Практичне значення.**

З метою своєчасного виявлення соматоформних розладів (СФР) із порушеннями сну рекомендовано враховувати такі показники: час засинання (2-й компонент PSQI), рівень депресії за шкалою BDI-II, ступінь особистісної тривожності та наявність вираженої інсомнії.

Для підвищення точності діагностики СФР із порушеннями сну, обґрунтування лікувальної стратегії та оцінки її результатів доцільно використовувати Індекс тяжкості інсомнії (ISI), Пітсбурзький опитувальник якості сну (PSQI), шкалу депресії Бека (BDI-II), Торонтську шкалу алекситимії (TAS-20) та опитувальник Спілбергера для визначення рівнів особистісної й ситуативної тривожності.

Оцінку стану пацієнта та контроль ефективності лікувально-реабілітаційних заходів у пацієнтів із СФР та порушеннями сну слід проводити з використанням інтегративного тесту якості життя (за X. Меззіч).

Для визначення пацієнтів із підвищеним ризиком недостатнього відновлення психічного компоненту якості життя протягом наступних шести місяців доцільно застосовувати прогностичну модель, що враховує час засинання (2-й компонент PSQI), рівень депресії (BDI-II), особистісну тривожність та ступінь тяжкості інсомнії (за ISI).

Застосування когнітивно-поведінкової терапії інсомнії з урахуванням виявлених когнітивних патернів безсоння разом із психофармакологічною підтримкою у хворих із СФР та порушеннями сну в рамках триетапної програми реабілітації (діагностика, терапія, корекція) сприяє оптимізації лікування та підвищенню якості життя.

При лікуванні пацієнтів із СФР та порушеннями сну доцільно залучати лікаря-психотерапевта або психолога для проведення психотерапевтичних сесій, адаптованих до індивідуальної когнітивної моделі інсомнії, у поєднанні з медикаментозним лікуванням для покращення психічного стану та сну.

#### **Особистий внесок здобувача.**

Автор особисто здійснила інформаційно-патентний пошук, аналіз та узагальнення даних сучасної літератури, самостійно обстежила 120 пацієнтів з СФР з порушеннями сну та провела всі клінічні та психодіагностичні дослідження. Автор систематизувала отримані дані, узагальнила результати дослідження, написала всі розділи роботи, сформулювала висновки та практичні рекомендації, підготувала до друку наукові праці та впровадила результати наукових розробок. Також автор сформулювала когнітивні моделі порушень сну у пацієнтів з СФР з метою виявлення психотерапевтичних цілей та оптимізації терапевтичного впливу.

#### **Впровадження результатів дослідження.**

Результати роботи були впроваджені в практичну діяльність КП «Дніпровська багатопрофільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» ДОР», ВСП «Університетська лікарня» ДДМУ.

Результати наукової роботи використовуються в навчальному процесі кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Дніпровського державного медичного університету, кафедри внутрішньої медицини з курсом профілактичних дисциплін Європейського медичного університету.

#### **Апробація результатів дисертації.**

Матеріали дисертаційної роботи були обговорені на конференціях: Науково-практична конференція з міжнародною участю «Стрес-асоційовані психічні розлади під час війни (терапія, профілактика, організація допомоги)» (23- 24 травня 2024 року), The 4th International scientific and practical conference «European congress of scientific achievements», Barcelona, Spain (22-24.04.2024), The 2nd International scientific and practical conference “Scientific research: modern challenges and future prospects” (23-25 September 2024), Munich,

Germany; The 1st International scientific and practical conference “Science in the modern world: innovations and challenges” (27-29 September 2024), Toronto, Canada; IV Конгрес з міжнародною участю «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи» (14-16 листопада 2024 року), Київ, Україна.

**Публікації.** Основні результати дисертаційної роботи викладено у 5 публікаціях, з них 5 статей, які включені до міжнародних наукометричних баз (5 – у співавторстві), з них 5 статей у фахових виданнях, рекомендованих ДАК України, 1 стаття у вітчизняному журналі, що індексується Scopus та Web of science, 5 робіт у наукових збірниках, матеріалах наукових конференцій, у тому числі іноземних.

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертаційна робота складається з анотації, вступу, огляду літератури, матеріалів та методів досліджень, розділів власних досліджень, узагальнення та аналізу отриманих результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, що містить 143 джерела, з яких 40 – кирилицею та 103 – латиницею. Робота викладена на 175 сторінках комп’ютерного тексту, ілюстрована 44 таблицями та 25 рисункам.

## РОЗДІЛ 1

### СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ПРОБЛЕМИ ПОРУШЕНЬ СНУ У ПАЦІЄНТІВ З СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ

Наразі українська держава перебуває у фазі активних соціально-економічних та політичних трансформацій, що супроводжуються значним психологічним навантаженням на населення. Вплив зовнішніх факторів, зокрема воєнних подій, економічної нестабільності та соціальних змін, створює потужний стресовий фон, який призводить до зростання рівня тривожності, емоційного виснаження та порушення адаптаційних механізмів. Такі обставини нерідко проявляються у вигляді психосоматичних реакцій, включаючи розвиток соматичної патології, зниження працездатності та загального рівня якості життя. Соматичні симптоми можуть відобразити пригнічені психологічні конфлікти, травму чи фрустрацію [8].

В умовах хронічного стресу психологічне напруження стає постійною складовою життя, що сприяє зростанню поширеності психогенних розладів, зокрема соматоформних розладів (СФР). Ці розлади характеризуються наявністю виражених тілесних симптомів, які не мають органічного пояснення, але викликають значний дистрес та порушення функціонування. Відповідно до сучасних класифікацій, СФР включають широкий спектр функціональних розладів, таких як неврологічні (конверсійні) симптоми, синдром тілесного дистресу та стійкі фізичні симптоми, що супроводжуються високим рівнем тривожності та значним зниженням якості життя пацієнтів [9].

Останнім часом у медичній практиці все ширше пропонується використовувати термін «функціональний соматичний розлад», що відображає новий підхід до класифікації станів, які характеризуються стійкими та виснажливими фізичними симптомами без чітко визначеної соматичної або психіатричної причини. Ця концепція була розроблена для подолання проблеми діагностичного збігу, оскільки багато функціональних розладів, таких як соматоформні розлади, фіброміалгія, синдром хронічної

втоми та синдром подразненого кишечника, мають схожі клінічні прояви, що ускладнює їхню точну диференціацію [10]. Запровадження терміна «функціональний соматичний розлад» відображає прагнення до уніфікації діагностичних підходів і покращення розуміння механізмів цих станів, зокрема ролі нейрофізіологічних та психоемоційних факторів у їхньому розвитку. Водночас альтернативний діагностичний підхід, який реалізовано в Міжнародній класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11), пропонує іншу систему класифікації, в якій усі «непояснені» соматичні симптоми та функціональні стани об'єднані під терміном «розлад тілесного дистресу».

Ця зміна в класифікації підкреслює необхідність більш комплексного підходу до діагностики та лікування таких станів, оскільки вони мають багатофакторну природу та потребують не лише виключення органічної патології, але й розгляду психологічних, нейробиологічних і поведінкових аспектів їхнього формування.

### **1.1. Соматоформні розлади**

За даними метааналізу 2024 року загальна точкова поширеність функціональних соматичних розладів становила 8,78% (95% ДІ від 7,61 до 10,10%) по всій Європі, з найвищою загальною точковою поширеністю в Норвегії (17,68%, 95% ДІ від 9,56 до 30,38%) і найнижчою в Данії (3,68 %, 95% ДІ від 2,08 до 6,43%). Загальні показники поширеності конкретних діагнозів становили 20,27% (95% ДІ від 16,51 до 24,63%) для хронічного болю, 9,08% (95% ДІ від 7,31 до 11,22%) для синдрому подразненого кишечника та 8,45% (95% ДІ від 5,40 до 12,97%) для соматоформного больового розладу [2].

За даними метааналізу поширеність діагнозу СФР коливалася від 0,8% до 5,9% [1], але принаймні один тип соматоформного розладу можна було діагностувати за критеріями DSM-IV та/або МКХ-10 у 26,2%–34,8% пацієнтів первинної допомоги. Загальна поширеність функціональних розладів складає 8,78% по всій Європі, з найвищою поширеністю в Норвегії (17,68%) [2]. Дані датської вибірки показали поширеність синдрому тілесного дистресу на рівні 16,1% [3]. Співставні результати щодо поширеності отримані і в азійській

популяції - 17,03% усіх пацієнтів у лікарнях загального профілю становлять пацієнти з СФР [4].

Поширеність синдрому подразненого кишківника змінюється залежно від країни, в якій проводилося дослідження (найнижча поширеність у Південно-Східній Азії з 7,0% і найвища в Південній Америці з 21,0%) і застосовуваних діагностичних критеріїв (найвища поширеність, коли 3 або більше критеріїв Меннінга використовувалися (14,0%; 95% ДІ 10,0–17,0%), найнижчий був виявлений, коли використовувалися критерії Рим I (8,8%; 95% ДІ 6,8–11,2%) [11]. Але дані поширеності з використанням критеріїв МКХ-10 для соматоформної вегетативної дисфункції ШКТ відсутні.

Показник загальної захворюваності (поширеності) на невротичні, пов'язані із стресом та СФР в Україні має тенденцію до поступового зростання [12]. 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 СФР знижується, а супутні психічні розлади впливають лише на психологічну сферу якості їхнього життя, пов'язану зі здоров'ям [13]. До 60% пацієнтів із СФР, які отримують первинну медичну допомогу, страждають від супутнього тривожного та/або депресивного розладу [14].

Висока частота соматичних симптомів у амбулаторних пацієнтів, які відвідують вторинну медичну допомогу супроводжується супутніми серцево-судинними захворюваннями, більшою інтенсивністю болю та іншими симптомами, пов'язаними з психічним здоров'ям, що може погіршити загальну клінічну картину пацієнта [15].

Дослідження загальної популяції з використанням анкет самооцінки на основі критеріїв DSM-5 показали середню частоту для СФР 12,9% (95% ДІ 12,5–13,3%) [16].

Загальна поширеність СФР, як сукупності функціональних соматичних синдромів, таких як синдром подразненого кишечника, фіброміалгія, синдром хронічної втоми, розлади, пов'язані з хлисловою травмою, множинна хімічна чутливість та синдром тілесного дистресу у загальній популяції, коли вони досліджуються одночасно оцінюється на рівні 16,3% (95% ДІ 15,6–17,1) населення [3].

З іншого боку пацієнти з СФР частіше звертаються за медичною допомогою у відділення невідкладної допомоги, збільшуючи навантаження на систему охорони здоров'я [17]. Пацієнти з СФР мали менше соціально-економічних ресурсів, відчували більше емоційного стресу та використовували більше опіодів та медичних послуг [18].

Зміни в соціально-політичному середовищі, економічні чинники, безперервний науково-технічний прогрес та збільшення швидкості інформаційного потоку підвищують навантаження на психічні функції кожної людини. Це спричиняє негативні зміни в психічному стані, що негативно впливає як на психічне, так і на фізичне здоров'я людей. На виникнення СФР можуть впливати численні фактори, включаючи надмірний стрес, катастрофічні події, включаючи насильство або знуцання, хронічні захворювання, психічні захворювання, сімейний анамнез хронічного болю тощо. Особистісні риси, які можна визначити як звичний спосіб мислення, почуттів і поведінки людини в певний час і в ситуації, є психологічними факторами, які зазвичай сприяють і підтримують СФР.

У лонгітюдинальному дослідженні було визначено, що психосоматичні синдроми, такі як алоstatiche перевантаження, поведінка типу А, алекситимія та деморалізація, представляють стійкі нездорові установки у пацієнтів із запальними захворюваннями кишківника у довгостроковій перспективі, та разом з розвитком стійкої соматизації під час подальшого спостереження

впливають на посилення симптомів, схожих на СФР, тоді як після 4-річного спостереження симптоми запального захворювання кишківника були купіровані [19].

Таким чином, психосоматичні проблеми являють собою фізичні симптоми, які виникають або погіршуються під впливом психологічних факторів, таких як стрес, тривога та депресія. Переживання тривоги, яку наслідку стресу може проявитися у вигляді різних фізичних симптомів, таких як головні болі, проблеми зі шлунково-кишковим трактом, серцево-судинні розлади та багато інших [20]. Депресія також може мати суттєвий вплив на фізичне самопочуття, викликаючи слабкість, хронічну втому, безсоння та зниження імунітету. Таким чином, психосоматичні проблеми підкреслюють важливість комплексного підходу до лікування, що враховує як психічні, так і фізичні аспекти здоров'я.

Одним з механізмів виникнення СФР є підвищена активність, опосередкована гіпоталамо-гіпофізарно-наднирниковою віссю та іншими шляхами, пов'язаними зі стресом, яка може проявлятися різними способами: надмірна когнітивна активність, що характеризується постійними роздумами, нав'язливими думками та труднощами «відключення», надмірна чутливість до сприйманих загроз та емоційна реактивність або неспокійна поведінка, включаючи фізичне збудження, труднощі з розслабленням та порушення сну [21]. Вплив нейронних показників фізіологічної активності вісі стресу (напр. варіабельність серцевого ритму), пов'язаний із симптомами, які не пояснюються з медичної точки зору, які були опосередковані хронічним стресом [22].

Провідним симптомом у профілі емоційних симптомів у пацієнтів з СФР є депресія, тоді як тривога є основним симптомом при панічному розладі, а гнів особливо пов'язаний із СФР [23].

Концепцію соматосенсорної ампліфікації теоретично запропонував Артур Барскі з колегами, щоб вона відіграла важливу роль у патофізіології соматизації. Соматосенсорна ампліфікація відноситься до тенденції

сприймати широкий спектр доброякісних тілесних відчуттів як нав'язливі, інтенсивні, шкідливі та руйнівні. З ампліфікацією пов'язано кілька елементів, включаючи: 1) підвищений фокус уваги на тілесних відчуттях; 2) тенденція вибирати певні відносно слабкі та рідкісні відчуття; 3) схильність реагувати на ці відчуття афектом і пізнаннями, які посилюють їх і роблять більш тривожними [24,25]. Соматосенсорна ампліфікація також була пов'язана з алекситимією, а соматизація була пов'язана з тривожно-дисфоричним настроєм і когнітивними спотвореннями, зокрема, з катастрофізацією болю [26,27].

Дисфункція вегетативної нервової системи у вигляді домінування симпатичної нервової системи є трансдіагностичною ознакою пов'язаних зі стресом і функціональних соматичних синдромів [28]. Що в свою чергу може призводити до інсомнічних порушень в структурі цих розладів.

Останнім часом спостерігається помітне збільшення кількості психосоматичних захворювань у загальній структурі захворюваності, що відображає сучасну тенденцію переміщення психічних розладів зі сфери психіатричної допомоги до загальносоматичної медицини [29]. Це потребує більш ретельної розробки та вдосконалення методів діагностики та лікування. Психосоматичні розлади нерідко поєднуються між собою та мають в структурі різноманітні порушення сну. Розлади сну були негативно пов'язані із самооцінкою задоволеності життям: наявність хоча б одного порушення сну за останні два тижні достовірно знижує якість життя [30]. Більш коротка тривалість сну негативно пов'язана з якістю життя, пов'язаним із здоров'ям [31]. З іншого боку хронічний і тривалий стрес може негативно впливати на різні аспекти життя, включаючи фізичне, психічне та емоційне здоров'я, міжособистісні стосунки, роботу та успішність, а також загальну задоволеність життям [32].

СФР призводять до зменшення активності в суспільстві та можливості для самореалізації, часткової або повної втрати працездатності, почуття власної неповноцінності та уразливості, зміни соціальних ролей тощо [2].

Пацієнти з СФР страждають від зниження якості життя, високої непрацездатності та занепокоєння з приводу хвороб, а також викликають збільшення витрат на охорону здоров'я [3–5]. Більша схильність турбуватися про здоров'я, як правило, пов'язана з більшою схильністю зосереджуватися на тілесних відчуттях і, отже, максимізувати їх. З іншого боку, неправильне когнітивне тлумачення тілесних відчуттів може викликати тривогу щодо стану власного здоров'я [27]. При цьому жінки більш чутливі до тілесних подразників, ніж чоловіки, і тому можуть відчувати більше соматичного дистресу та повідомляти про більшу кількість соматичних симптомів [27].

Також було встановлено, що наявність соматоформних розладів збільшує ризики суїцидальних спроб у військовослужбовців з великим депресивним розладом [33]. Серед факторів, які призводять до загострення психосоматичної патології є зміст стресового фактору, особливості особистості, які впливають на індивідуальні типи реагування на стрес [34].

## **1.2 Порушення сну при психосоматичній патології.**

У сучасному світі порушення сну набули масштабів глобальної проблеми. За даними різних досліджень, від 8 до 15% дорослих регулярно скаржаться на неякісний або недостатній сон. Інші джерела вказують, що симптоми безсоння спостерігаються у 33–50% дорослого населення [35].

Суб'єктивна якість сну опосередковує зв'язок між психогенними розладами і соматичними симптомами, підкреслюючи потенційне втручання для поліпшення наслідків фізичного здоров'я у пацієнтів [6]. Встановлено, що близько 47% осіб з функціональними неврологічними розладами мають порушення сну [7]. Попередні дані щодо осіб з цукровим діабетом 2 типу визначили порушення сну за PSQI у 46,2% пацієнтів [36].

Безсоння визначається як розлад, що супроводжується надмірною активністю центральної нервової системи не лише вночі, але й упродовж дня. Воно характеризується змінами у фізіологічних процесах організму, що впливають на якість сну та загальний стан людини. Одним із ключових механізмів цього розладу є порушення метаболізму, яке зберігається не лише

в період неспанья, але й під час сну, що свідчить про нездатність організму повністю перейти у стан відпочинку [35].

Однією з основних фізіологічних змін при безсонні є підвищений рівень кортикотропіну та кортизолу в крові, що спостерігається на початку сну. Ці гормони є маркерами стресової реакції організму і відіграють важливу роль у регуляції циркадних ритмів. Їхнє підвищення може свідчити про активацію гіпоталамо-гіпофізарно-наднирничкової системи, що, у свою чергу, підтримує стан збудження та заважає нормальному засинанню [37].

Крім того, у людей із безсонням відзначаються порушення в роботі серцево-судинної системи, зокрема зміни у варіабельності серцевого ритму та зниження активності парасимпатичної нервової системи. Це призводить до меншої здатності організму до розслаблення та адаптації до фаз сну, що пояснює труднощі із засинанням і підтримкою глибоких стадій сну.

Важливою характеристикою безсоння є його висока чутливість до зовнішніх подразників. Люди, які страждають на цей розлад, часто мають знижений поріг збудження нервової системи, через що їхній сон легко переривається під впливом навіть незначних шумів, змін температури або світла. Ця особливість пов'язана зі стресом і надмірною активністю головного мозку, що не дозволяє йому повністю переходити у фазу глибокого сну.

Сучасні дослідження свідчать, що гіперактивність центральної нервової системи, яка лежить в основі короткотривалого безсоння, переважно спричиняється когнітивними, емоційними та фізичними факторами. Негативні думки, надмірне занепокоєння, емоційне напруження та фізичний дискомфорт можуть провокувати перезбудження мозку, перешкоджаючи засинанню. Це пояснює, чому безсоння часто є відповіддю організму на стресові ситуації та може мати тенденцію до хронізації, якщо ці фактори зберігаються протягом тривалого часу. [37–40].

Близько 10% людей страждають на хронічну інсомнію. За даними ВООЗ, у 2004 році через первинне безсоння було втрачено 3 623 000 років життя за DALY. За даними метааналізу поширеність проблем зі сном серед населення

загалом становить 32,3% (95% ДІ 25,3–40,2%) [41]. Проте на етапі першого контакту з лікарем не всі пацієнти можуть сформулювати скарги на порушення сну як на проблему свого здоров'я, тому на практиці пацієнти із соматоформними розладами можуть тривалий час не отримувати якісну медичну допомогу. Порочне коло постійних симптомів СФР, звернення за медичною допомогою та неефективне лікування можуть негативно впливати на пацієнта та його родину, оскільки час витрачається на пошук можливих причин і порушує динаміку сім'ї [14]. Потенційні двонаправлені зв'язки між сном і супутніми психіатричними захворюваннями, особливо при наявності більшої кількості супутніх захворювань (наприклад, тривоги та депресії), вказують на те, що спеціалісти зі сну повинні враховувати супутні психіатричні захворювання при лікуванні проблем зі сном і навпаки [41].

Сон має вирішальне значення для підтримки гомеостазу мозку та здорових емоційних функцій, а погіршення якості сну є одним із симптомів депресії [42]. Люди без депресії з безсонням мають подвійний ризик розвитку депресії порівняно з людьми без проблем зі сном [43]. Більше того, недостатній та низькоякісний сон може суттєво впливати на збільшення ризику проблем із психічним здоров'ям. Тривога безпосередньо не передбачає тяжкості безсоння, її загальний вплив на порушення сну реалізується через опосередковану роль депресії, заклопотаності сном [44].

СФР проявляються тілесними «сенсаціями», які викликають значне занепокоєння у пацієнта, привертають його довільну увагу і сповнюють її обсяг, що призводить до надмірних і непотрібних звернень до медичних фахівців. Тілесні симптоми та дистрес, який вони в підсумку викликають, порушують функціонування людини (виникають напруженість у стосунках, порушення буденного функціонування, втрата навичок відпочину та задоволення від нього тощо), що в свою чергу через зростання рівня тривоги викликає порушення засинання і підтримання сну. Якщо симптом викликає багато занепокоєння, стан пацієнта погіршується, і виникає «порочне коло», яке автоматично продовжується. Оскільки тілесний дистрес розвивається

протягом трьох місяців і більше, то в такому випадку на першому місці серед порушень сну буде хронічна інсомнія з порушенням засинання.

Вираженість безсоння корелює з вираженістю соматичних симптомів, при чому цей зв'язок поширюється за межі тяжкості самих соматичних симптомів, однак цей ефект не обмежується безсонням, оскільки зміни циклу «сон / неспанья» можуть бути пов'язані з появою соматичних симптомів.

Останні дослідження підтверджують, що симптоми безсоння мають складний двонаправлений зв'язок із афективними розладами, сприяючи як їхньому розвитку, так і підтримці симптомів тривоги та депресії. Це означає, що порушення сну не лише є наслідком психічних розладів, а й можуть бути їхньою причиною, створюючи порочне коло, у якому безсоння погіршує емоційний стан, а афективні порушення, у свою чергу, посилюють проблеми зі сном [39,45,46].

Дослідження, проведені під час пандемії COVID-19, показали, що ймовірність розвитку клінічно значущої депресії та тривоги суттєво зростала під впливом таких факторів, як суб'єктивне сприйняття стресу, соматичне та когнітивне збудження перед сном, а також дисфункціональні переконання та ставлення до сну. Серед цих факторів найбільш значущим для прогнозування депресії виявилось саме суб'єктивне сприйняття стресу. Високий рівень стресу негативно впливав на якість сну, знижував ефективність механізмів емоційної регуляції та сприяв формуванню депресивних симптомів. З іншого боку, дисфункціональні переконання та ставлення до сну стали найсильнішим фактором, що підтримував депресію. Люди, які мали стійкі негативні переконання щодо необхідності ідеального сну, надмірно фіксувалися на власних проблемах зі сном, що призводило до посилення емоційного напруження та подальшого погіршення якості сну, створюючи замкнене коло депресивної симптоматики. Також дослідження продемонстрували, що соматичне (фізіологічне) та когнітивне (ментальне) збудження перед сном значно збільшували ризик розвитку депресії. Фізіологічне збудження проявлялося через підвищену активність симпатичної нервової системи, що

ускладнювало процес засинання, а когнітивне збудження супроводжувалося нав'язливими думками, аналізом проблем і майбутніх подій, що сприяло емоційному перенапруженню. Щодо тривоги, дослідження виявили, що її ризик зростає однаковою мірою під впливом соматичного та когнітивного збудження перед сном, а також зусиль, спрямованих на контроль сну. Чим більше людина намагалася свідомо регулювати процес засинання, тим вищою ставала ймовірність розвитку тривожного стану, що підтверджує концепцію "парадоксальної інтенції", коли надмірні зусилля щодо сну лише погіршують його якість. Таким чином, безсоння не лише є маркером психологічного дистресу, а й виступає важливим патогенетичним механізмом, що сприяє загостренню та хронізації депресивних і тривожних розладів. [46].

За результатами метааналізів було виявлено, що безсоння є значущим предиктором виникнення депресії (ВШ=2,83, 95%ДІ 1,55-5,17), тривоги (ВШ=3,23, 95%ДІ 1,52-6,85), зловживання алкоголем (ВШ=1,35, 95%ДІ 1,08-1,67, і навіть психозу (ВШ=1.28, 95%ДІ 1.03-1.59) [39,47].

Таким чином, враховуючи значний вплив тривоги на формування психосоматичної патології, зокрема СФР [20], необхідним стає уточнення взаємозв'язків тривоги, депресії, особливостей особистості у пацієнтів з СФР та порушеннями сну .

Певні супутні розлади, зокрема і органічні психосоматичні, можуть збільшувати негативний внесок у розвиток порушень сну, наприклад фіброміалгія, серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, артрити, мігрень, бронхіальна астма, хронічна обструктивна хвороба легень, хронічний біль тощо [36].

На сьогодні вітчизняні вчені проводять дослідження сну серед пацієнтів, які одужали від COVID-19 [48,49], серед здобувачів освіти [50], у пацієнтів з тривожно-депресивними розладами [51], у пацієнтів з системним червоним вовчаком [52], у осіб з хронічною ішемією головного мозку [53], або у осіб без коморбідних психічних розладів [40]. Проте особи з психосоматичними розладами, наприклад з СФР, залишалися поза увагою,

зокрема через складність діагностики і відсутності єдиних критеріальних підходів до діагностики.

Важливим фактором, що впливає на формування розладів сну, є особливості особистості. Дослідження свідчать, що певні риси характеру можуть сприяти розвитку безсоння та інших порушень сну, оскільки вони визначають індивідуальні особливості реагування на стрес, здатність до емоційної регуляції та рівень психофізіологічної збудливості.

За даними систематичного огляду та мета-аналізу, що охопив результати 76 досліджень, було встановлено стійкий зв'язок між вищими показниками безсоння та певними рисами особистості. Зокрема, підвищений рівень невротизму, який характеризується емоційною нестабільністю, схильністю до тривожності, негативного афекту та підвищеної чутливості до стресу, виявився суттєвим предиктором проблем зі сном. Окрім цього, інтроверсія, яка часто супроводжується тенденцією до уникнення соціальних контактів, зниженим рівнем експресії емоцій та схильністю до внутрішньої саморефлексії, також була асоційована з вищим рівнем безсоння. Важливу роль відіграє і перфекціонізм – прагнення досягати надмірно високих стандартів у всіх сферах життя, що може спричинити надмірну когнітивну активність перед сном, труднощі з розслабленням та схильність до переживання невдач. Крім того, в осіб із завищеними особистими стандартами, які часто супроводжуються страхом помилок, самокритичністю та надмірною вимогливістю до себе, також спостерігалася тенденція до гіршої якості сну. Всі ці особистісні особливості можуть спричинити хронічний психоемоційний напружений стан, що, у свою чергу, порушує механізми регуляції сну, збільшуючи ризик розвитку безсоння та інших порушень сну [54]. До цього також додавалися такі характеристики, як негативні емоції, соціальна замкненість, уникнення, імпульсивність, а також прояви гніву, ворожості та низької самооцінки [54]. Аналіз десяти лонгітюдних досліджень указав на двонаправлений зв'язок: безсоння може сприяти появі дисфункціональних рис особистості, так само як ці риси можуть провокувати

розвиток безсоння [54]. Саморегуляція з точки зору регуляції емоцій і реагування на стрес, а також особистісні риси інтерналізації, екстерналізації та нестабільності були пов'язані з порушеннями сну [55]. Також виявилось, що саморегуляція впливає на порушення сну як прямо, так і опосередковано через риси особистості.

### **1.3 Зв'язок емоційної регуляції з порушеннями сну та ЯЖ у пацієнтів з СФР**

Дослідження показують, що недостатня емоційна обізнаність часто призводить до того, що емоції проявляються через соматичні симптоми, що посилює емоційний дистрес [56]. Емоційна регуляція, яка передбачає використання різноманітних стратегій і методів для контролю та корекції емоцій, є посередником у взаємозв'язку між алекситимією та депресією чи тривогою [57].

Алекситимія, яка складається з дефіцитів в усвідомленні і вираженні емоцій та оперативного мислення, посідає значуще місце в психосоматичній медицині [58]. Високий рівень алекситимії (до 60%) відзначається серед пацієнтів з психосоматичними розладами та іншими розладами психічного здоров'я, пов'язаними тривогою, такими як тривожні розлади (до 58%), депресивні розлади (до 51%), розлади харчової поведінки (до 77%) тощо [20,59]. Загальний бал алекситимії позитивно корелює з різними показниками звітності про фізичні симптоми, і особи, які страждають від соматоформних станів, були значно більш алекситимними, ніж здорові контрольні особи [60].

Високий рівень алекситимії часто супроводжується дезадаптивними способами регуляції емоцій, такими як уникнення або слабка здатність до когнітивної переоцінки, що підвищує вразливість до психічних, зокрема соматоформних, розладів [61,62]. Так мета-аналіз 19 досліджень виявив, що алекситимія, оцінена за TAS-20, була помірно пов'язана з психометричними маркерами депресії за самооцінкою або оцінкою спостерігачів у вибірці пацієнтів ( $r = 0,39$ ), спільноти ( $r = 0,41$ ) і студентів ( $r = 0,46$ ) [63].

На сьогоднішній день загально визнано, що психологічна структура кожної особи формується в результаті складного взаємодії численних факторів, серед яких екологічні, біологічні та генетичні аспекти відіграють ключову роль. Нейротизм, алекситимія та емоційна дисрегуляція впливають на результати лікування і прогноз з різних аспектів, включаючи терапевтичний альянс, дотримання лікування та соціальне функціонування [64]. За даними метааналізу алекситимія пов'язана з тривогою та депресією, особливо за наявності хронічних захворювань [65]. Систематичний огляд і мета-аналіз, який вивчав зв'язок між п'ятифакторною моделлю рис особистості та психосоматичними розладами.

Визнається, що тривожність і депресія є причиною зв'язку між алекситимією та поганим сном, проте недавнє дослідження показало, що алекситимія може бути пов'язана з поганим сном незалежно від наявності депресії та тривожності [66]. Це дозволяє зробити попередній висновок, що алекситимія має тісний зв'язок з якістю сну людини, тому медичним працівникам слід розробити відповідні заходи для поліпшення якості сну у пацієнтів з алекситимією [67]. Окрім цього, за даними дослідження осіб молодого віку виявилось, що наявна суттєва кореляція між алекситимією, безсонням та самогубством, особливо у осіб, що зазнали психічної травматизації [68–70]. На прикладі молодих осіб – здобувачів освіти було встановлено, що включення показників безсоння в прогнози ризику суїциду є критично важливим, а кореляція між алекситимією та ризиком самогубства продемонструвала значний зв'язок ( $r = 0,29$ ,  $p < 0,01$ ), так само як і кореляція між алекситимією та безсонням ( $r = 0,32$ ,  $p < 0,01$ ) [69]. Особи з більш високим рівнем алекситимії можуть бути більш уразливими до впливу поганого сну на тривожність наступного дня [71].

З точки зору поведінки, люди з високим рівнем алекситимії частіше вдаються до експресивного придушення – тобто стримування своїх емоцій. Крім того, вони схильні ігнорувати свої емоції, поводячись так, ніби нічого не сталося, або відсторонюватися, уникаючи спілкування з іншими. Такі стратегії

вважаються шкідливими, оскільки в довгостроковій перспективі погіршують самопочуття. Водночас люди з високою алекситимією рідше використовують активне вирішення проблем чи шукають соціальну підтримку, які вважаються адаптивними, адже зазвичай сприяють кращим результатам. Таким чином, алекситимія пов'язана з переважанням менш ефективних способів справлятися з емоціями та уникненням тих, що могли б бути корисними, що в свою чергу впливає на заростання тривоги, порушень сну і, в підсумку, депресії [72,73].

У взаємозв'язку між алекситимією та депресією можна виділити певні «сполучні ланки», які об'єднують ці два стани. З боку алекситимії це труднощі з усвідомленням емоцій та їхнім зв'язком із тілесними відчуттями, а з боку депресії – негативне ставлення до себе, сльозливість і тривога, що проявляється через фізичні симптоми. У сукупності ці аспекти підкреслюють важливу роль алекситимії в тому, як емоції при депресії перетворюються на соматичні прояви, ніби втілюючись у тілі [74].

Як результат, програми раннього лікування безсоння можуть знизити ризик розвитку психічних розладів, зокрема депресії та пов'язаних з тривогою розладів, серед населення в цілому та вважатися корисною загальною профілактичною стратегією у сфері охорони психічного здоров'я. Розуміння специфічних потреб пацієнтів з високим рівнем алекситимії може привести до більш ефективних стратегій лікування, що враховують як емоційний, так і фізичний аспекти їхнього стану. Вивчення алекситимії у пацієнтів з соматоформними розладами та порушеннями сну може допомогти в розробці індивідуалізованих підходів до лікування. Це включає інтеграцію психотерапевтичних і медикаментозних методів, спрямованих на зменшення симптомів і поліпшення якості життя. Оцінка алекситимії може допомогти передбачити не тільки тяжкість депресії та тривоги, але й важливі риси особистості, такі як проникливість і саморефлексія, що може бути підґрунтям цілеспрямованих втручань, спрямованих на покращення розуміння та

сприяння саморефлексії, що може покращити прихильність до лікування та результати лікування пацієнтів [75].

Оптимальним показником оцінки результатів лікувально-корекційних заходів у осіб з психічними розладами є визначення показника ЯЖ пов'язаної зі здоров'ям. Було встановлено, що у осіб з СФР знижуються показники ЯЖ, і найбільш вираженими є порушення соціо-емоційної підтримки, фізичного благополуччя та працездатності [76]. Зниження ЯЖ у осіб з СФР виражається і у значній поширеності (35,4%) вираженого зниження критичності [77]. З іншого боку відомо, що порушення сну супроводжуються погіршенням когнітивного функціонування, пам'яті та уваги та можуть бути в основі психогенних розладів, або бути їх проявами.

СФР незалежно пов'язані з погіршенням ЯЖ, 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 [78].

Важливим є формування системи прогнозування ЯЖ у пацієнтів з СФР, для якої слід визначити фактори ризику. У дослідженні молодих осіб без психічної патології факторами ризику низької ЯЖ є порушення глибини сну разом з перебуванням в небезпечних умовах [50]. В дослідженні якості сну у пацієнтів з тривожними розладами були виявлені зворотні кореляційні зв'язки між якістю сну та показниками ЯЖ [51].

Вплив алекситимії на соматизацію може проявлятися як безпосередньо, так і опосередковано через емоційний стрес. З одного боку, емоційний дистрес може підвищувати сприйнятливості людей з алекситимією до відчуття сильного фізичного болю, оскільки вони мають труднощі з усвідомленням і вираженням власних емоцій, що може призводити до їхньої соматичної трансформації. З іншого боку, високий рівень емоційного дистресу може негативно впливати на суб'єктивне сприйняття ЯЖ у людей з алекситимією, знижуючи його. При цьому дослідження підтверджують, що вираженість алекситимії має безпосередній зв'язок із соматизацією, однак її ефект може

бути опосередкований емоційним дистресом. Якщо також брати до уваги вплив фізичного болю та психічного компоненту ЯЖ, то можна припустити, що алекситимія формує комплексний механізм взаємодії між психоемоційним станом та соматичними проявами, спричиняючи зростання рівня соматизації через непропрацьовані емоційні переживання та труднощі у їхньому усвідомленні. [79].

Оцінка психосоматичних синдромів може допомогти виявити психологічні характеристики (наприклад, алекситимію), які більш суттєво впливають на переживання тяжкості симптомів і які можуть призвести до порочного кола тривоги за здоров'я та хронічної соматизації [80].

Алекситимічна тенденція підкреслювати фізичні симптоми, а не емоційні стани, може вплинути на рішення щодо лікування та спонукати до невдалої оцінки симптомів дистресу. При цьому алекситимія може бути трансдіагностичним психологічним індикатором феномену соматизації, який може включати різні тілесні і психічні прояви [81]. Це робить актуальним розробку та впровадження психологічних корекційних заходів у процес лікування та реабілітації пацієнтів з СФР з подальшою оцінкою їх впливу на ЯЖ. пацієнти При цьому когнітивної терапія є найбільш ефективною для пацієнтів з СФР, незалежно від наявності у них коморбідної депресії [8,82]. Проте нещодавній огляд підкреслив, що ефективність психологічних втручань при СФР недостатньо підтверджена через дуже різноманітний, нестандартизований характер цих втручань і відсутність доказів, що стосуються конкретних механізмів [83]. Особи з іпохондричним розладом, який близький до СФР за механізмом виникнення, з більшою ймовірністю робили більш серйозні, «катастрофічні» соматичні пояснення симптомів і рідше генерували не загрозливі нормалізуючі пояснення, що підкреслює важливість оцінки та усунення неадаптивних когнітивних моделей симптомів у пацієнтів з СФР [84]. Схильність до катастрофізації, самозвинувачення, підвищена зосередженість на негативних стимулах у пацієнтів з депресією асоціюється з зростанням ризику суїцидальної поведінки [85].

Дослідниками виявлено, що зростання вираженості астенії, ситуативної тривоги та депресії призводить до зниження показників ЯЖ [86]. Доведено, що психічний компонент ЯЖ достовірно знижується із наростанням коморбідності [87]. Хоча проблематика ЯЖ пацієнтів з СФР привертає увагу багатьох дослідників, на сьогодні немає єдиного погляду на її патогенез і клінічні прояви у осіб з розладами сну, які є найбільш типовою вразливою групою для цього захворювання. Дослідження 1944 осіб (середній вік  $64,8 \pm 8$  років, 43,8% жінки) виявило, що старший вік ( $p=0,032$ ), нижча освіта ( $p=0,002$ ), кількість соматичних супутніх захворювань ( $p<0,001$ ), а також підвищений нейротизм ( $p<0,001$ ) і депресія ( $p<0,001$ ) були визначені факторами, пов'язаними з ризиком СФР [88].

Також залишається неуточненими впливи порушень сну на ЯЖ пацієнтів з СФР, що потребує пошуку нових ефективних підходів у лікуванні означеного контингенту. Наприклад, для зменшення симптомів тривоги і соматизації та покращення ЯЖ пацієнтів із поширеними хронічними неінфекційними захворюваннями ефективність показала проактивна психологічна та психіатрична підтримка [89,90].

Наразі сформоване розуміння лікування первинних розладів сну [35,91–93], але надання допомоги при порушеннях сну в структурі інших розладів, або коморбідних з СФР залишалось поза увагою науковців.

Таким чином, з огляду на зростання психоемоційного навантаження у сучасному українському суспільстві, важливим напрямом є своєчасне виявлення та корекція СФР та супутніх їм розладів, а також розробка ефективних стратегій психологічної підтримки населення для зменшення негативного впливу стресу на психічне та фізичне здоров'я.

### **Висновки до розділу 1.**

Дослідження свідчать, що наявність психоемоційних порушень, таких як тривога та депресія, у хворих із СФР може сприяти погіршенню суб'єктивно оцінюваних результатів лікування, що, відповідно, призводить до зниження ЯЖ, пов'язаної зі здоров'ям. При цьому тривалий психічний стрес, який є

характерним для сучасного суспільства, посилює ці ефекти, сприяючи соматизації та порушенням сну.

Незважаючи на значний обсяг даних про особливості СФР, залишаються недостатньо вивченими питання їхньої поширеності серед різних груп населення, впливу на перебіг супутніх станів та ефективність реабілітаційних заходів. Зокрема, потребує уточнення, як порушення сну впливають на тяжкість СФР та компоненти ЯЖ, пов'язаної зі здоров'ям, у цих пацієнтів.

Враховуючи високу поширеність СФР серед осіб працездатного віку та можливі гендерні відмінності у прояві цих розладів, необхідне подальше вивчення гендерно-вікових особливостей СФР та їхнього зв'язку з порушеннями сну. Це дозволить адаптувати підходи до діагностики та лікування з урахуванням демографічних характеристик. Для розробки більш ефективних стратегій діагностики та терапії СФР у хворих із порушеннями сну потрібні додаткові дослідження, які б враховували як соматичні, так і психологічні аспекти цих станів. Одним із перспективних напрямів є раннє виявлення та корекція порушень сну як фактора, що впливає на перебіг СФР і ЯЖ.

Також, з огляду на біопсихосоціальну модель здоров'я, важливо поглибити розуміння впливу особистісних особливостей, зокрема алекситимії, на виникнення, перебіг та тяжкість СФР, а також на показники ЯЖ цих пацієнтів. Алекситимія, як фактор, що ускладнює емоційну регуляцію, може відігравати ключову роль у соматизації та хронізації порушень сну, що потребує інтеграції цього аспекту в лікувальні стратегії.

**Матеріали даного розділу дослідження відображені у наступних публікаціях [94–96]**

## РОЗДІЛ 2

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1 Загальна характеристика вибірки

Дослідження проводилось на базі Комунального підприємства «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова» Дніпропетровської обласної ради» та Комунального підприємства «Дніпропетровська багатoproфільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» Дніпропетровської обласної ради» і є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету. На етапі планування дослідження було схвалено комісією з питань біомедичної етики Комунального підприємства «Дніпропетровська багатoproфільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» ДОР» (протокол №1/3 від 22.12.2021) та отримало схвалення етичного комітету ДДМУ за результатами виконання роботи (протокол № 26 від 19.03.2025 р.).

Дослідження було проведене згідно з письмовою згодою учасників і відповідно до принципів біоетики, викладених у Гельсінській декларації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людей» та «Загальній декларації про біоетику та права людини (ЮНЕСКО)» [97,98].

Усі учасники дослідження надали письмову інформовану згоду на участь, а також на збір та обробку їхніх даних. Вони були ознайомлені з метою та завданнями дослідження. Для кожного пацієнта було складено дослідницький протокол, який включав клініко-психопатологічні та клініко-анамнестичні дані, а також результати психометричних тестів.

Критеріями включення у дослідження були:

1. Особи чоловічої та жіночої статі віком від 18 до 60 років з підтвердженим діагнозом соматоформних розладів;
2. Наявність порушень сну на момент обстеження;

3. Відсутність супутніх хронічних соматичних захворювань в стадії декомпенсації;

4. Можливість проведення психопатологічного обстеження та подальшого спостереження хворих протягом не менш 3-х місяців від початку лікування;

5. Надання усвідомленої письмової згоди на участь в дослідженні.

Критерії виключення з дослідження:

1. Вік пацієнтів менше 18 і більше 60 років;

2. Соматоформні розлади без порушень сну;

3. Наявність на момент огляду або в анамнезі психотичного епізоду, суїцидальної спроби, хронічних соматичних захворювань в стадії декомпенсації, які підтвердженні відповідним висновком спеціаліста;

4. Тяжке органічне ураження ЦНС;

5. Зловживання психоактивними речовинами;

6. Відмова пацієнта від участі в дослідженні.

Обстежено 120 осіб віком медіанним віком 39,5 (30,5; 45) років, у яких діагностовано СФР та виявлені розлади сну.

Пацієнтів було розділено на дві групи: основну (60 осіб) та групу порівняння (60 осіб). Основна група складалася з 14 (23,3%) чоловіків, медіанний вік яких склав 36,5 (32; 41) років та 46 (76,7%) жінок віком 39 (30; 46) років. У групу порівняння увійшли 25 (41,7%) пацієнтів чоловічої статі медіанним віком 42,5 (36; 48) років та 35 (58,3%) жіночої статі віком 39 (29; 44) років. Між пацієнтами обох груп не було виявлено статистично значимої відмінності за статтю.

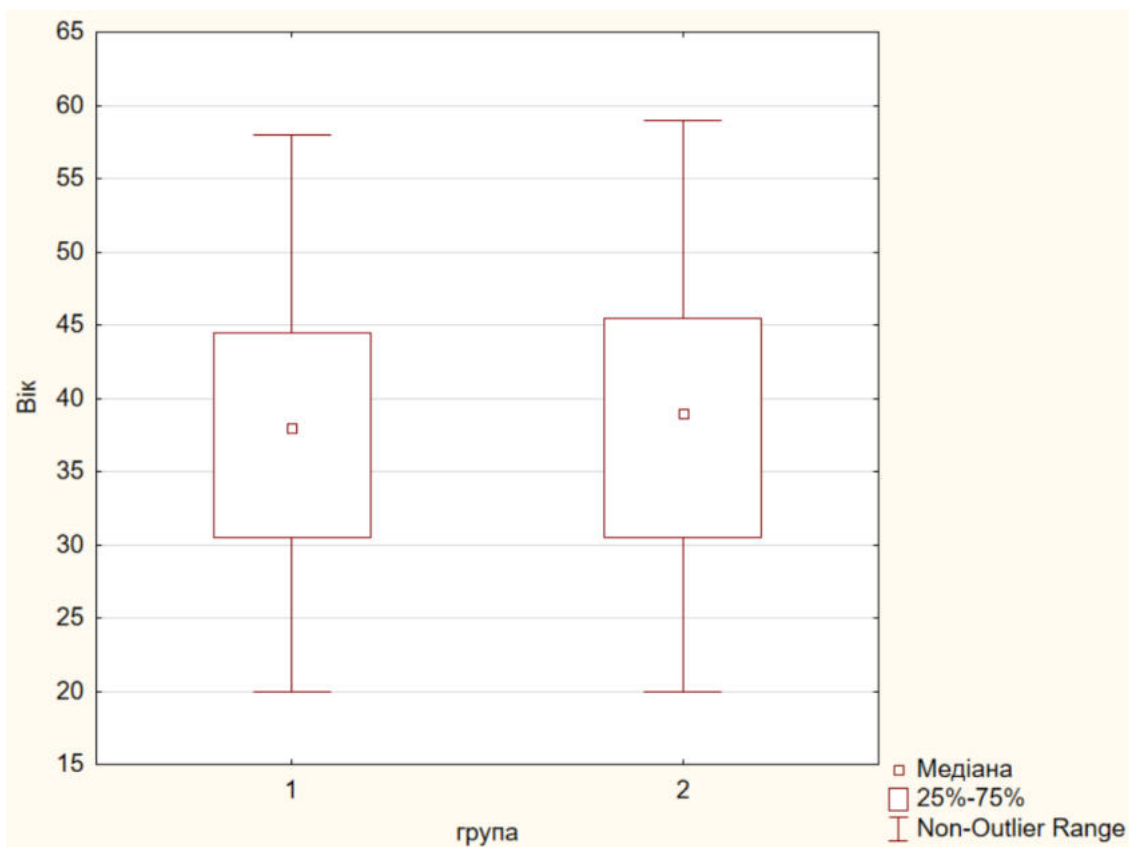


Рис. 2.1. Медіанний вік обстежених хворих за групами дослідження

Загальна характеристика пацієнтів всієї вибірки та їх розподіл на групи наведені в табл. 2.1.

Таблиця 2.1

**Загальна характеристика пацієнтів вибірки**

Показник	Усі обстежені	Основна група	Група порівняння	p*
Загальна кількість, n (%)	120 (100,0)	60 (100,0)	60 (100,0)	-
Стать, n (%)				
Жінки	81 (67,5)	46 (76,7)	35 (58,3)	0,08
Чоловіки	39 (32,5)	14 (23,3)	25 (41,7)	
Сімейний стан, n (%)				
Одиначи	35 (29,2)	16 (26,7)	19 (31,7)	0,55

У шлюбі	85 (70,8)	44 (73,3)	41 (68,3)	
Вік	39,5	38	39	0,72
Me (Q1;Q3)	(30.5; 45)	(30.5; 44.5)	(30.5; 45.5)	
Вікові групи				
До 35 років	39 (32,5)	20 (33,3)	19 (31,7)	0,85
Більше 35 років	81 (67,5)	40 (66,7)	41 (68,3)	

Примітка: p – розбіжності між групами за критерієм  $\chi^2$  Пірсона

За статтю переважну більшість серед обстежених склали жінки – 81 особа (67,5%), решту – чоловіки (39 осіб, 32,4 %). Ця тенденція була помітна у всіх досліджуваних групах, проте статистично значущих відмінностей між групами за гендерною ознакою не виявлено ( $p = 0,08$ ).

За сімейним станом в контингенті обстежених переважали пацієнти, що були у шлюбі – 85 осіб (70,8 %). Статистично значимих розбіжностей за сімейним станом між групами не встановлено ( $p=0,85$ ).

Отже, пацієнти у досліджуваних групах не мали статистично значущих відмінностей за статтю, віком, сімейним станом, ( $p>0,05$ ). Це підтверджує їхню однорідність за загальними характеристиками, що дозволяє коректно порівнювати їх за іншими параметрами.

## 2.2 Дизайн дослідження

Згідно з планом дослідження, передбачалися наступні його етапи: формування груп учасників, проведення психодіагностики до початку лікування, та оцінювання результатів дослідження (рис.2.2). Протягом періоду лікування всі пацієнти були обстежені на початку терапії (на 1-2 день після госпіталізації) та через 6 місяців.

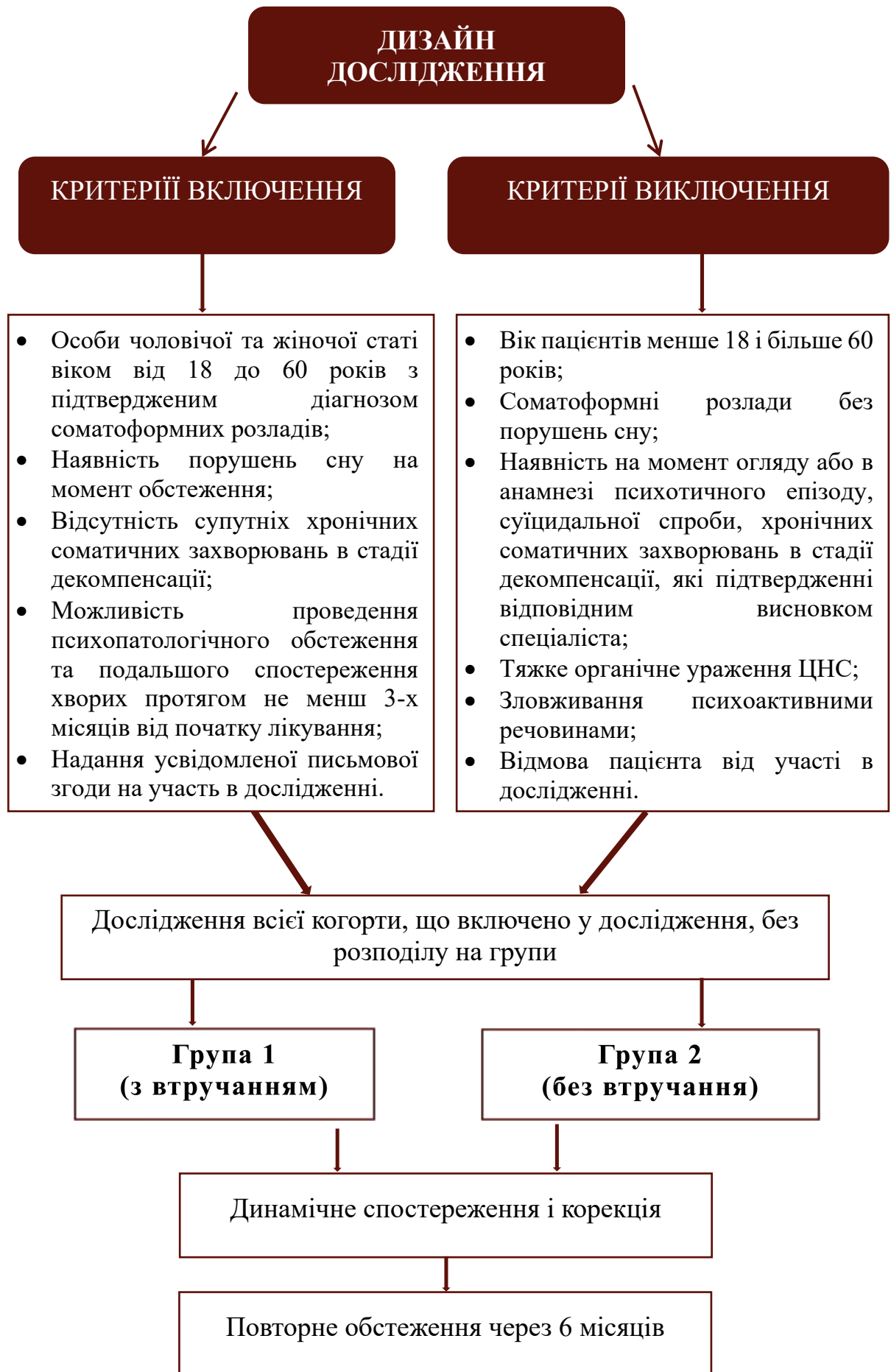


Рис. 2.2. Дизайн дослідження.

На першому етапі дослідження проводилося формування груп дослідження. В групу дослідження або в групу контролю пацієнти розподіляється за допомогою процесу рандомізації (проста фіксована рандомізація). Діагностика розладів проводилася відповідно до критеріїв МКХ-10 [99]. Проводили клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне, психодіагностичне дослідження доповнене психометричними шкалами:

- Піттсбурзька шкала оцінки якості сну
- індекс важкості інсомнії (ISI)
- тест депресії Бека
- Торонтська шкала алекситимії – 20
- тест «Дослідження тривожності» (опитувальник Спілбергера в адаптації Ханіна)
- методика оцінки інтегративного показника якості життя (за Х.Меззіч в адаптації Н.О.Марути)

Другий етап дослідження передбачав узагальнення отриманих даних, розробку та впровадження психотерапевтичних лікувально-реабілітаційних заходів з психоосвітнім компонентом, спрямованих на корекцію симптомів порушень сну та тривожно-депресивних симптомів у пацієнтів.

На третьому етапі, через 6 місяців після початку терапії, проводилася оцінка її ефективності. Знову проводили клініко-психопатологічне інтерв'ю та патопсихологічне дослідження з використанням психометричних шкал і опитувальників. Виходячи з отриманих даних проводився розрахунок відносних ризиків та відношення шансів достатньої якості життя, а також побудова прогностичної моделі.

### **2.3. Використані методи дослідження**

Проводилося клініко-психопатологічне обстеження за загальноприйнятою схемою, яке включало збір скарг, даних анамнезу захворювання та життя, а також оцінку психічного і соматичного статусу [100–

102]. Було проведено ретроспективний аналіз медичної документації пацієнтів з СФР з порушеннями сну, які перебували на стаціонарному лікуванні. Для проведення структурованого інтерв'ю використовували спеціально розроблену карту клініко-психопатологічного обстеження. Вибір психометричних шкал і методів математичної статистики був визначений метою та завданнями дисертаційної роботи.

### 2.3.1 Оцінка тяжкості інсомнії

Тяжкість інсомнії оцінювали за допомогою індексу тяжкості інсомнії (ITI) – Insomnia Severity Index (ISI) – загальна шкала, призначена для оцінки симптомів безсоння, хоча вона також використовується в інших областях і областях, що виходять за рамки медицини сну та проблем, пов'язаних із безсонням. За даними метатаналізу об'єднана Альфа Кронбаха для тесту складає 0,83, що вказує на добрий рівень надійності опитувальника [103]. Цей опитувальник складається із семи пунктів та розроблений як короткий інструмент перевірки безсоння [104,105]. Запитання стосуються суб'єктивних якостей сну респондента, включаючи тяжкість симптомів, задоволеність респондента своїм режимом сну, ступінь, до якого безсоння заважає повсякденній діяльності, наскільки респондент відчуває свою безсоння для інших, і загальний рівень шкоди, спричиненої проблемами зі сном. Респонденти оцінюють кожен елемент анкети за шкалами типу Лайкерта. Відповіді можуть коливатися від 0 до 4, де вищі бали вказують на більш гострі симптоми безсоння. Загальна кількість балів інтерпретується наступним чином: 0–7 балів – відсутність клінічно значущого безсоння, 8–14 балів – підпорогове безсоння, 15–21 бал – клінічне безсоння середнього ступеня тяжкості, а 22–28 – важке клінічне безсоння. При використанні у якості скринінгу пороговий бал 10 був оптимальним (чутливість 86,1% та специфічність 87,7%) для виявлення випадків безсоння. У клінічній вибірці зміна балу -8,4 бала (95% ДІ: -7,1, -9,4) була пов'язана з помірним покращенням, оціненим незалежним оцінювачем після лікування [105].

### 2.3.2 Оцінка якості сну

Якість сну оцінювали за допомогою Пітсбурзького опитувальника визначення індексу якості сну (PSQI), який був розроблений для оцінки загальної якості сну [106,107]. Кожен із 19 пунктів опитувальника належить до однієї з семи підкатегорій: суб'єктивна якість сну, затримка сну, тривалість сну, звична ефективність сну, порушення сну, використання снодійних препаратів і денна дисфункція. П'ять додаткових запитань, оцінених сусідом по кімнаті або партнером по ліжку респондента, включені для клінічних цілей і не оцінюються. Внутрішня надійність (за альфа Кронбаха) склала 0,83, надійність тесту-ретесту 0,85, чутливість 89,6%, а специфічність 86,5%. Анкета складається з комбінації запитань типу Лайкерта та відкритих запитань (пізніше перетворених на шкалу оцінок за допомогою наданих рекомендацій). Респондентів просять вказати, як часто вони відчували певні труднощі зі сном протягом останнього місяця, і оцінити загальну якість сну. Бали для кожного запитання варіюються від 0 до 3, причому вищі бали вказують на більш виражені порушення сну. Розробники запропонували граничний бал 5 для глобального масштабу, оскільки він правильно ідентифікував 88,5% групи пацієнтів у їх перевірочному дослідженні. Сумарний бал за опитувальником об'єднує всі сім компонентів, де найнижчий можливий бал становить 0 (найкраща якість сну), а найвищий – 21 (найгірша якість сну). Показник до 5 балів свідчив про добру якість сну, тоді як 5 балів або більше – про виражені порушення сну.

### 2.3.3 Оцінка депресії

Наявність депресії уточнювали з використанням Шкали депресії Бека (BDI-II) – опитувальник з 21 пункту для самостійного звіту, що вимірює тяжкість депресії у підлітків та дорослих [108]. BDI-II широко використовується як індикатор тяжкості депресії, але не як діагностичний інструмент. Він також використовувався у численних дослідженнях результатів лікування. BDI-II включає 21 пункт, кожен із яких відповідає

симптому депресії . Елементи згруповані у чотири категорії: соматичні (фізичні) симптоми, афективні (емоційні) симптоми, когнітивні симптоми, вегетативні симптоми (належать до змін сну та апетиту). Кожне твердження опитувальника оцінюється за шкалою від 0 до 3 залежно від вираженості симптомів. Сумарний бал опитувальника варіюється від 0 до 62 і знижується при поліпшенні стану пацієнта. BDI має хорошу надійність та валідність. Надійність повторного тестування BDI-II варіювалася від 0,73 до 0,92, що означає, що оцінки залишаються незмінними з часом. Внутрішня узгодженість BDI-II склала 0,9, що означає, що пункти анкети пов'язані один з одним і вимірюють ту саму конструкцію. BDI-II також має хорошу конвергентну та дискримінантну валідність [109].

#### **2.3.4 Оцінка алекситимії**

Алекситимію, як конструкт, обумовлений чотирма взаємозалежними гранями: труднощі ідентифікації почуттів та розрізнення емоційних почуттів і тілесних відчуттів емоційного збудження; труднощі підбору слів описи почуттів іншим; обмежені імагінальні процеси та зовні орієнтований стиль мислення, вимірювали за допомогою Торонтської шкали алекситимії (TAS-20) - опитувальника з 20 пунктів для самостійного заповнення, який вимірює складові алекситимії. Кожен пункт оцінюється за 5-бальною шкалою Лайкерта від 1 – повністю не згоден до 5 – повністю згоден. Сумарний бал опитувальника варіюється від 0 до 100. Загальна кількість балів інтерпретується наступним чином: 0–7 балів – відсутність алекситимії, 52–60 – можлива алекситимія, 61–100 – наявна алекситимія. Внутрішня узгодженість TAS-20 склала від 0,7 до 0,8, що показує достатню якість опитувальника [110,111].

#### **2.3.5 Оцінка тривожності**

Опитувальник тривожності станів і рис характеру Спілбергера (STAI) є заповнений самостійно опитувальник з 40 пунктів самозвіту з оцінкою по 4-бальній шкалі Лайкерта, який спрямований на оцінку окремо ситуативної

тривожності (тимчасового стану, викликаного поточною ситуацією, коли респондент зазначає, що він/вона відчуває прямо зараз, в даний момент) та особистісної тривожності (загальної схильності до тривожності, коли респондент зазначає, що він/вона відчуває «загалом»), по 20 пунктів на кожен опитувальник [112,113]. Бали варіюються від 20 до 80, причому вищі бали корелюють з більшою тривожністю. При інтерпретації показників можна використовувати такі орієнтовні оцінки тривожності: до 30 балів – низька, 31 – 44 бали – помірна; 45 і більше – висока.

### 2.3.6 Оцінка якості життя

Якість життя оцінювали за допомогою опитувальника якості життя, який був розроблений Mezzich J.E. та ін. у 1999 році і адаптований Н.О. Марутою, є анкету для самозвіту. Його мета – виміряти якість життя, пов'язану зі здоров'ям, і він включає наступні 10 доменів: фізичний благополуччя, психічне благополуччя, самообслуговування та незалежне функціонування, професійне функціонування (працездатність), міжособистісна взаємодія, соціально-емоційна підтримка, суспільна та службова підтримка, особистісне реалізація, духовна реалізація та загальне сприйняття життя [114]. Випробований оцінює кожен елемент, використовуючи 10-бальну шкалу від 1 (погано) до 10 (відмінно). За результатами вираховують інтегративний показник якості життя (ІЯЖ) шляхом обчислення середнього арифметичного усіх показників. Також обчислюють субшкали: суб'єктивного благополуччя (середнє арифметичне значення фізичного благополуччя, психічного благополуччя та загального сприйняття життя); соціального функціонування (середнє арифметичне значення самообслуговування та незалежності дій, міжособистісної взаємодії, працездатності та особистісної реалізації); зовнішніх життєвих обставин (середнє арифметичне значення соціально-емоційної, суспільної і службової підтримки та духовної реалізації). Надійність повторного тестування була високою ( $r=0,87$ ). Значення альфа Кронбаха 0,92 підтвердило його дуже добру внутрішню узгодженість [115]. У

нашому дослідженні ми виходили з того, що якість життя пов'язана зі здоров'ям це суб'єктивна самооцінка пацієнтом впливу хвороби та лікування на різні аспекти життя, тому ми не використовували оцінку якості життя за цією методикою з боку лікаря та/або близьких пацієнтів [116,117].

#### 2.4 Статистичні методи аналізу

Матеріали дослідження були піддані статистичній обробці з використанням методів непараметричного аналізу. Накопичення, коригування, систематизація вихідної інформації та візуалізація отриманих результатів здійснювалися в електронних LibreOffice Calc 7.4 (The Document Foundation). Статистичний аналіз проводився за допомогою програми STATISTICA 6.1 (StatSoft Inc.) серійний номер AGAR909E415822FA. ROC-аналіз з розрахунком площі під ROC кривою та порівняння ROC кривих проводили з використанням програми MedCalc® Statistical Software version 20.104 (MedCalc Software Ltd, Ostend, Belgium; <https://www.medcalc.org>; 2023) (TRAIL-vesion). Кількісні показники оцінювалися на предмет відповідності нормальному розподілу, для цього використовувався критерій Колмогорова-Смирнова). Сукупності кількісних показників, розподіл яких відрізнявся від нормального, описувалися за допомогою значень медіани (Me) та нижнього та верхнього квантилів (Q1-Q3). Номінальні дані описувалися із зазначенням абсолютних значень та відсоткових часток [118,119].

Для порівняння незалежних сукупностей у випадках відсутності ознак нормального розподілу даних використовувався U-критерій Манна-Уїтні. Розраховані значення U-критерію Манна-Уїтні порівнювалися з критичними при заданому рівні значущості: у тому випадку, якщо розраховане значення U дорівнювало або менше критичного, визнавалася статистична значущість відмінностей.

При порівнянні кількох вибірок кількісних даних, мають розподіл, відмінне від нормального, використовувався критерій Краскела-Уолліса, що є непараметричною альтернативою однофакторного дисперсійного аналізу. У

разі, якщо розраховане значення критерію Краскела-Уолліса перевищувало критичне, відмінності показників вважалися статистично значущими. В іншому випадку визнавалася вірною нульова гіпотеза.

Порівняння номінальних даних проводилося за допомогою критерію  $\chi^2$  Пірсона, що дозволяє оцінити значущість відмінностей між фактичною кількістю результатів або якісних характеристик вибірки, що потрапляють у кожну категорію, і теоретичною кількістю, яку можна очікувати в групах, що вивчаються при справедливості нульової гіпотези.

При чотирипольних таблиць при очікуваному явище хоча у одному осередку менше 10, нами розраховувався критерій  $\chi^2$  з поправкою Йейтса, що дозволяє зменшити ймовірність помилки першого типу, тобто виявлення відмінностей там, де їх немає. Поправка Йейтса полягає у відніманні 0,5 з абсолютного значення різниці між фактичним та очікуваною кількістю спостережень у кожному осередку, що веде до зменшення величини критерію  $\chi^2$ . У тих випадках, коли кількість очікуваних спостережень у будь-якій із осередків чотирипольної таблиці було менше 5, для оцінки рівня значущості відмінностей використовувався точний критерій Фішера [120].

Як кількісний захід ефекту при порівнянні відносних показників нами використовувався показник відношення шансів (ВШ), що визначається як відношення ймовірності настання події в групі, підданій впливу фактору ризику, до ймовірності настання події в контрольній групі.

Як кількісну міру ефекту при порівнянні відносних показників нами використовувався показник відносного ризику (ВР), що відображає у скільки разів ризик результату за наявності фактору ризику вище ризику результату за відсутності фактору ризику.

Для перевірки відмінностей між двома парними вибірками, що порівнюються, нами застосовувався W-критерій Вілкоксона.

З метою вивчення зв'язку між явищами, представленими кількісними даними, розподіл яких відрізнявся від нормального, використовувався непараметричний метод – розрахунок коефіцієнта рангової кореляції

Спірмена. Значення коефіцієнта кореляції  $r_s$  інтерпретувалися відповідно до шкали Чеддока: менше 0,1 – зв'язок відсутній, 0,1-0,3 – слабка, 0,3-0,5 – помірна, 0,5-0,7 – виражена, 0,7-0,9 – висока, 0,9-0,99 – дуже висока [121].

Побудова прогностичної моделі ризику певного результату виконувалася з допомогою методу бінарної логістичної регресії [119,122]. Вибір методу обумовлений тим, що залежна змінна є дихотомічною, а незалежні змінні характеризують як категоріальні, і кількісні ознаки. Відбір незалежних змінних проводився методом покрокової прямої селекції з використанням критерієм виключення статистики Вальда. Статистична значимість отриманої моделі визначалася за допомогою критерію  $\chi^2$ . Мірою визначеності, що вказує на ту частину дисперсії, яка може бути пояснена за допомогою логістичної регресії, у нашому дослідженні був показник Найджелкерка.

Для оцінки діагностичної значущості кількісних ознак під час прогнозування певного результату, зокрема ймовірності настання результату, розрахованої з допомогою регресійної моделі, застосовувався метод аналізу ROC-кривих. З його допомогою визначалося оптимальне роздільне значення кількісної ознаки, що дозволяє класифікувати пацієнтів за рівнем ризику результату, що має найкраще поєднання чутливості та специфічності. Якість прогностичної моделі, отриманої даним методом, оцінювалася виходячи із значень площі під ROC-кривою зі стандартною помилкою та 95% довірчим інтервалом (ДІ) та рівня статистичної значущості. Оцінка якості побудованої регресійної моделі визначалася виходячи з наступних критеріїв: 0,9-1,0 – відмінна, 0,8-0,9 – дуже добра, 0,7-0,8 – добра, 0,6-0,7 – середня, 0,5-0,6 – незадовільна [123].

## **Висновки до розділу 2.**

В розділі наведено дизайн дослідження, описані етапи дослідження та методи, що використовувалися у дослідженні, з наведенням їх стислої характеристики. Також наводиться загальний огляд обстежених та основних

груп. Було виявлено, що між пацієнтами основної групи та групи порівняння не було статистично значущих відмінностей за соціально-демографічними показниками ( $p > 0,05$ ), обидві групи були однорідними. Це підтверджує репрезентативність дослідження та дозволяє провести порівняльний аналіз.

В дослідження було включено 120 осіб. Пацієнти були поділені на дві групи: основну та групу порівняння по 60 осіб. До основної групи увійшли з 14 (23,3%) чоловіків та 46 (76,7%) жінки. Група порівняння склали 25 (41,7%) чоловіків та 35 (58,3%) жінок.

Використані психодіагностичні методи відповідають цілям і завданням, поставленим у рамках дисертаційного дослідження.

**Матеріали даного розділу дослідження відображені у наступних публікаціях [96,124,125]**

## РОЗДІЛ 3

### КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ, ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА СОМАТОФОРМНІ РОЗЛАДИ З ПОРУШЕННЯМИ СНУ

#### 3.1 Клініко-психопатологічні особливості хворих з соматоформними розладами з порушеннями сну

Клініко-психопатологічні особливості хворих із СФР, які супроводжуються порушеннями сну, є багатограними та відображають складну взаємодію психічних, соматичних і нейрофізіологічних факторів.

Хронічна соматизація проявляється значною кількістю множинних мінливих соматичних скарг симптомів, які, відповідно до критеріїв діагностики, не можуть бути пояснені будь-якою органічною патологією з допомогою об'єктивних досліджень органів і систем. На підставі комплексного клініко-анамнестичного і клініко-психопатологічного обстеження були виявлені наступні особливості психопатологічної структури СФР. Наявні симптоми не досягали вираженого синдромального рівня і залишалися субсиндромальними. Були виявлені наступні субсиндроми:

тривожний – проявлявся як певне очікування чогось несприятливого, або як занепокоєність щодо стану здоров'я, тривога часом проявлялася когнітивним збудженням перед сном (нав'язливі думки, катастрофізація), що ускладнює засинання та сприяє розвитку безсоння;

алекситимічний, який проявлявся труднощами з ідентифікацією та вираженням емоцій, що проявлялося соматизацією емоційного напруження, фіксацією на тілесних відчуттях, що частіше посилювалось вночі через відсутність відволікаючих факторів, погіршуючи якість сну;

субдепресивний – у частини хворих спостерігаються субклінічно виражені депресивні симптоми, такі як знижений настрій, апатія, відчуття безнадії чи зниження мотивації, що у поєднанні з порушеннями сну формувало

двонаправлений зв'язок: безсоння погіршувало психічний стан, а депресивний настрій ускладнював відновлення нормального сну;

диссомнічний - порушення сну у хворих із СФР проявлялись у вигляді інсомнії (труднощі із засинанням, часті пробудження, поверхневий сон), що виникала внаслідок підвищеної активності симпатичної нервової системи та гіперактивності гіпоталамо-гіпофізарно-наднирничкової осі, що, в свою чергу, підтримувало стан фізіологічного збудження навіть уночі;

гіпересезійний - характерною рисою якого була підвищена чутливість до тілесних відчуттів (наприклад, прискорене серцебиття чи дискомфорт у м'язах), які пацієнти були схильні інтерпретувати як загрозові, що підсилювало тривогу та перешкоджало розслабленню перед сном;

психопатичний – у деяких пацієнтів виявлялися риси перфекціонізму чи інтроверсії, що сприяло хронізації стресу, підвищеній вразливості до зовнішніх подразників і формуванню стійких порушень сну.

Перший етап дослідження проводили у пацієнтів, які були розподілені на дві групи:

- основна група, у яку увійшли 60 пацієнтів з соматоформними розладами з порушеннями сну;
- група контролю, яку склали 60 пацієнтів з соматоформними розладами з порушеннями сну.

Для оцінки гендерних особливостей пацієнтів вибірки були розділені на дві групи:

- група жінок складалася з 81 особи;
- група чоловіків складалася з 39 осіб.

В залежності від провідного ураження соматичної сфери було виділено чотири клінічні-соматичні варіанти СФР: з переважним ураженням ДС, ШКТ, ССС та ЕС систем. Був проведено аналіз пацієнтів вибірки з урахуванням діагностованих варіантів СФР та їх розподіл між групами. Результати наведено у рис. 3.1 та табл. 3.1.

Таблиця 3.1

**Варіанти соматоформних розладів у пацієнтів (n,%)**

	Разом (n=120)	Основна група (n=60)	Група порівняння (n=60)	p*
ДС	5 (4,2)	3 (5)	2 (3,3)	p=1.00
ШКТ	38 (31,6)	18 (30)	20 (33,3)	p=0,69
ССС	68 (56,7)	34 (56,7)	34 (56,7)	p=1.00
ЕС	9 (7,5)	5 (8,3)	4 (6,7)	p=1.00

Примітки: p – розбіжності між групами за критерієм  $\chi^2$  Пірсона або за двобічним критерієм Фішера

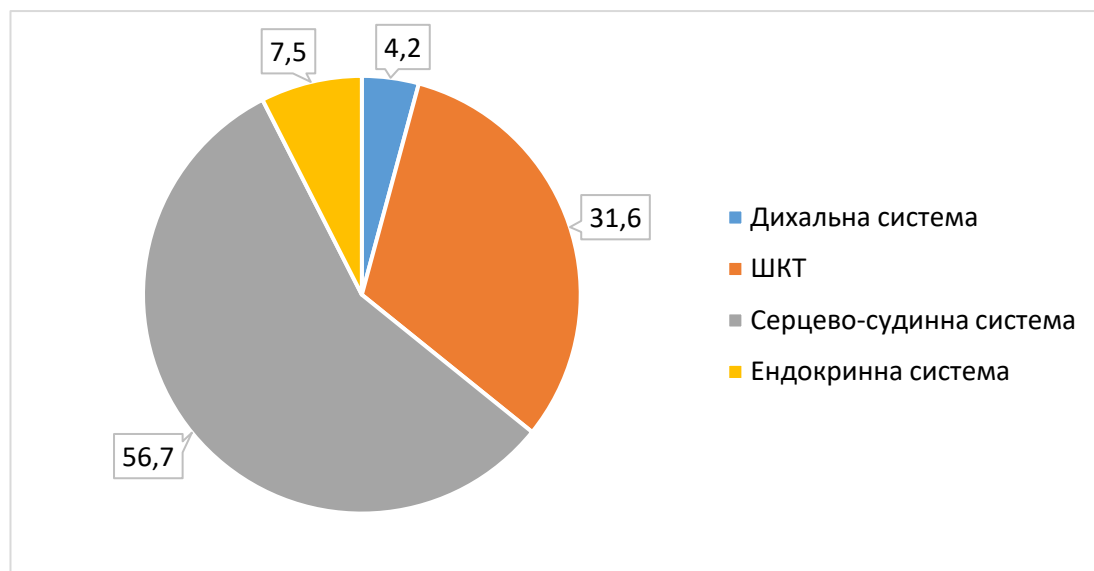


Рис. 3.1 Поширеність синдромальних варіантів СФР

При аналізі за віком було встановлена перевага пацієнтів старшого віку, що в обох групах переважають пацієнти другого зрілого віку – 66,7% та 68,3% відповідно (рис. 3.2).

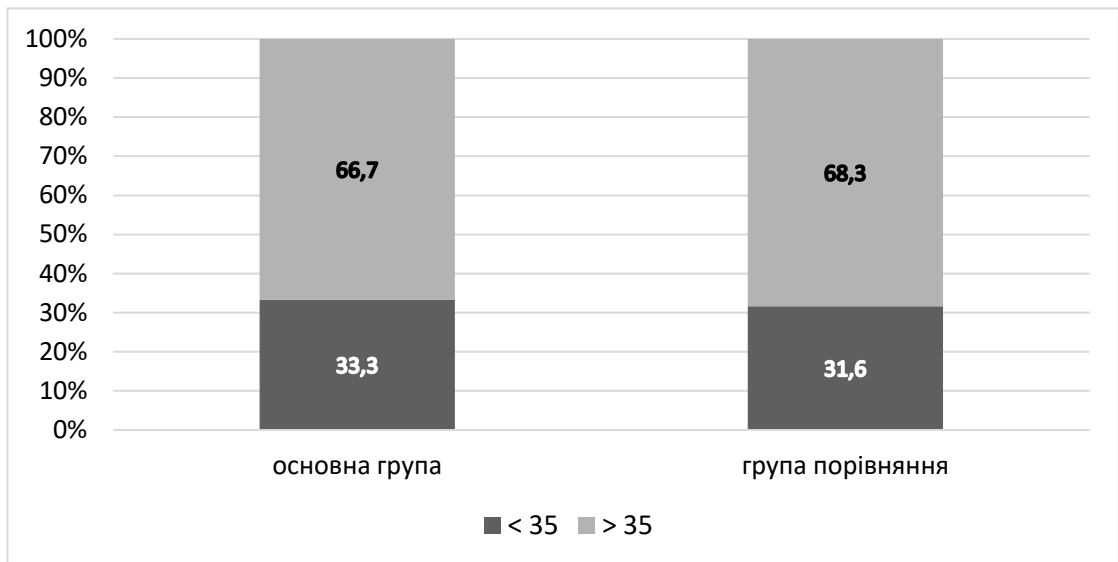


Рис. 3.2 Віковий розподіл пацієнтів в групах.

### 3.2 Психометричні особливості хворих з соматоформними розладами з порушеннями сну

Оцінка тяжкості інсомнії проводилась з використанням опитувальника Індекс тяжкості інсомнії Ch. Morin. Результати аналізу показників тяжкості інсомнії в групах наведені у табл. 3.2. Медіанний бал для всієї вибірки склав 22 (17,5; 26) балів, що відповідало важкій інсомнії. Альфа Кронбаха у нашому дослідженні становила 0,89.

Таблиця 3.2

#### Показники вираженості клінічних особливостей порушень сну за даними індексу тяжкості інсомнії Ch. Morin (у балах)

Показники	Значення Me (Q1; Q3)		p*
	Основна група	Група порівняння	
Складнощі із засинанням	3 (3; 4)	3 (3; 4)	0,99
Часте та/або довготривале пробудження	3 (3; 4)	3 (3; 4)	0,88
Раннє ранкове пробудження	3 (3; 4)	3 (3; 4)	0,56
Задоволеність сном	3 (2; 4)	3 (2; 4)	0,99

Зниження працездатності у зв'язку з поганим сном	3 (3; 4)	3 (2,5; 4)	0,70
Зниження якості життя у зв'язку з поганим сном	3 (3; 4)	3 (3; 4)	0,96
Стурбованість поганим сном	3 (2; 4)	3 (2,5; 3,5)	0,74

Примітка: \* – розбіжності між групами за критерієм Манна-Уїтні (U)

Отримані результати свідчать, що 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 та стурбованість поганим сном відповідають високому рівню вираженості з відсутністю достовірних статистичних відмінностей між групами спостереження.

Сумарний бал Індексу тяжкості інсомнії в основній групі склав 22 (17,5; 25,5) бали, в групі порівняння – 22,5 (17,5; 26) бали з  $p=0,96$  з відсутністю достовірних статистичних відмінностей між групами (рис. 3.3).

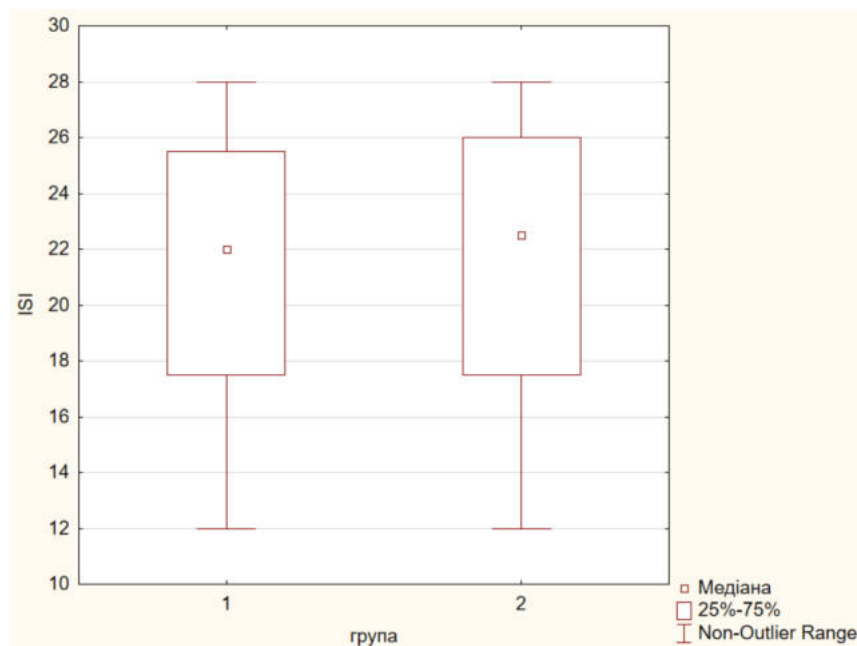


Рис. 3.3. Індекс тяжкості інсомнії з залежності від групи спостереження.

Аналізуючи вираженість інсомнії в залежності від провідного прояву СФР виявлені наступні результати (рис. 3.4): медіанний рівень ISI у пацієнтів з СФР дихальної системи склав 26 (23; 28) балів, у пацієнтів з ШКТ варіантом СФР – 21 (17; 24) балів, у пацієнтів з ССС варіантом СФР – 22 (17; 26) балів, у пацієнтів з ЕС варіантом СФР – 26 (24; 27) балів. За критерієм Краскіла-Уолліса були виявлені достовірні відмінності  $H(df3, N= 120) = 11,55224, p = 0,0091$ . Проводячи апостеріорні порівняння за допомогою тесту Манна-Уїтні виявлені достовірні відмінності вираженості інсомнії між пацієнтами з СФР дихальної системи та СФР ШКТ ( $p=0,02$ ), між пацієнтами з ШКТ варіантом та ЕС варіантом СФР ( $p=0,002$ ), а також між пацієнтами з ССС варіантом та ЕС варіантом СФР ( $p=0,025$ )

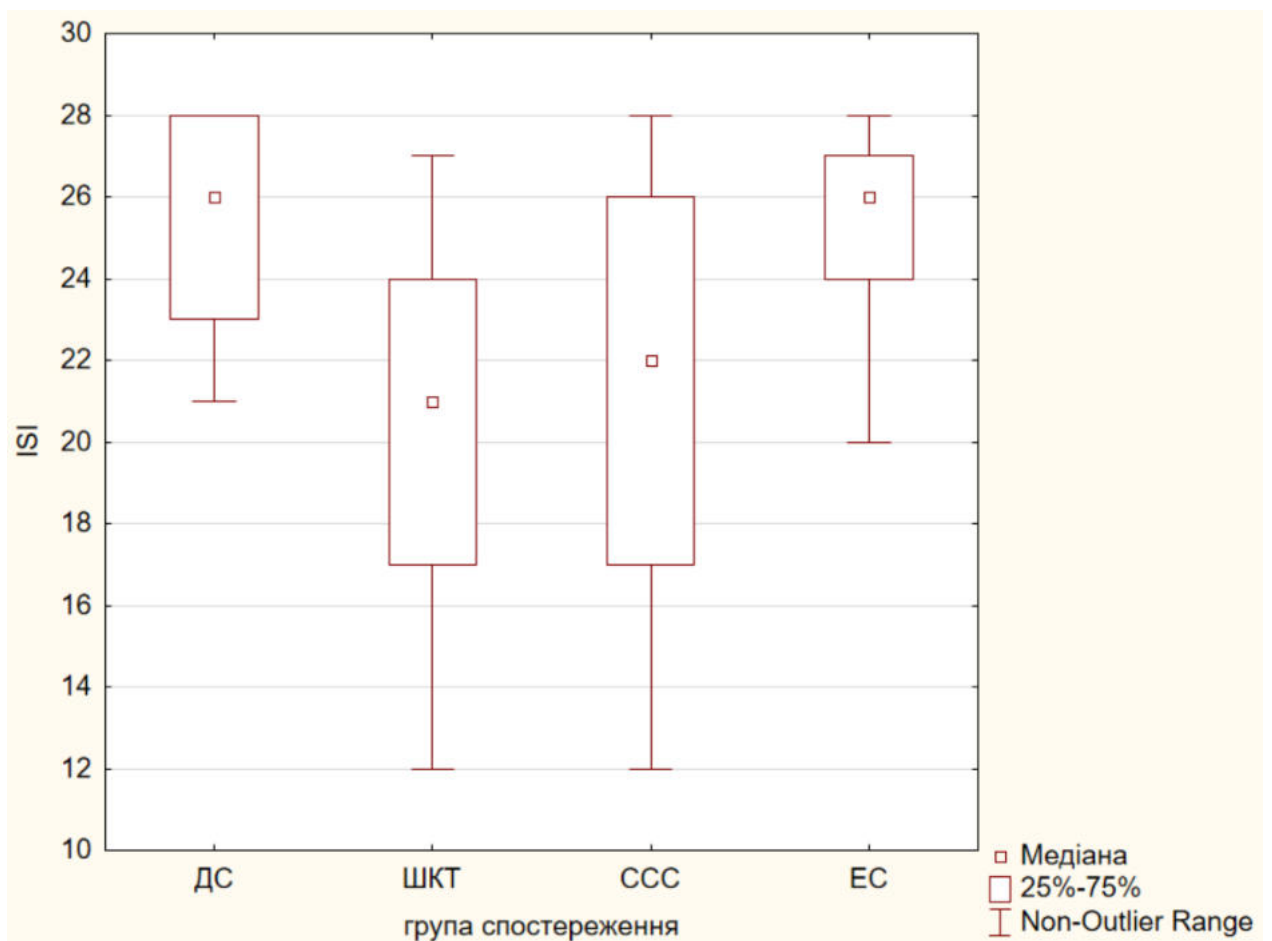


Рис. 3.4 Індекс тяжкості інсомнії з залежності від синдромального варіанта СФР.

Оцінка диссомнії в обох групах проводилась шляхом застосування Пітсбурзького опитувальника індексу якості сну (PSQI) (табл.3.3). Медіанний бал для всієї вибірки склав 17 (15; 18) балів. Пацієнти обох груп мали виражені порушення сну (показник більше 5 балів). Альфа Кронбаха у нашому дослідженні становила 0,70.

Було виявлено, що обидві групи мали максимальний ступінь вираженості порушення компоненту порушення денного функціонування. В основній групі також була максимальна вираженість компоненту суб'єктивна якість сну. Аналізуючи отримані результати відзначимо відсутність достовірних відмінностей по всіх компонентах PSQI між основною і контрольною групами (табл.3.3).

Таблиця 3.3

**Аналіз показників диссомнії за Пітсбурзьким опитувальником індексу якості сну (PSQI у балах)**

Компоненти	Значення Me (Q1; Q3)		p*
	Основна група	Група порівняння	
1 – суб'єктивна якість сну	3 (2; 3)	2,5 (2; 3)	0,53
2 – латентність сну	2 (1; 3)	2 (2; 3)	0,68
3 – тривалість сну	2 (2; 3)	2 (2; 3)	0,91
4 – звичайна ефективність сну	2 (2; 3)	2 (2; 3)	0,76
5 – порушення сну	2 (2; 3)	2 (2; 3)	0,85
6 – використання снодійних засобів	2 (2; 3)	2 (2; 3)	0,75
7 – порушення денного функціонування	3 (2; 3)	3 (2; 3)	0,54

Примітка: \* – розбіжності між групами за критерієм Манна-Уїтні (U)

Звертає на себе увагу середня вираженість компоненту використання снодійних засобів в обох групах. Також співставні показники середньої вираженості показники латентність сну, звичайна ефективність сну, порушення сну.

Загальний бал PSQI в основній групі склав 17 (14; 18) балів, у контрольній групі – 17 (15,5; 18) балів при  $p=0,91$  (рис. 3.5).

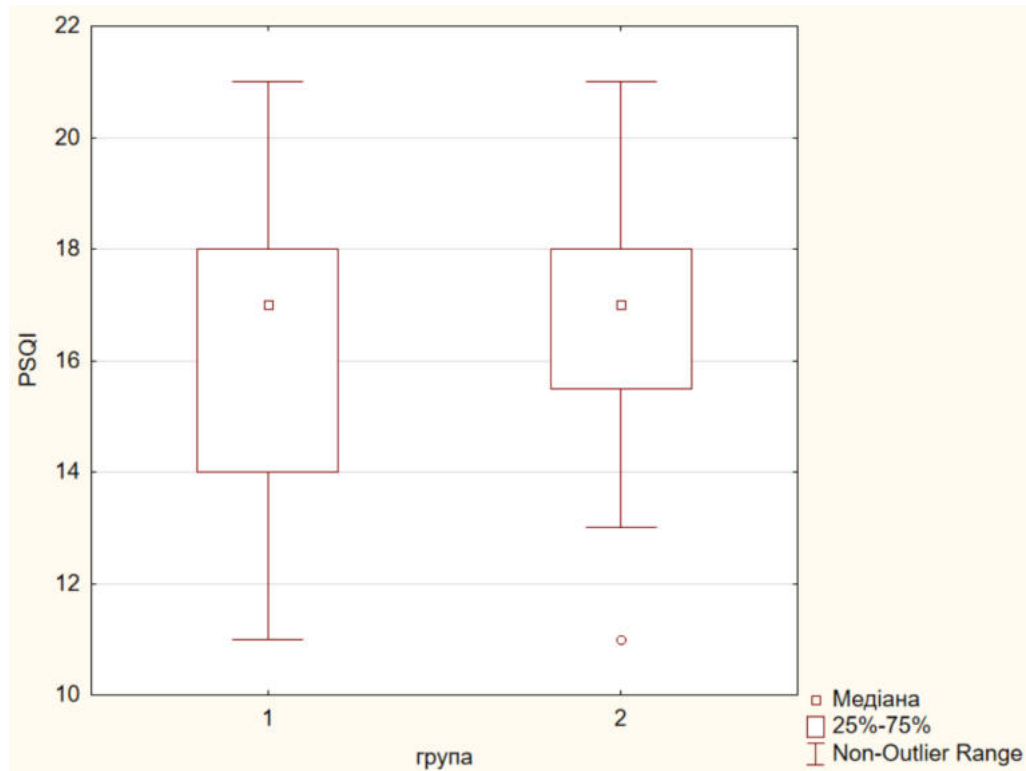


Рис. 3.5. PSQI в залежності від групи спостереження.

Виявлені відмінності по сумарному показнику PSQI в залежності від провідного синдрому СФР (критерій Краскіла-Уолліса  $H(df3, N=120)=8,648813, p=0,0343$ ) (рис. 3.6).

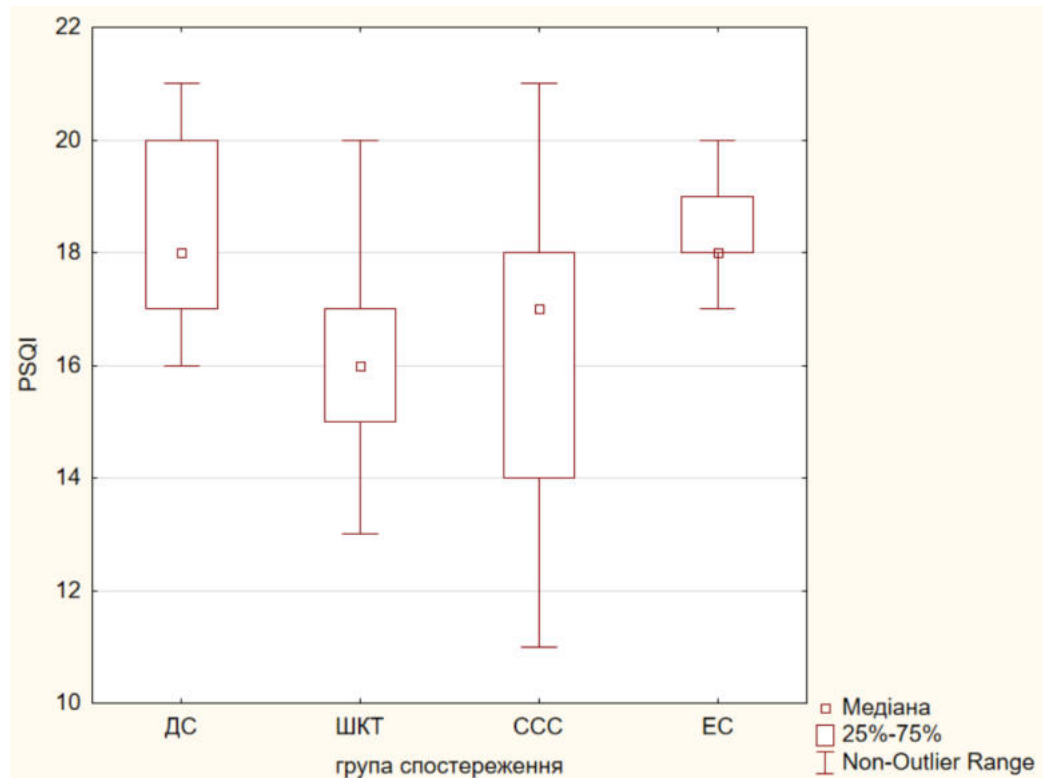


Рис. 3.6. PSQI з залежності від синдромального варіанта СФР.

Проводячи апостеріорні порівняння за допомогою тесту Манна-Уїтні виявлені достовірні відмінності вираженості показника PSQI між пацієнтами з ШКТ варіантом та ЕС варіантом СФР ( $p=0,005$ ).

Також слід відзначити відсутність гендерних відмінностей по показнику PSQI ( $p=0,48$ ).

Наявність депресивних станів у пацієнтів об'єктивізували з використання шкали депресії Бека. Визначена тяжкість депресивних симптомів відповідає помірному рівню депресії в обох групах дослідження і складає 27,5 (19; 36) балів.

Медіанний рівень депресії в основній групі склав 26 (19,5; 38,5) балів, у групі порівняння – 28 (19; 36,4) балів. Медіанні показники депресії за BDI-II наведені у табл. 3.4.

Таблиця 3.4

## Оцінка рівнів депресії за BDI-II

Показник	Всі пацієнти	Основна група	Група порівняння	p*
депресія за BDI-II	27,5 (19; 36)	26 (19,5; 38,5)	28 (19; 36)	0,95
Розподіл за вираженістю депресії Me (Q1-Q3)				p*
відсутня	9 (9; 9)	9 (9; 9)	-	1
легка	16 (14; 17)	16 (14; 18)	15,5 (14; 17)	0,98
помірна	25 (21; 27)	23,5 (21; 26)	26 (22; 28)	0,11
важка	39 (35; 42)	39 (35,5; 43,5)	38 (35; 42)	0,32

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

Поширеність ступенів важкості депресивних розладів у загальній вибірці наведена на рис. 3.7.

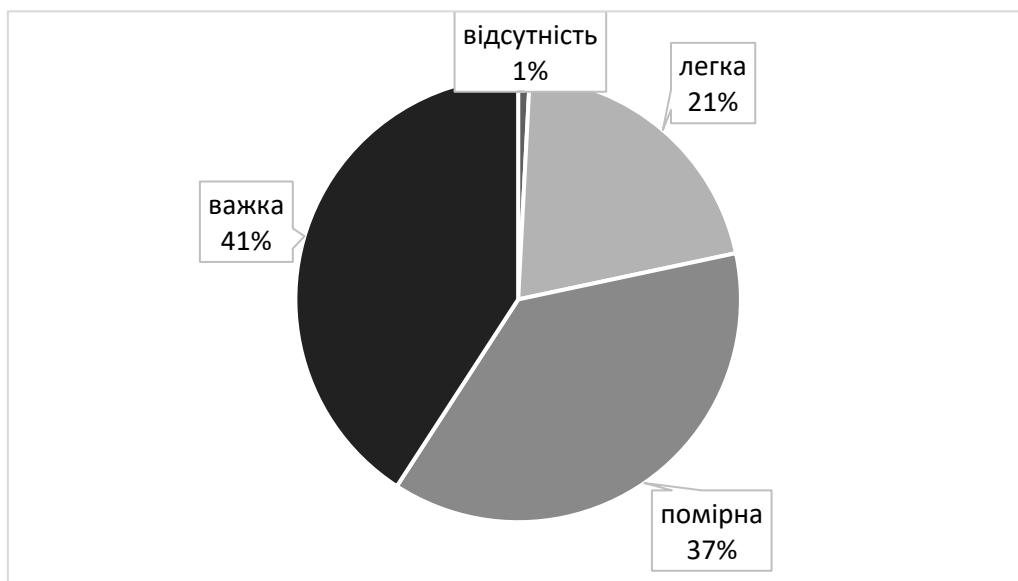


Рис. 3.7. Поширеність вираженості депресивних розладів за BDI-II (%)

Поширеність ступенів вираженості депресивних розладів за BDI-II в залежності від групи наведено на рис. 3.8. У внутрішньому колі наведені дані основної групи, у зовнішньому – групи порівняння. Достовірні відмінності між групами у поширеності відсутні (за критерієм  $\chi^2$  Пірсона).

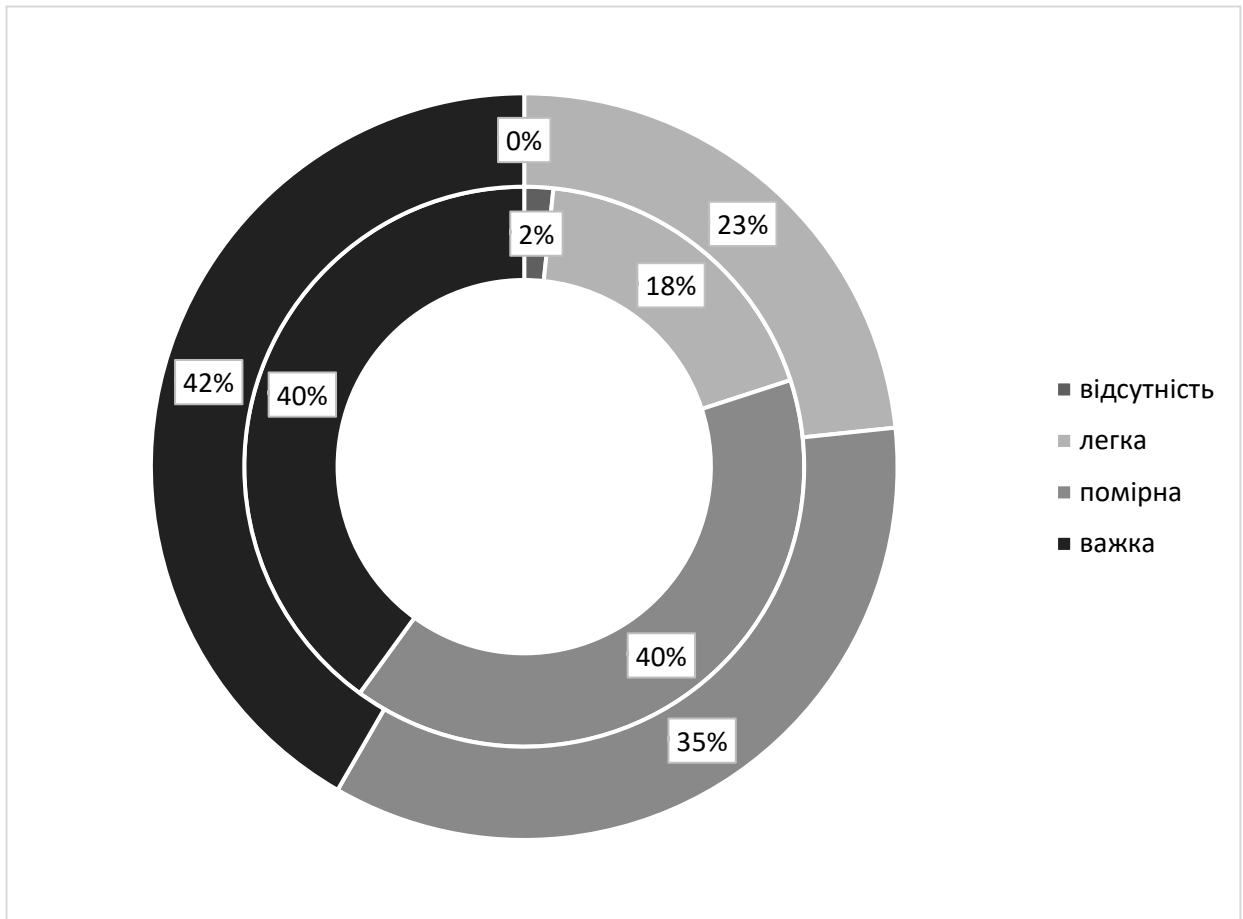


Рис. 3.8. Поширеність вираженості депресивних розладів за BDI-II (%) в залежності від групи (внутрішнє коло – основна група, зовнішнє – група порівняння)

Оцінюючи вираженість депресії серед пацієнтів з СФР з розладами сну було встановлено, що 40% основної групи і 42% обстежених контрольної групи мали важку депресію. Помірна депресія була виявлена у 40% пацієнтів основної групи і 35% пацієнтів групи порівняння. Депресія легкого ступеня була діагностована у 18% учасників основної групи і 23% учасників групи порівняння. Також слід відзначити, що 2% обстежених основної групи не мали

депресії при її оцінці за допомогою шкали депресії Бека, а у групі порівняння таких пацієнти не було представлено.

Аналізуючи розподіл рівнів вираженості депресії в залежності від статі (табл. 3.5) виявлено відсутність достовірних відмінностей як в основній так і в контрольній групі. В обох групах незалежно від статі обстежених переважала важка і помірна депресія. Звертає увагу, що лише один пацієнт чоловічої статі у основній групі не мав депресії за тестом BDI-II, а у групі порівняння такі пацієнти були відсутні.

Таблиця 3.5

**Розподіл наявності депресії за BDI-II (n)**

Група	Стать	Важка депресія	Помірна депресія	Легка депресія	Відсутність депресії
Основна	Ж	19	18	9	0
	Ч	5	6	2	1
Контрольна	Ж	13	12	10	0
	Ч	12	9	4	0

Примітка:  $p > 0,05$  за критерієм Манна-Уїтні при порівнянні за статтю

Результати аналізу отриманих даних первинного обстеження пацієнтів з СФР та порушеннями сну за показниками особистісної тривожності, ситуативної тривожності за STAI та алекситимії за TAC-20 представлено у табл. 3.6.

Таблиця 3.6

## Аналіз показників тривожності та депресії

Компоненти	Значення Me (Q1; Q3)			p*
	Разом	Основна група	Група порівняння	
Особистісна тривожність	58 (43; 66)	59 (54,5; 79)	58 (43; 65,5)	0,57
Ситуаційна тривожність	65 (50; 68)	65 (50,5; 68)	64 (49,5; 67)	0,44
Алекситимія	61 (56; 74)	60 (54,5; 79)	61,5 (56; 70,5)	0,41

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

За результатами обстеження пацієнтів обох груп було виявлено, що між ними не спостерігається статистично значущих відмінностей за показниками особистісної та ситуативної тривожності, а також алекситимії. Медіанний бал особистісної тривожності склав 58 (43; 66) балів, що відповідає високому рівню. Ситуативна тривожність склала 65 (50; 68) балів, що відповідає високому рівню.

Аналізуючи вираженості тривожності в обох групах виявлено, що особистісна тривожність, яка відображає рису характеру, у основній групі складала 59 (54,5; 79) балів, а у групі порівняння – 58 (43; 65,5) балів, що відповідало високому рівню тривожності. Оцінюючи ситуативну тривожність, яка вказує на психотравмуючі фактори, виявлено, що в основній групі її рівень був 65 (50,5; 68) балів, а у контрольній групі - 64 (49,5; 67) балів, що також, як і особистісна тривожність, відповідає високому рівню тривожності.

Медіанний бал алекситимії склав в основній групі 60 (54,5; 79) балів та 61,5 (56; 70,5) бали в контрольній групі, що незначно перевищує межу діагностики у 60 балів. Достовірні відмінності у медіанних балах алекситимії між групами не виявлені:  $p=0,41$  за критерієм Манна-Уїтні. Поширеність алекситимії в основній групі склала 46,7% (47,8% у жінок та 47,8% у чоловіків);

в контрольній групі поширеність алекситимії у жінок була 54,3%, а у чоловіків – 56% (табл. 3.7). В обох групах не були виявлені достовірні відмінності у поширеності алекситимії в залежності від статі.

Таблиця 3.7

**Розподіл наявності алекситимії за TAS-20 в залежності від статі (n)**

Група	Стать	Наявність алекситимії	Відсутність алекситимії	p*
Основна	Ж	22	24	0,74
	Ч	6	8	
Порівняння	Ж	19	16	0,90
	Ч	14	11	

Примітка: \* – p за критерієм  $\chi^2$  Пірсона

Оцінюючи вираженість алекситимії в залежності від синдромального варіанта СФР слід зазначити, наявність статистично значущої відмінності у балах у пацієнтів з серцево-судинним варіантом СФР, проте вони не є клінічно значущими, оскільки медіанний рівень не досягає порогового значення (табл. 3.8). В інших синдромальних варіантах відмінності не спостерігаються.

Таблиця 3.8

**Оцінка рівнів алекситимії залежно від провідного варіанту СФР**

Показник	Основна група	Група порівняння	p*
ШКТ	81,5 (58; 87)	67 (60; 75,5)	0,08
ССС	56 (53; 60)	59,5 (56; 66)	0,006
ЕКС	88 (78; 90)	67,5 (56,5; 81)	0,11
ДС	69 (46; 90)	73,5 (59; 88)	1,0

Примітка: \* – розбіжності між групами за критерієм Манна-Уїтні (U)

Аналізуючи частотність наявності алекситимії в залежності від провідного варіанта СФР слід зазначити, що більшість пацієнтів з серцево-судинним варіантом СФР не мають алекситимії, як у основній так і в групі спостереження – 76,5 та 52,9 відсотки відповідно. Протилежна ситуація спостерігається з наявністю алекситимії у пацієнтів з ШКТ варіантом СФР: 72,2% пацієнтів основної групи та 70% пацієнтів групи порівняння мають її прояви (табл. 3.9, 3.10).

Таблиця 3.9

### Поширеність алекситимії в залежності від провідного варіанта СФР

	Алекситимія наявна	Алекситимія відсутня	p
ССС	24	44	<0.001*
ДС	3	2	>0.05**
ШКТ	27	11	0.002*
ЕС	7	2	>0.05**

Примітка: \* - достовірність по критерію ксі квадрат, \*\* - достовірність за точним двобічним критерієм Фішера

Таблиця 3.10

### Розподіл наявності алекситимії за ТАС-20

Група	Варіант СФР	Алекситимія наявна (n, %)	Алекситимія відсутня (n, %)	Разом
Основна	ССС	8 (23,5)	26 (76,5)	34
	ДС	2 (66,7)	1 (33,3)	3
	ШКТ	13 (72,2)	5 (27,8)	18
	ЕС	5 (100)	0	5
Порівняння	ССС	16 (47,1)	18 (52,9)	34
	ДС	1 (50,0)	1 (50,0)	2
	ШКТ	14 (70,0)	6 (30,0)	20
	ЕС	2 (50,0)	2 (50,0)	4

Оцінюючи якість життя у пацієнтів в цілому слід відмітити невисокі значення показників по всіх компонентах (рис. 3.9).



Рис. 3.9. Загальна вираженість компонентів якості життя.

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.

Детальний розподіл показників якості життя в залежності від групи наведено у табл. 3.11. Звертає увагу, що по деяких компонентах якості життя ми отримали статистично достовірну відмінність між групами, проте порівнюючи, наприклад, медіанні показники по компоненту психічне благополуччя у основній групі ми маємо 4 (4; 5), а в групі контролю - 4 (3; 5). Тому не дивлячись на статистичну відмінність результатів ми можемо стверджувати про клінічну незначущість відмінностей.

Таблиця 3.11

**Аналіз показників якості життя за інтегративним тестом якості життя  
(Mezzich J.E. et al., 1999) (у балах)**

компоненти	Значення Me (Q1; Q3)			p*
	разом	Основна група	Група порівняння	
Фізичне благополуччя	4 (3; 4)	4 (3; 4)	4 (3; 4)	0,15
Психічне благополуччя	4 (4; 5)	4 (4; 5)	4 (3; 5)	0,01
Самообслуговування	3 (2; 4)	3 (2; 4)	3 (3; 4)	0,73
Працездатність	4 (2; 5)	4 (1; 5)	4 (2; 5)	0,86
Міжособистісна взаємодія	5 (4; 6)	6 (5; 6)	5 (4; 5)	<0,01
Соціально-емоційна підтримка	4 (3; 5)	4 (2; 5)	4 (3; 5)	0,84
Громадська та службова підтримка	4 (2; 5)	4 (1; 5)	4 (3; 4)	0,96
Особистісна реалізація	3 (3; 5)	3 (2,5; 4,5)	4 (3; 5)	0,36
Духовна реалізація	4 (4; 6)	5 (4; 6)	4 (4; 5)	0,17
Загальне сприйняття життя	3 (2; 4)	3 (2; 4)	4 (3; 4)	<0,01
Інтегративний показник	3,9 (3,2; 4,45)	3,9 (3,3; 4,6)	3,85 (3,1; 4,3)	0,58
Суб'єктивне благополуччя	3,67 (3; 4)	3,7 (3,2; 4)	3,7 (3; 4)	0,38
Виконання соціальних ролей	3,86 (3; 4,63)	4 (3; 4,8)	3,75 (3; 4,3)	0,29
Зовнішні життєві обставини	4 (3,3; 5)	4,3 (3,2; 5)	4 (3,3; 4,7)	0,55

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

Також слід відзначити відсутність достовірної відмінності по інтегративному показнику якості життя та по субшкалах.

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. 3.12).

Таблиця 3.12

**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

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 (табл.3.12).

Додатково провівши аналіз впливу статі на психометричні показники ми не визначили впливу фактору статі на рівень депресії, особистісну та ситуативну тривожність, алекситимію та показники якості та порушення сну (табл. 3.13).

Таблиця 3.13

#### Аналіз психометричних показників в залежності від статі

Показник	Всі пацієнти	Ч	Ж	p*
BDI-II	27,5 (19; 36)	28 (19; 38)	27 (20; 36)	0,87
OTp	58 (43; 66)	59 (45; 69)	58 (42; 65)	0,17
CTp	65 (50; 68)	66 (56; 69)	63 (50; 67)	0,12
TAC	61 (56; 74)	61 (56; 69)	61 (56; 76)	0,76
PSQI	17 (15; 18)	17 (16; 18)	17 (14; 18)	0,48
ISI	22 (17,5; 26)	22 (17; 26)	22 (18; 26)	0,53

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

### 3.3 Взаємозв'язок між психометричними показниками порушеннями сну та їх вплив на якість життя.

За результатами кореляційного аналізу був встановлений зв'язок між показниками вираженості ситуативної і особистісної тривожності, алекситимії, депресії та показниками тяжкості порушень сну (табл. 3.14).

Таблиця 3.14

**Кореляційні взаємозв'язки між психометричними показниками**

	вік	PSQI	TAC-20	BDI-II	OTp	CTp	ISI
вік	1,0	0,14	0,22*	0,31*	0,12	0,03	0,14
PSQI	0,14	1,0	0,55*	0,65*	0,86*	0,58*	0,91*
TAC-20	0,22	0,55*	1,0	0,50*	0,41*	0,24*	0,55*
BDI-II	0,31*	0,65*	0,50*	1,0	0,52*	0,28*	0,61*
OTp	0,12	0,86*	0,41*	0,52*	1,0	0,79*	0,79*
CTp	0,03	0,58*	0,24*	0,28*	0,79*	1,0	0,46*
ISI	0,14	0,91*	0,55*	0,61*	0,79*	0,46*	1,0

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

Отримані нами результати свідчать, що показники ситуативної і особистісної тривожності корелювали з показниками тяжкості інсомнії – виявлені статистично значимі зв'язки переважно середньої сили. При збільшенні вираженості тривожності збільшувався ступінь вираженості порушень сну і навпаки.

Оцінюючи зв'язок між показником депресії та іншими показниками слід зазначити, що найбільший помірної сили вплив є на вираженість порушень сну.

При оцінці зв'язків індексу важкості інсомнії слід відмітити сильну кореляцію з PSQI та особистісною тривожністю. Аналогічні кореляційні зв'язки формуються між загальним балом PSQI та особистісною тривожністю і балом ISI.

Проводячи аналіз зв'язків між компонентами ISI та виміряними психометричними показниками та ЯЖ слід відмітити, що ІЯЖ та субшкали

тесту ЯЖ мають помірний та сильний негативний кореляційний зв'язок з усіма компонентами інсомнічних розладів (табл. 3.15).

Таблиця 3.15

**Кореляційні взаємозв'язки між показниками якості життя, тривожності, алекситимії, депресії та показниками тяжкості інсомнії**

	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
ІЯЖ	-0,72	-0,66	-0,52	-0,61	-0,79	-0,75	-0,78
СБ	-0,50	-0,45	-0,39	-0,36	-0,52	-0,53	-0,56
ВСП	-0,66	-0,58	-0,44	-0,55	-0,66	-0,62	-0,65
ЗЖО	-0,61	-0,55	-0,46	-0,53	-0,68	-0,62	-0,66
ТАС-20	0,42	0,47	0,47	0,23	0,51	0,47	0,51
BDI-II	0,46	0,53	0,37	0,36	0,52	0,51	0,59
ОТр	0,69	0,58	0,55	0,53	0,72	0,62	0,60
СТр	0,48	0,41	0,42	0,17#	0,48	0,36	0,34

Примітка: # - відсутність статистично значущої кореляції на рівні  $p < 0,05$ , в інших випадках – наявність кореляції

Аналізуючи дані табл. 3.15 встановлено, що сумарний бал по тесту ТАС-20 має здебільшого помірної сили прямий кореляційний зв'язок з усіма компонентами ISI. Подібне спостерігається і при оцінці зв'язків між рівнем депресії та компонентами ISI. Щодо впливу тривожності на порушення сну, то

виявлено, що особистісна тривожність в більшій мірі пов'язана з порушеннями сну, ніж ситуативна. Компоненти зниження працездатності у зв'язку з поганим сном та тяжкість інсомнії мають сильний прямий кореляційний зв'язок з особистісною тривожністю. Можна припустити наявність взаємного обтяження порушень сну і особистісної тривожності, коли тривожність посилює порушення сну, а порушення сну, що виникли збільшують вираженість тривожності.

Співставна картина спостерігається і при аналізі взаємозв'язків показників дисомнії за Пітсбурзьким опитувальником індексу якості сну та психометричними показниками та ЯЖ (табл. 3.16). ІЯЖ та додаткові показники ЯЖ негативно корелюють з PSQI та її компонентами, а депресія, тривожність та алекситимія – позитивно. Аналізуючи зв'язки компонентів PSQI варто відмітити, що компонент порушення денного функціонування не має достовірних кореляційних зв'язків з психометричними показниками, а його зв'язок з показниками якості життя слабкий

Таблиця 3.16

**Кореляційні взаємозв'язки між показниками якості життя, тривожності, алекситимії, депресії та показниками індексу тяжкості дисомнії**

	1 – суб'єктивна якість сну	2 – латентність сну	3 – тривалість сну	4 – звичайна ефективність сну	5 – порушення сну	6 – використання снодійних	7 – порушення денного функціонування
ІЯЖ	-0,53	-0,62	-0,50	-0,61	-0,67	-0,42	-0,22
СБ	-0,40	-0,50	-0,28	-0,33	-0,46	-0,33	-0,30
ВСП	-0,50	-0,51	-0,43	-0,57	-0,53	-0,42	-0,05#
ЗЖО	-0,40	-0,55	-0,49	-0,53	-0,58	-0,30	-0,25

ТАС-20	0,29	0,39	0,43	0,28	0,38	0,32	0,08#
BDI-II	0,46	0,49	0,32	0,42	0,43	0,36	0,14#
ОТр	0,57	0,58	0,49	0,62	0,63	0,39	-0,01#
СТр	0,50	0,46	0,40	0,39	0,37	0,20	-0,12#

Примітка: # - відсутність статистично значущої кореляції на рівні  $p < 0,05$ , в інших випадках – наявність кореляції

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. 3.17). 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 3.17

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

показник	1 – суб'єктивна якість сну	2 – латентність 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 кореляційний взаємозв'язків між ЯЖ та компонентами індексу важкості інсомнії в результаті якого було виявлені переважно помірні негативні кореляції між показниками порушення сну та різними аспектами якості життя (табл. 3.18).

Таблиця 3.18

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

Показник	Складнощі із засинанням	Часте та/або довготривале	Раннє ранкове пробудження	Задоволеність сном	Зниження працездатності у	Зниження якості життя у зв'язку з	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*
Працевдатність	-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  $p < 0,05$ .

І в цьому випадку показник ЯЖ міжособистісне спілкування не мав достовірних кореляційних взаємозв'язків з компонентами тесту ISI (табл.3.18).

Про кореляційному аналізі психометричних показників та ІЯЖ і його субшкал виявлені сильні негативні кореляції з показниками порушень сну (табл. 3.19).

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 суб'єктивного благополуччя, виконання соціальних ролей та зовнішніх життєвих обставин.

Таблиця 3.19

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

	PSQI	ISI	Важка інсомнія	TAC-20	Наявність алекстимії	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  $p < 0,01$ .

Оцінюючи взаємовплив ЯЖ та порушень сну зазначемо, що не виявлено залежності вираженості порушень сну від групи спостереження, віку та статі. А ІЯЖ та його субшкали мали сильний негативний зв'язок не тільки з індексом якості сну, а й з індексом тяжкості інсомнії (табл. 3.20, рис. 3.10).

Таблиця 3.20

**Кореляційні взаємозв'язки між тяжкістю інсомнії, індексом якості сну та іншими показниками на початку лікування**

Показник	ISI	PSQI
Група спостереження	0,005	0,01
Вік	0,14	0,14
Стать	0,06	0,07
ІЯЖ	-0,89*	-0,92*

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

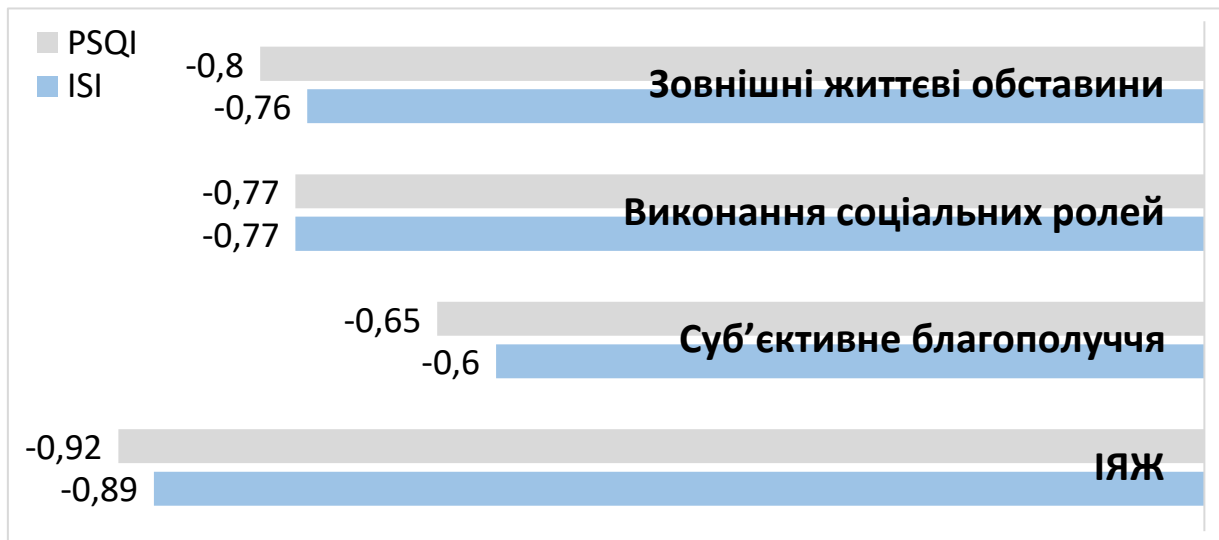


Рис. 3.10. Кореляційні зв'язки показників ЯЖ та порушеннями сну.

Також проводячи аналіз бінарних даних за допомогою коефіцієнту асоціації ( $\phi$ ), отриманих у дослідженні, ми виявили помітну асоціацію між наявністю алекситимії та наявністю депресії, а також між наявністю важкого безсоння (за ISI) та наявністю депресії та алекситимії. При цьому молодий вік та стать не мають асоціативного зв'язку з наявністю депресії, важкого безсоння чи алекситимії (табл. 3.21).

Таблиця 3.21

Асоціації між біноміальними показниками на початку лікування ( $\phi$ )

Показник	Молодий вік	Стать	Алекситимія	Депресія	Важке безсоння
Молодий вік	1,0	0,06	0,10	0,07	0,02
Стать	0,06	1,0	0,01	0,06	0,09
Алекситимія	0,10	0,01	1,0	0,33*	0,48*
Депресія	0,07	0,06	0,33*	1,0	0,46*
Важке безсоння	0,02	0,09	0,48*	0,46*	1,0

Примітка: \* - статистично значущі коефіцієнти асоціації на рівні  $p < 0,05$

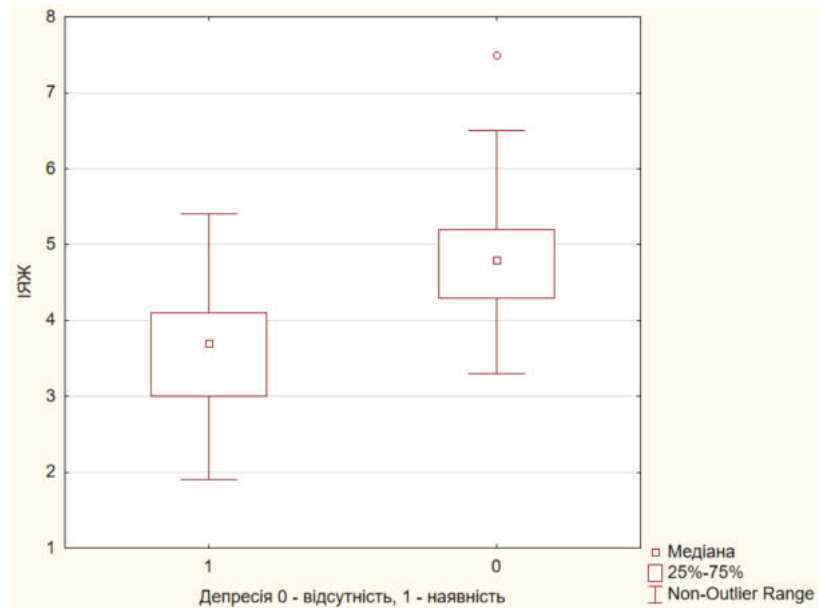


Рис. 3.11. Залежність ІЯЖ від наявності депресії.

Оцінюючи якість життя обстежених пацієнтів в залежності від наявності депресії за шкалою BDI-II, отримано достовірну відмінність за тестом Манна-Уїтні у медіанному балі ІЯЖ ( $U = 274, p < 0,001$ ) (рис. 3.11).

Подібна картина спостерігалася і в вираженості ІЯЖ в залежності від наявності алекситимії ( $U = 649,5, p < 0,001$ ) (рис. 3.11).

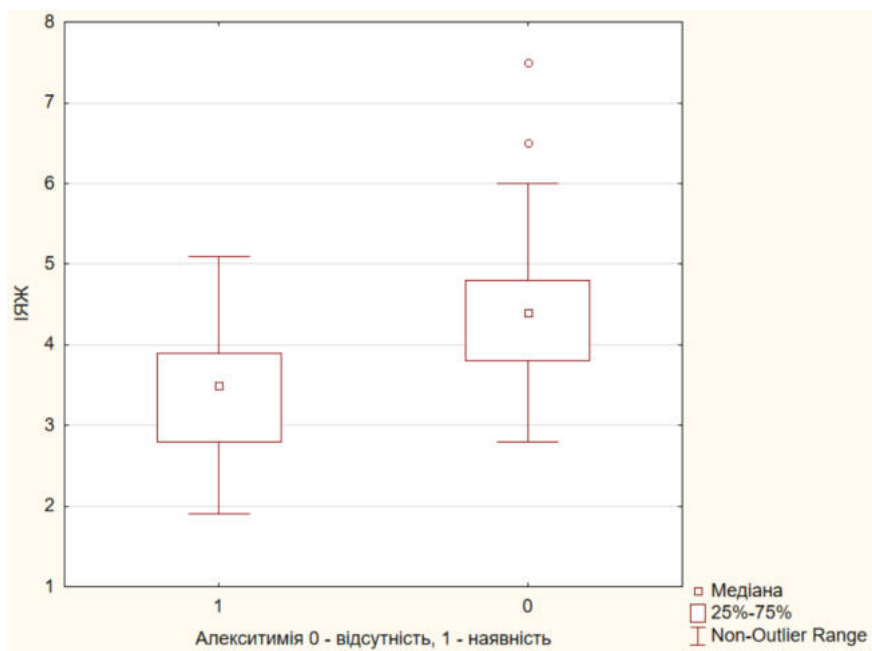


Рис. 3.12. Залежність ІЯЖ від наявності алекситимії.

Вираженості ІЯЖ в залежності від наявності важкого безсоння наведено на рис. 3.12 ( $U = 160,5$ ,  $p < 0,001$ ).

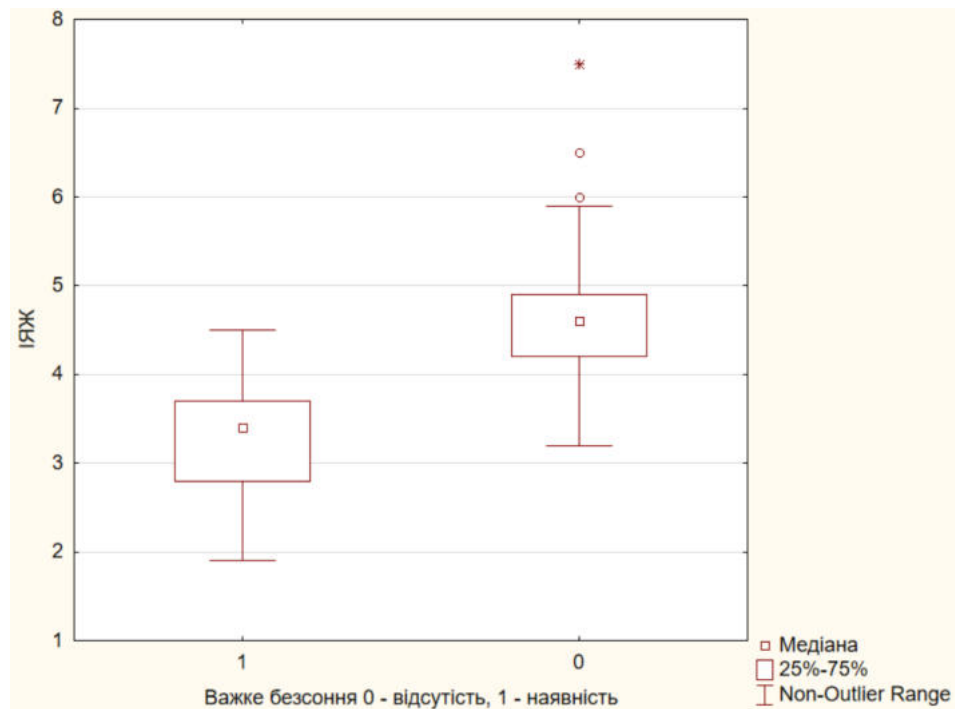


Рис. 3.13. Залежність ІЯЖ від наявності важкого безсоння.

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

### 3.4 Канонічний кореляційний аналіз показників при первинному обстеженні

З огляду на численні внутрішньогрупові та міжгрупові взаємозв'язки, виконано канонічний кореляційний аналіз для наборів змінних, які відображають психопатологічний стан пацієнтів (депресія, тривожність, алекситимія, якість сну) та показники ЯЖ досліджуваних осіб.

Для проведення канонічного кореляційного аналізу були використані значення відповідних показників під час первинного обстеження (до початку терапії), оскільки на подальших етапах важливим фактором змін ставав факт лікування.

В результаті проведеного канонічного кореляційного аналізу було розраховано чотири канонічних корені, з яких один виявився статистично значущим ( $p < 0,05$ ) і був детально проаналізований. Коефіцієнт канонічної кореляції між психопатологічними показниками та показниками якості життя склав  $R = 0,91$  ( $\chi^2 = 211,29$ ;  $p < 0,001$ ), що свідчить про наявність сильного зв'язку між дослідженими параметрами.

Результати канонічного кореляційного аналізу наведені у табл. 3.22. та на рис. 3.13.

Таблиця 3.22

**Факторна структура та канонічні ваги для множини змінних, що характеризують психопатологічний стан та якість життя**

Показники	Канонічні ваги	Структурні коефіцієнти/ Навантаженн я канонічних факторів	Пояснена дисперсія	Спільна надмірність
Права множина показників (психопатологічні показники)				
Тяжкість інсомнії за ISI	-0,128	-0,913	100%	62,5%
Якість сну за PSQI	-0,756	-0,989		
Депресія за BDI-II	-0,114	-0,726		
Алекситимія за ТАС-20	-0,089	-0,590		
Ліва множина показників (показники якості життя)				
ІЯЖ	-0,513	0,998	83,5%	55,99%
Суб'єктивне благополуччя	0,495	0,742		
Виконання соціальних ролей	0,770	0,862		
Зовнішні життєві обставини	0,573	0,838		

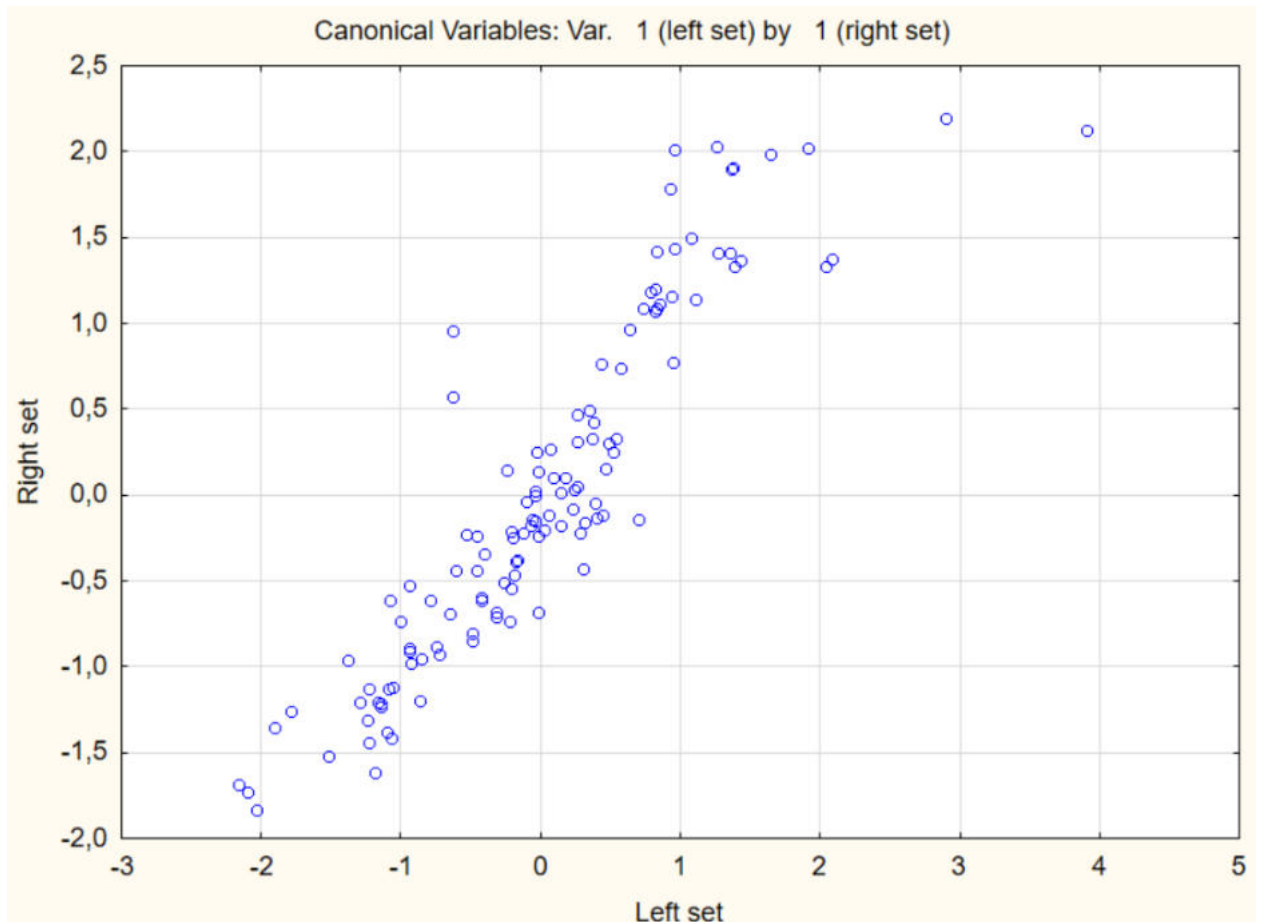


Рис. 3.14. Канонічний кореляційний взаємозв'язок між показниками психопатологічного стану (права множина показників) та показниками якості життя пацієнтів (ліва множина показників).

Отриманий канонічний корінь пояснював 100 % дисперсії з лівої множини змінних (психопатологічних показників) і 83,5 % – з правої множини змінних (показників якості життя пацієнтів). Незалежні канонічні змінні (алекситимія за ТАС-20, депресія за BDI-II, тяжкість інсомнії за ISI та якість сну за PSQI) здатні пояснити 100,0 % варіабельності психопатологічного стану обстежених пацієнтів, а показники самооцінки якості життя за сферами – 83,5% варіабельності показників якості життя хворих.

Спільна надмірність для заданої другої множини показників – це величина, яка вказує, наскільки змінність показників однієї множини пояснюється іншою множиною. За отриманими даними, спільна надмірність показала, що змінні з лівої множини показників (психопатологічних)

пояснюють 62,5% дисперсії показників якості життя, а змінні з правої множини (якості життя) – 55,99% дисперсії психопатологічного стану обстежених хворих. Отже, показники якості життя хворих на 62,5% формуються за рахунок спільного впливу алекситимії, депресії, тяжкості інсомнії та показнику якості сну.

Структурні коефіцієнти або навантаження канонічних факторів являють собою кореляції між змінними з однієї множини та відповідними канонічними змінними.

З числа психопатологічних показників найбільше навантаження на канонічний фактор показників якості життя виявляла якість сну за PSQI (-0,989), тяжкість інсомнії за ISI (-0,913), бал алекситимії за ТАС-20 (-0,590) та загальний рівень депресії за опитувальником депресії Бека (-0,726), які сильними та середніми зв'язками корелювали з даною об'єднаною канонічною змінною – якості життя пацієнтів.

Серед правої множини показників найсильніше корелювали з канонічною змінною психопатологічних показників інтегральний показник якості життя (0,998), сфера виконання соціальних ролей (0,861), показник зовнішніх життєвих обставин (0,838), а також показник суб'єктивного благополуччя (0,742).

Чим вище абсолютне значення канонічної ваги, тим сильніший вплив відповідного показника на значення канонічної змінної. Таким чином, найбільший внесок у групу показників лівої множини (показників психопатологічного стану) мають такі фактори: індекс якості сну за PSQI (канонічна вага – -0,756), індекс тяжкості інсомнії (-0,128), вираженість депресії за опитувальником Бека (-0,114) та вираженість алекситимії за ТАС-20 (-0,089).

У праву множину показників (показники ЯЖ) найбільший вплив на значення канонічної змінної мали такі показники: виконання соціальних ролей (канонічна вага – 0,770), зовнішні життєві обставини (0,573), суб'єктивне благополуччя (0,495) та інтегральна оцінка якості життя (-0,513).

Таким чином, на основі проведеного канонічного кореляційного аналізу ми можемо стверджувати, що досліджені психопатологічні показники (індекс за PSQI, тяжкість інсомнії за ISI, депресія за опитувальником Бека та алекситимія за ТАС-20) впливають на ЯЖ обстежених пацієнтів та пояснюють 62,5 % його варіації. Ці показники ЯЖ, в свою чергу, на 55,99 % визначають психопатологічний стан пацієнтів (інтегральна оцінка ЯЖ, виконання соціальних ролей, зовнішні життєві обставини, суб'єктивне благополуччя).

### **Висновок за розділом**

Виявлено клініко-психопатологічні характеристики тривожних і депресивних розладів у пацієнтів з СФР з порушеннями сну. Пацієнти були розділені на 2 групи, під час дослідження пацієнтів з обох груп було встановлено, що між цими групами не спостерігається статистично значущих відмінностей за всіма досліджуваними показниками.

Були виявлені 4 синдромальних варіанти СФР у обстежених пацієнтів: 56,7 % мали СС варіант СФР, 31,6% обстежених мали ШКТ варіант, набагато рідше зустрічалися ендокринний варіант (7,5%) та СФР ДС (4,2%).

Сумарний бал Індексу тяжкості інсомнії склав 22 (17,5; 26) балів, що відповідало важкій інсомнії. Загальний бал PSQI становив 17 (15; 18) балів, що вказує на виражені порушення сну (показник більше 5 балів).

Медіанний бал алекситимії був 61 (56; 74) бали, що свідчило про наявність алекситимічних рис у вибірці. За шкалою депресії Бека медіанний бал склав 27,5 (19; 36), що відповідало помірно важкій депресії у обстежених пацієнтів. Ситуативна тривожність була 65 (50; 68) балів, а особистісна – 58 (43; 66) балів, що відповідало високому рівню.

Інтегративний показник якості життя становив 3,9 (3,2; 4,45) балів, що значно нижче, ніж має бути у здорових осіб; компонент суб'єктивного благополуччя – 3,67 (3; 4) балів, компонент виконання соціальних ролей – 3,86 (3; 4,63) балів, компонент зовнішні життєві обставини – 4 (3,3; 5) бали.

За підсумками дослідження якості життя, статистично значущих відмінностей в інтегративному показнику якості життя, а також показниках суб'єктивного благополуччя, виконання соціальних ролей та зовнішніх життєвих умовах між двома групами не виявлено.

Про кореляційному аналізі психометричних показників та показників якості життя за тестом J. Mezzich і його субшкал виявлені сильні негативні кореляції з показниками порушень сну. Алекситимія (бал за ТАС-20 та бінарний показник наявності алекситимії) мали негативні кореляції помірної сили з ЯЖ пацієнтів з СФР.

Вираженість депресії (бал BDI-II та бінарний показник наявності депресії) також мали помірні негативні кореляції з ІЯЖ та його складовими, так само, як і ситуативна тривожність. Показник особистісної тривожності, на відміну від ситуативної, має сильну негативну кореляцію з ІЯЖ та помірну ближче до сильної – з показниками СБ, ВСР та ЗЖО.

Отримані дані слід враховувати в розробці комплексної лікувально-реабілітаційної програми, оскільки медикаментозне лікування в меншій мірі підходить для зниження рівня особистісної тривожності, ніж психотерапевтичні втручання.

Результати канонічного кореляційного аналізу показали, що індекс якості сну за Пітсбурзьким опитувальником, тяжкість інсомнії за ISI, депресія за опитувальником Бека та алекситимія за ТАС-20 суттєво впливають на якість життя обстежених пацієнтів та пояснюють 62,5 % варіації показників якості життя.

Показники ЯЖ, такі як інтегральна оцінка якості життя, виконання соціальних ролей, зовнішні життєві обставини, суб'єктивне благополуччя, в свою чергу, на 55,99 % визначають психопатологічний стан пацієнтів.

Отримані результати канонічного кореляційного аналізу додатково доводять необхідність комплексного підходу у наданні допомоги пацієнтам з СФР та порушеннями сну, оскільки ЯЖ, як первинна кінцева точка у лікуванні

осіб визначеної когорти в значній мірі визначається наявністю порушень сну та депресії.

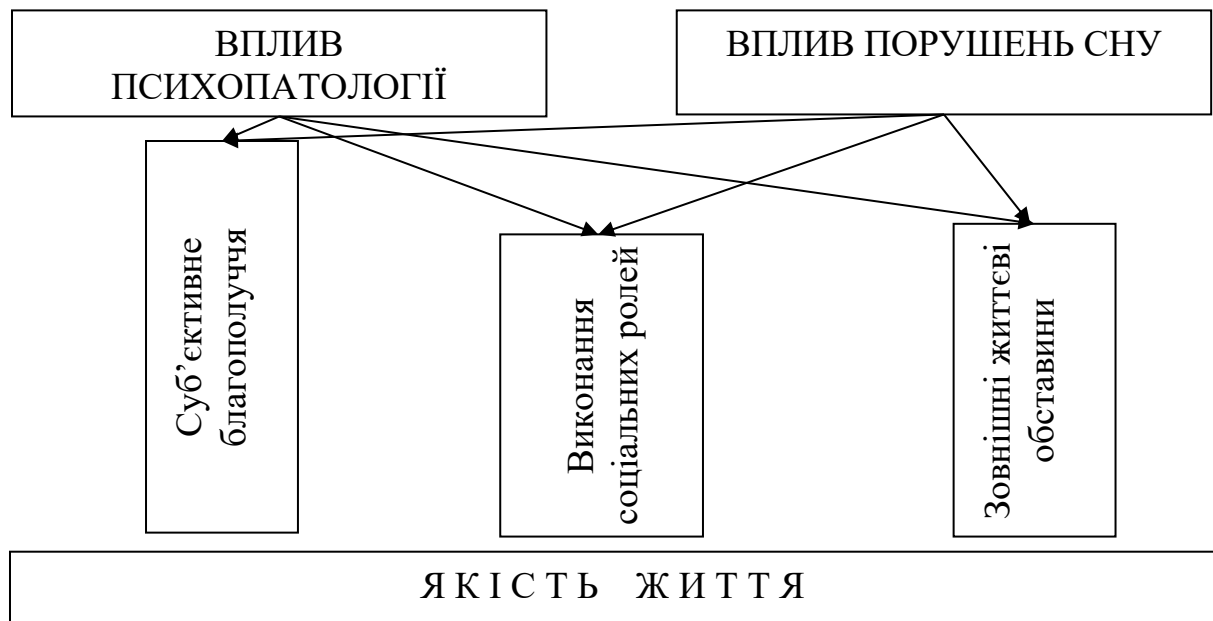
**Матеріали даного розділу дослідження відображені у наступних публікаціях [96,124,125]**

## РОЗДІЛ 4

### КОМПЛЕКСНЕ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ З ПОРУШЕННЯМИ СНУ

#### 4.1 Загальна характеристика лікувально-корекційних заходів

Вплив психопатології та порушень сну у пацієнтів з СФР на якість життя наведено на рис. 4.1.



Примітка. → значний вплив, знижує функціонування.

Рис. 4.1. Вплив психопатології та порушень сну на ЯЖ хворих на СФР

Виходячи з чинних протоколів надання допомоги пацієнтам з інсомнією на першому місці має бути використання когнітивно-поведінкової терапії інсомнії (КПТ-І). До основних елементів КПТ-І, які використовувались у наданні допомоги пацієнтам з порушеннями сну відносять:

- Необхідність дотримуватися строгого режиму дня, який включає регулярний і достатній час для сну з чітко визначеним періодом для сну, наприклад, з 23:00 до 7:00. Цей час не можна використовувати для інших занять.
- Слід уникати денного сну та намагання "відіспатися" вдень.

- Дуже важливо дотримуватися розслаблюючої рутини перед сном, яка допомагає заспокоїтися і підготуватися до сну, наприклад, дихальні вправи, медитацію, майнфулнесс, читання книг, прослуховування музики або перегляд телевізора.
- Перед сном слід уникати вживання стимулюючих напоїв, таких як кава або чай. Деяким допомагає випити гарячий напій на ніч, такий як трав'яні чаї, молоко тощо.
- Спати необхідно у звичній, темній, тихій і добре провітрюваній кімнаті з комфортною температурою. Слід намагатися використовувати цю кімнату та ліжко тільки для сну, щоб вона асоціювалася саме зі сном.
- Якщо пацієнт не може заснути більше 30-45 хвилин, то не слід хвилюватися та необхідно припинити примушувати себе до сну. Замість цього необхідно встати і зайнятися чимось розслаблюючим і приємним протягом приблизно півгодини, а потім знову лягти спати.
- Протягом дня треба виконувати регулярні фізичні вправи, але за три години до сну необхідно уникати занять, оскільки короткочасний збудливий ефект фізичних вправ може ускладнити засинання.
- Останнє вечірнє вживання їжі має включати складні вуглеводи і білки. Переїдання може ускладнити засинання, тоді як недостатнє харчування може порушити ваш сон і знизити його якість.

В результаті роботи були визначені загальні принципи проведення втручань, спрямованих на психіку пацієнтів на трьох рівнях:

1) на рівні пацієнта: навчання навичкам «управління» наслідками обох захворювань (СФР та порушень сну); корекція соціальних позицій, порушених хворобою; навчання адаптації та вирішенню проблем; профілактика рецидивів і кризові втручання.

2) на рівні закладу охорони здоров'я: заповнення прогалин в знаннях медичного персоналу щодо СФР та порушень сну; зменшення стигматизації і

самостигматизації; підтримка і навчання осіб, що оточують пацієнта; профілактика синдрому "вигорання".

3) загальні: атмосфера партнерства між медичним персоналом та пацієнтом; зниження ризику рецидиву захворювання (належна психофармакотерапія).

На основі комплексної оцінки психічного стану пацієнтів з урахуванням принципів партнерства, різнобічності зусиль, поєднання психосоціальних і біологічних методів, а також поступового впровадження медикаментозних і немедикаментозних методів лікування нами була розроблена диференційована програма лікувально-реабілітаційних заходів.

Розроблена в результаті роботи програма реабілітації пацієнтів з СФР з порушеннями сну складаються з трьох етапів:

- 1) діагностичний;
- 2) терапевтичний;
- 3) лікувально-корекційний (реабілітаційний).

Базові аспекти лікувально-реабілітаційних заходів другого етапу наведено в табл. 4.1.

*Таблиця 4.1*

#### **Інтервенції для корекції та лікування порушень сну у пацієнтів з СФР**

група	заходи
Основна	Комплексна поетапна диференційована лікувально-реабілітаційна програма: 1. Діагностичний етап 2. Терапевтичний етап: • психоосвітня робота; • медикаментозна терапія; • КПТ-I (з акцентом на когнітивні моделі інсомнії). 3. Реабілітаційний етап
Порівняння	Стандартна терапія:

	<p>1. Діагностичний етап</p> <p>2. Терапевтичний етап:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• психоосвітня робота;</li> <li>• медикаментозна терапія;</li> <li>• стандартна КПТ-I (без акценту на когнітивні моделі інсомнії).</li> </ul> <p>3. Реабілітаційний етап</p>
--	--

На діагностичному етапі протягом перших двох днів виконували клініко-психопатологічне дослідження з використанням психометричних інструментів. Для оцінки стану пацієнта використовують розроблену анкету соціально-демографічних даних, опитувальник депресії Бека, шкалу самооцінки тривоги Спілбергера, Торонтський опитувальник алекситимії, опитувальник якості життя. Для оцінки вираженості порушень сну використовували індекс важкості інсомнії та Пітсбургський опитувальник якості сну.

На терапевтичному етапі з пацієнтами обох груп проводилася психоосвітня робота. Метою цієї роботи було інформування пацієнтів з СФР про особливості захворювання, а також для формування реалістичного ставлення до захворювання і лікувально-реабілітаційних заходів.

На терапевтичному етапі пацієнтам призначали психофармакологічні препарати. Базовими препаратами були антидепресанти різних груп, критерії вибору яких включають добру переносимість, безпеку та зручність у застосуванні. До медикаментозної терапії додавалася індивідуальна КПТ, яка спрямована на вирішення психотравмуючих факторів: у короткостроковій перспективі на подолання стресу, а у довгостроковій перспективі – на роботу з особистісними рисами, основними переконаннями та цінностями.

На цьому етапі призначався антидепресант, найбільш прийнятний для пацієнта, враховуючи переносимість препарату, для довготривалого застосування. Індивідуальна психотерапія включала релаксаційні методи або

аутотренінг. Проводилися психоосвітні та психокорекційні бесіди з метою підвищення якості життя, що сприяло адаптації пацієнта до повсякденного життя і роботи, створенню сприятливої психологічної та соціальної атмосфери.

#### **4.2 Психофармакологічні заходи надання допомоги**

Одним із методів надання допомоги пацієнтам з СФР з порушеннями сну, які брали участь у дослідженні, було застосування психофармакотерапевтичного лікування. Лікування призначалося з урахуванням конкретного діагнозу психічного розладу та відповідно до чинних клінічних рекомендацій [35,92,93,126–129].

Пацієнти проходили терапію під постійним наглядом лікаря, що забезпечувалося виконанням розробленого плану лікувальних заходів та регулярних візитів до спеціаліста для корекції медикаментозного лікування та моніторингу стану здоров'я. Основною метою психофармакотерапії пацієнтів обох груп було лікування проявів тривожних та депресивних розладів для покращення якості життя.

Зараз значна кількість лікарських засобів, що використовуються при порушеннях сну, мають надто довгий період напіввиведення, що призводить до накопичення препарату в організмі та спричиняти негативні наслідки при щоденному вживанні: від денної седації до падінь і переламів. Інші препарати, які використовують для лікування розладів сну мають занадто короткий період напіввиведення, що може призводити до зниження їх ефективності до моменту пробудження, що у деяких пацієнтів викликає недостатню підтримку сну, нічні пробудження та неспокійний і переривчастий сон.

«Золотим стандартом» у лікуванні інсомнічних розладів є використання снодійних препаратів: бензодіазепінових та небензодіазепінових алостеричних модуляторів ГАМК А-рецепторів. Проте такий підхід у пацієнтів з СФР може призводити до ризиків хронічного застосування гіпнотиків, до яких відносять формування залежності і, відповідно, синдрому

відміни [93]. В нашому дослідженні ми виходили з того, що лікування супутньої основної патології (СФР) слід розглядати, як лікування порушень сну у обстежених пацієнтів [37].

Препаратами першого вибору для корекції наявної депресивної та тривожної симптоматики стали селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), які ефективно зменшують більшість клінічних симптомокомплексів, характерних для СФР, та мають низький ризик побічних ефектів. Перевага віддавалася препаратам в вираженою протитривожною дією: використовували сертралін (до 150 мг/добу) або пароксетин (20-40 мг на добу), рідше есциталопрам (до 20 мг/добу) та флуоксетин (20-40 мг/добу). Для профілактики негативного впливу СІЗЗС на сон пацієнтів препарати призначалися в першій половині доби, бажано після сніданку. Інші побічні ефекти застосування СІЗЗС, такі як диспептичні порушення шлунково-кишкового тракту, запаморочення, тривожні стани, напади паніки ми намагалися уникати призначенням мінімальних доз препарату з поступовим збільшенням дози до терапевтичної [130].

У якості альтернативи, особливо при стійких інсомнічних скаргах, використовувати седативні антидепресанти в малих дозах (міртазапін 15 мг/добу, міансерин 10 мг/добу).

При наявності протипоказань або при поганій переносимості препаратів групи СІЗЗС призначали тразодон в індивідуально підібраних дозах.

При переважанні скарг на порушення засинання при достатній здатності підтримувати сон використовували мелатонінергічні препарати: мелатонін (до 6 мг/добу) або агомелатин (25 мг/добу).

Якщо у пацієнтів домінувала астения у вигляді дратівливої слабкості та вегетативної лабільності з переважанням соматичних скарг та скарг на незадоволеність якістю сну, хороші результати отримували при призначенні буспірону 30 мг/добу на три прийоми.

Для посилення протитривожного ефекту СІЗЗС, особливо на початку лікування, також застосовували буспірон, оскільки він не викликає

мнестичних розладів, на відміну від бензодіазепінових транквілізаторів, та не має ризику розвитку синдрому залежності,

У якості виключення розглядалося короткотривале призначення блокаторів гістамінових рецепторів 1 типу для збільшення прихильності до лікування. Проте їх побічні ефекти у вигляді відсутності або зниження відчуття відпочинку після сну обмежували їх використання пацієнтами.

### **4.3 Когнітивні моделі порушень сну у пацієнтів з з соматоформними розладами і психотерапевтичні втручання**

Психотерапевтична робота з переживаннями та переконаннями щодо сну здійснювалася після поведінкової корекції та роз'яснення пацієнта особливостей фізіології сну. Надання науково обґрунтованої інформації про сон може допомогти в розвінчанні поширених міфів та помилкових уявлень про сон, які часто викликають занепокоєння, тривогу та стрес, пов'язаний із сном, і сприяють хронічному безсонню. Якщо ж немає порушень у режимах сну та циркадних ритмах, когнітивна робота може бути проведена після психоедукації та освітлення теми сну.

В рамках КПТ-I використовували обмеження часу перебування в ліжку. Цей метод передбачає тимчасове скорочення часу, який пацієнт проводить у ліжку протягом тижня або двох, щоб поступово збільшити гомеостатичний тиск на сон і зменшити час, необхідний для засинання, а також тривалість нічних пробуджень. Пацієнт повинен вести щоденник сну, щоб визначити середню тривалість сну за тиждень, що дозволяє лікарю встановити реалістичний час сну.

Відповідно до середньої тривалості сну, лікар обмежує час, який пацієнт може проводити в ліжку. Наприклад, якщо пацієнт спить в середньому 5 годин на ніч, йому може бути дозволено проводити в ліжку тільки 5-5,5 годин. Обмеження часу перебування в ліжку збільшує гомеостатичний тиск на сон, що сприяє швидшому засинанню і глибшому сну. Згодом це допомагає зменшити кількість нічних пробуджень і поліпшити загальну якість сну. Коли

якість і тривалість сну покращується, час перебування в ліжку поступово збільшується, додаючи по 15-30 хвилин за раз, до тих пір, поки не буде досягнуто бажаної тривалості сну без погіршення його якості.

У якості «домашніх завдань» усім пацієнта давалася коротка пам'ятка у якій були наведені основні інструкції (рис. 4.2)

## Пам'ятка

- 1. Використовуйте ліжко лише для сну та сексуальної активності.
  - 2. Щоранку вставайте з ліжка в один і той час.
- 3. Лягайте спати лише тоді, коли відчуваєте сонливість.
- 4. Якщо ви не заснете протягом 15 хвилин, встаньте з ліжка та йдіть до іншої кімнати, доки не відчуєте сонливість.
- 5. Повторіть крок 4 стільки разів, скільки потрібно, доки не заснете протягом 15 хвилин.
  - 6. Уникайте денного сну.
- 7. Дотримуйтесь інструкцій протягом кількох тижнів, щоб покращити сон.

Рис. 4.2. Пам'ятка для пацієнтів про основні елементи КПТ-І

Додатковими когнітивними техніками, які використовували в лікуванні порушень сну пацієнтів з СФР були:

1) зупинення думок або дистанціювання: методи, спрямовані на переривання небажаних думок або віддалення від них, щоб зменшити їхній вплив на стан пацієнта;

2) парадоксальна інтенція: техніка, яка полягає в навмисному намаганні не заснути, що часто призводить до виникнення сонливості. Мета цього підходу – зменшити тривогу, пов'язану з неспроможністю заснути, шляхом зниження тиску на процес засинання.

Виходячи з нейрокогнітивної моделі порушень сну, в результаті проведеного дослідження були розроблені когнітивні моделі порушень сну у пацієнтів з соматоформними розладами, з метою більш точного виявлення цілей психотерапії та покращення ефективності лікування.

Когнітивні моделі порушень сну – це теоретичні конструкції, які пояснюють, як певні когнітивні процеси можуть впливати на виникнення та підтримку проблем зі сном (табл. 4.2)

Таблиця 4.2

### Когнітивні моделі порушень сну у пацієнтів з СФР

Назва моделі	Опис моделі
Модель неспокійного розуму	У багатьох осіб з порушеннями сну наявна тенденція до надмірного розмірковування та турботи, особливо перед сном. Їхній мозок перебуває у стані підвищеної активності, що ускладнює процес засинання. Основні компоненти: надмірні переживання про життєві проблеми, постійний потік думок, зосередження на негативних подіях.
Модель обумовленого безсоння	Порушення сну розвиваються внаслідок асоціативного навчання, де ліжка і спальня стають умовними подразниками, які викликають тривогу або неспокій замість асоціації зі сном. Основні компоненти: негативні асоціації зі спальнею, умовні рефлекси, що перешкоджають сну.
Модель негативного очікування сну	Модель передбачає значну роль очікувань, де страх перед майбутньою безсонною ніччю може сам по собі стати причиною проблем зі сном. Таким чином формується замкнене коло, де

	<p>очікування безсоння призводить до реального порушення сну.</p> <p>Основні компоненти: страх перед безсонням, негативні очікування, передбачення поганого сну.</p>
<p>Модель надмірного контролю над сном</p>	<p>Ця модель вказує на те, що спроби надмірно контролювати процес засинання можуть бути контрпродуктивними. Постійний самоконтроль і перевірка, чи людина вже спить, можуть заважати природному процесу засинання. Також безсоння підтримується невідповідними когнітивними і поведінковими стратегіями. Наприклад, спроби компенсувати втрачений сон вдень або надмірний контроль над процесом засинання можуть погіршувати ситуацію.</p> <p>Основні компоненти: перфекціонізм у відношенні до сну, постійний моніторинг стану засинання, прагнення до надмірного контролю, неправильні уявлення про сон, невідповідні звички, катастрофізація наслідків недосипання.</p>

Всі ці моделі підкреслюють важливість когнітивних процесів у розвитку і підтримці порушень сну та надають основи для когнітивно-поведінкових втручань, спрямованих на корекцію цих процесів для покращення якості сну.

#### 4.4 Оцінка ефективності надання допомоги пацієнтам з соматоформними розладами та порушеннями сну

В когорту, по якій проводили оцінку ефективності комплексного лікування увійшли 120 пацієнтів, які завершили дослідження.

Оскільки одним із завдань дисертаційного дослідження було розробити алгоритми лікувально-реабілітаційних заходів для пацієнтів з СФР та порушеннями сну, то для цього було проведено статистичний аналіз показників психометричних та патопсихологічних методик, які могли б продемонструвати ефективність запропонованого комплексного лікування.

Медіанний показник депресії після лікування склав 13,5 (9; 17,5) балів, особистісної тривожності – 25 (18,5; 28) балів, ситуативної тривожності – 28,5 (24; 32) балів, якості життя – 7,1 (6,35; 8,3) балів. Результати аналізу динаміки показників депресії та тривожності під впливом проведеної корекції СФР та порушень сну наведені у табл.4.3.

Таблиця 4.3

##### Динаміка показників тривожності та депресії

Група	Показник	До лікування		Після лікування		p**
		Me	Q1-Q3	Me	Q1-Q3	
основна	BDI	26	19-35	14	9-18	p<0,01
	Особистісна тривожність	59	44-66,5	24	18-27	p<0,01
	Ситуативна тривожність	65	50,5-68	28	22-29	p<0,01
контрольна	BDI	28	19-36	13	10-17	p<0,01
	Особистісна тривожність	58	43-65.5	27*	19,5-30	p<0,01
	Ситуативна тривожність	64	49,5-67	31*	24-33	p<0,01

Примітка: \* різниця між групами: за критерієм Манна-Уїтні на рівні p<0,05, \*\* різниця між пацієнтами до та після лікування за критерієм Вілкоксона.

Були виявлені наступні особливості: лікування достовірно покращило показники депресії, особистісної та ситуативної тривожності. Звертає увагу достовірна відмінність у показниках тривожності між групами після лікування (табл. 4.3).

Оцінюючи вплив лікування на порушення сну варто відмітити покращення по показниках важкості інсомнії та диссомнії. Медіанний показник індексу важкості інсомнії склав 10 (7; 14) балів: 7,5 (6;10) в основній групі та 13 (10; 16) в групі порівняння. Зниження загального балу по шкалі важкості інсомнії склало більше 8 балів, що підтверджує ефективність надання допомоги.

Звертає на себе увагу покращення по усіх складових інсомнічних розладів як в динаміці, так і між основною та контрольною групами (табл. 4.4, 4.5). Але медіанний бал по складових показниках ISI в основній групі складав 1 бал, а в групі порівняння – 2 бали

*Таблиця 4.4*

**Динаміка показників вираженості клінічних особливостей порушень сну за ISI в основній групі (у балах)**

Показники	Значення Me (Q1; Q3)		p*
	До лікування	Після лікування	
Складнощі із засинанням	3 (3; 4)	1 (1;2)	p<0,01
Часте та/або довготривале пробудження	3 (3; 4)	1 (1;2)	p<0,01
Раннє ранкове пробудження	3 (3; 4)	1 (1;1)	p<0,01
Задоволеність сном	3 (2; 4)	1 (1;1)	p<0,01
Зниження працездатності у зв'язку з поганим сном	3 (3; 4)	1 (1;1)	p<0,01

Зниження якості життя у зв'язку з поганим сном	3 (3; 4)	1 (1;1)	p<0,01
Стурбованість поганим сном	3 (2; 4)	1 (1;2)	p<0,01
Тяжкість інсомнії	22 (17,5; 25,5)	7,5 (6;10)	p<0,01

Примітка: \* різниця між пацієнтами до та після лікування за критерієм Вілкоксона.

Таблиця 4.5

**Динаміка показників вираженості клінічних особливостей порушень сну за ISI в контрольній групі (у балах)**

Показники	Значення Me (Q1; Q3)		P
	До лікування	Після лікування	
Складнощі із засинанням	3 (3; 4)	2 (1; 2)	p<0,01
Часте та/або довготривале пробудження	3 (3; 4)	2 (1; 2,5)	p<0,01
Раннє ранкове пробудження	3 (3; 4)	2 (1; 2)	p<0,01
Задоволеність сном	3 (2; 4)	2 (1; 2)	p<0,01
Зниження працездатності у зв'язку з поганим сном	3 (3; 4)	2 (1; 2,5)	p<0,01
Зниження якості життя у зв'язку з поганим сном	3 (3; 4)	2 (1; 2)	p<0,01
Стурбованість поганим сном	3 (2; 4)	2 (1; 2)	p<0,01
Тяжкість інсомнії	22 (17,5; 25,5)	13 (10; 16)	p<0,01

Примітка: \* різниця між пацієнтами до та після лікування за критерієм Вілкоксона.

Показник Пітсбурзького опитувальника індексу якості сну після лікування становив 9 (8; 11) балів. За результатами Пітсбурзького опитувальника індексу якості сну в динаміці стан пацієнтів основної та контрольної групи покращився, але тривалість сну та звичайна ефективність сну не відрізнялися між групами після лікування, що може бути пояснене переважним впливом медикаментів на визначені компоненти сну (табл. 4.6, 4.7).

Таблиця 4.6

**Динаміка показників дисомнії за Пітсбурзьким опитувальником індексу якості сну в основній групі(PSQI у балах)**

Компоненти	Значення Me (Q1; Q3)		p*
	До	після	
1 - суб'єктивна якість сну	3 (2; 3)	1 (1; 2)	<0,01
2 – латентність сну	2 (1; 3)	1 (1; 1)	<0,01
3 – тривалість сну	2 (2; 3)	1 (1; 1)	<0,01
4 – звичайна ефективність сну	2 (2; 3)	1 (1; 2)	<0,01
5 – порушення сну	2 (2; 3)	1 (1; 1)	<0,01
6 – використання снодійних засобів	2 (2; 3)	1 (1; 1)	<0,01
7 – порушення денного функціонування	3 (2; 3)	1 (1; 2)	<0,01
Загальний бал	17 (14; 18)	9 (7; 10)	<0,01

Примітка: \* різниця між пацієнтами до та після лікування за критерієм Вілкоксона.

Звертає увагу, що у обох групах медіанний показник PSQI залишався більше 5 балів, що свідчить про неповне покращення щодо наявних порушень сну.

Таблиця 4.7

**Динаміка показників дисомнії за Пітсбурзьким опитувальником індексу якості сну в контрольній групі (PSQI у балах)**

КОМПОНЕНТИ	Значення Me (Q1; Q3)		p*
	До	після	
1 - суб'єктивна якість сну	2,5 (2; 3)	1 (1; 2)	<0,01
2 – латентність сну	2 (2; 3)	2 (1; 2)	<0,01
3 – тривалість сну	2 (2; 3)	1 (1; 2)	<0,01
4 – звичайна ефективність сну	2 (2; 3)	1 (1; 2)	<0,01
5 – порушення сну	2 (2; 3)	2 (1; 2)	<0,01
6 – використання снодійних засобів	2 (2; 3)	1,5 (1; 2)	<0,01
7 – порушення денного функціонування	3 (2; 3)	2 (1; 2)	<0,01
Загальний бал	17 (15,5; 18)	11 (9; 12)	<0,01

Примітка: \* різниця між пацієнтами до та після лікування за критерієм Вілкоксона.

Оцінюючи вплив лікування на динаміку показників ЯЖ за інтегративним тестом ЯЖ помітно значне достовірне покращення загального балу, балів як по складових компонентах, так і по похідним показникам (рис. 4.3 та рис. 4.4). Медіанний показник ІЯЖ зріс з 3,9 (3,2; 4,45) до 7,1 (3,35; 8,3) балів.



Рис. 4.3. Загальна динаміка компонентів ЯЖ.

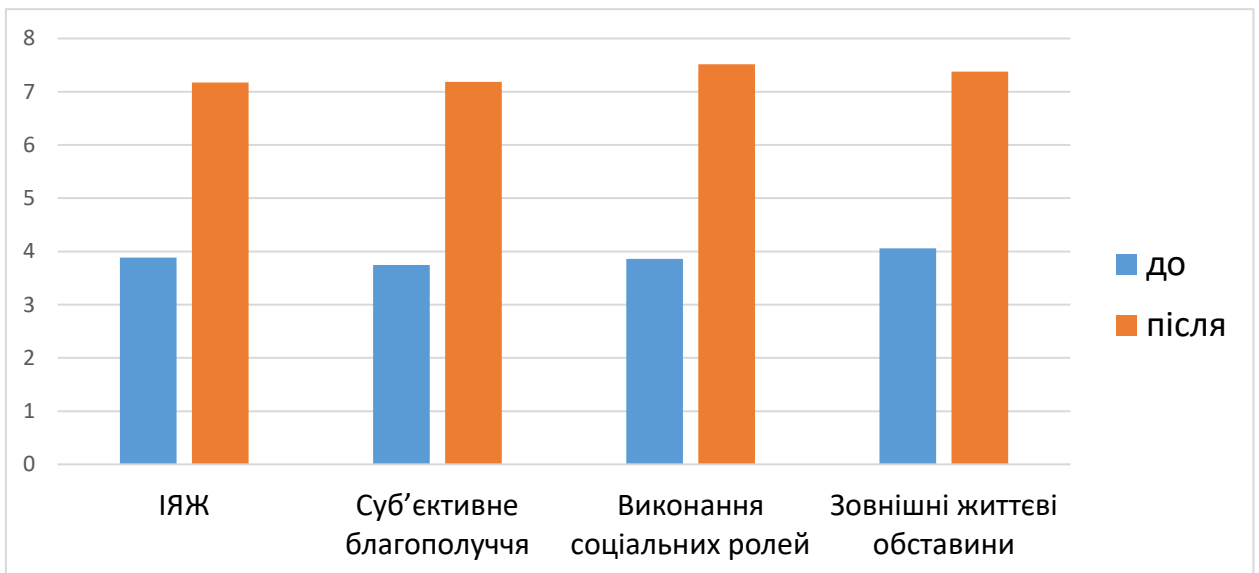


Рис. 4.4. Динаміка ІЯЖ та складових.

Але порівнюючи групи між собою виявлене достовірне покращення показника ІЯЖ в основній групі у порівнянні з контрольною по показниках фізичного та психічного благополуччя, працевдатності, міжособистісної взаємодії, соціально-емоційної, громадської та службової підтримки,

особистісної та духовної реалізації. Показники по категоріях самообслуговування та загальне сприйняття життя після лікування зросли але достовірно не відрізнялися між групами (табл. 4.8 та табл. 4.9).

Таблиця 4.8

**Динаміка показників якості життя в основній групі за інтегративним тестом якості життя (Mezzich J.E. et al., 1999) (у балах)**

компоненти	Значення Me (Q1; Q3)		p*
	до	після	
Фізичне благополуччя	4 (3; 4)	8 (7; 9)	<0,01
Психічне благополуччя	4 (4; 5)	9 (9; 10)	<0,01
Самообслуговування	3 (2; 4)	7 (4,5; 9)	<0,01
Працездатність	4 (1; 5)	8 (3; 9)	<0,01
Міжособистісна взаємодія	6 (5; 6)	9 (9; 9,5)	<0,01
Соціально-емоційна підтримка	4 (2; 5)	9 (5; 10)	<0,01
Громадська та службова підтримка	4 (1; 5)	8,5 (5; 9)	<0,01
Особистісна реалізація	3 (2,5; 4,5)	8 (6,5; 9)	<0,01
Духовна реалізація	5 (4; 6)	9 (9; 10)	<0,01
Загальне сприйняття життя	3 (2; 4)	7 (5; 9)	<0,01
Інтегративний показник	3,9 (3,3; 4,6)	8 (6,9; 8,3)	<0,01
Суб'єктивне благополуччя	3,7 (3,2; 4)	7,3 (6; 8,3)	<0,01

Виконання соціальних ролей	4 (3; 4,8)	7 (5,5; 8,5)	<0,01
Зовнішні життєві обставини	4,3 (3,2; 5)	7,2 (6; 9)	<0,01

Примітка: \* різниця між пацієнтами до та після лікування за критерієм Вілкоксона.

Медіанний показник ІЯЖ в основній групі після лікування склав 8 (6,9; 8,6), в контрольній – 6,7 (5,7; 7,5) балів, продемонструвавши зростання в 2,05 та 1,7 рази відповідно, показавши високу ефективність втручання в основній групі:  $d_{\text{Cohen}} = 0,91$  (95%ДІ 0,53-1,29). Таким чином розроблена методика допомоги збільшує шанси мати кращий рівень ЯЖ в 5,21 рази.

Таблиця 4.9

**Динаміка показників якості життя в контрольній групі за інтегративним тестом якості життя (Mezzich J.E. et al., 1999) (у балах)**

компоненти	Значення Me (Q1; Q3)		p*
	до	після	
Фізичне благополуччя	4 (3; 4)	6,5 (5; 7)	<0,01
Психічне благополуччя	4 (3; 5)	7 (5; 8,5)	<0,01
Самообслуговування	3 (3; 4)	5 (5; 7)	<0,01
Працездатність	4 (2; 5)	7 (4; 8)	<0,01
Міжособистісна взаємодія	5 (4; 5)	8 (7; 9)	<0,01
Соціально-емоційна підтримка	4 (3; 5)	7 (5; 8)	<0,01
Громадська та службова підтримка	4 (3; 4)	7 (5; 7)	<0,01

Особистісна реалізація	4 (3; 5)	7 (5; 9)	<0,01
Духовна реалізація	4 (4; 5)	7 (7; 9)	<0,01
Загальне сприйняття життя	4 (3; 4)	7 (5; 7)	<0,01
Інтегративний показник	3,85 (3,1; 4,3)	6,7 (5,7; 7,5)	<0,01
Суб'єктивне благополуччя	3,7 (3; 4)	7 (6,3; 8)	<0,01
Виконання соціальних ролей	3,75 (3; 4,3)	7,5 (6; 8,4)	<0,01
Зовнішні життєві обставини	4 (3,3; 4,7)	7,7 (6,2; 8,7)	<0,01

Примітка: \* різниця між пацієнтами до та після лікування за критерієм Вілкоксона.

Проводячи кореляційний аналіз між психометричними показниками та показниками порушення сну, виявлено слабкі кореляції між загальним балом Пітсбурзького опитувальника індексу якості сну та індексом важкості інсомнії за Ch. Morin (табл. 4.10). Індекс важкості інсомнії негативно корелює з показником особистісної тривожності та позитивно з рівнем депресії за шкалою депресії Бека.

Також виявлені негативні кореляційні зв'язки між рівнем тривожності та депресії, що свідчить про зниження рівня тривожності при збільшенні депресії. Тривожність проявляє різні типи зв'язків: особистісна тривожність впливає на інсомнію, але не на якість сну загалом, і має сильний кореляційний зв'язок з вираженістю депресії. Ситуативна тривожність, хоча і пов'язана з особистісною тривожністю, не має значущих кореляцій з іншими показниками.

Таблиця 4.10

**Кореляційні взаємозв'язки між показниками тривожності, депресії та показниками тяжкості інсомнії після лікування**

	BDI	Особистісна тривожність	Ситуативна тривожність	PSQI	ISI
BDI	1,0	<b>-0,37*</b>	<b>-0,19*</b>	0,02	<b>0,24*</b>
Особистісна тривожність	<b>-0,37*</b>	1,0	<b>0,82*</b>	0,10	<b>-0,28*</b>
Ситуативна тривожність	<b>-0,19*</b>	<b>0,82*</b>	1,0	0,10	0,0002
PSQI	0,02	0,10	0,10	1,0	<b>0,27*</b>
ISI	<b>0,24*</b>	<b>-0,28*</b>	0,0002	<b>0,27*</b>	1,0

Примітка: \* - статистично значущі коефіцієнти кореляції на рівні  $p < 0,05$

Аналізуючи зв'язки між психометричними показниками та показниками якості життя досліджуваних пацієнтів після лікування відзначимо, що інтегративний показник має сильні зворотні кореляції з важкістю інсомнії та вираженістю депресії і сильний позитивний зв'язок з особистісною тривожністю (табл. 4.11). Щодо субшкал інтегративного показника якості життя, то з важкістю інсомнії мають слабкий зворотній зв'язок суб'єктивне благополуччя та зовнішні життєві обставини.

Бали за Пітсбурзьким опитувальником індексу якості сну не показали достовірних зв'язків з субкатегоріями ЯЖ. Також виявлено, що наявність бали за шкалою депресії достовірно негативно пов'язані з ЯЖ та її складовими. Проте звертає увагу, що особистісна тривожність має позитивні зв'язки з ЯЖ, що можна пояснити мобілізуючою функцією цієї тривожності на пацієнтів внаслідок чого ЯЖ оцінюється вище. Ситуативна тривожність пов'язана з ЯЖ та її складовими після лікування, але кореляційний зв'язок виявся слабким.

Таблиця 4.11

**Кореляційні взаємозв'язки між показниками якості життя, тривожності, депресії та показниками тяжкості інсомнії після лікування  
(коефіцієнти рангової кореляції Спірмена  $r_s$ )**

	ISI	PSQI	Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність	BDI-II
ІЯЖ	<b>-0,68*</b>	<b>-0,24*</b>	<b>0,23*</b>	<b>0,48*</b>	<b>-0,40*</b>
Суб'єктивне благополуччя	<b>-0,25*</b>	-0,04	0,10	<b>0,24*</b>	<b>-0,56*</b>
Виконання соціальних ролей	-0,16	0,11	0,10	<b>0,28*</b>	<b>-0,61*</b>
Зовнішні життєві обставини	<b>-0,21*</b>	-0,01	0,15	<b>0,29*</b>	<b>-0,65*</b>

Примітка: \* - статистично значущі коефіцієнти кореляції на рівні  $p < 0,05$ .

Отримані дані про зв'язок ІЯЖ та його субшкал з показниками порушень сну, тривожності та депресії вказують на необхідність подальшого дослідження факторів, які впливають на формування ЯЖ у пацієнтів з СФР та порушеннями сну.

#### **Висновки за розділом 4.**

Дослідження клініко-психопатологічних особливостей після лікування пацієнтів з СФР та розладами сну є значним доповненням для уточнення їх впливу на ЯЖ. Ми розділили обстежених пацієнтів методом генерації випадкових вибірок на дві групи: обидві групи отримувала психоосвіту, симптоматичну медикаментозну терапію та КПТ-I, основна група отримувала психологічне втручання базоване на впливі на виявлені когнітивні моделі

інсомнії, друга група – лише стандартне лікування. Гендерно-вікові характеристики в обох групах достовірно не відрізнялися.

В результаті лікування медіанний показник індексу важкості інсомнії склав 10 (7; 14) балів, знизившись більше ніж на 8 балів, що доводить ефективність лікування. Звертає на себе увагу покращення по усіх складових інсомнічних розладів як в динаміці, так і між основною та контрольною групами.

За результатами Пітсбурзького опитувальника індексу якості сну в динаміці стан пацієнтів основної та контрольної групи покращився, але тривалість сну та звичайна ефективність сну не відрізнялися між групами дослідження після лікування внаслідок впливу психофармакотерапії на визначені компоненти сну. Проте після лікування в обох групах медіанний бал PSQI був більше 5 балів, що підтверджує наявність неповного покращення щодо наявних порушень сну.

Динаміка показників ЯЖ за показала достовірне зростання як загального балу, так і по субшкалам : медіанний показник ІЯЖ зріс з 3,9 (3,2; 4,45) до 7,1 (3,35; 8,3) балів.

Аналізуючи динаміку якості життя пацієнтів з СФР з порушеннями сну слід зазначити, що частина пацієнтів на тлі лікування не досягли середньо-популяційних рівнів ЯЖ, які для цієї методики визначені на рівні 7,5 балів.

Медіанний показник ІЯЖ в основній групі після лікування зріс в 2,05 рази, а в групі порівняння – в 1,7 рази, що свідчить про високу ефективність втручання в основній групі:  $dCohen = 0,91$  (95% ДІ 0,53-1,29). Таким чином, розроблена методика допомоги збільшує шанси на кращий рівень ЯЖ в 5,21 рази.

Аналіз зв'язків між психометричними показниками та показниками ЯЖ пацієнтів після лікування показав, що інтегративний показник має сильні зворотні кореляції з важкістю інсомнії та вираженістю депресії, але позитивно корелює з особистісною тривожністю. Пітсбурзький опитувальник індексу якості сну не показав значущих зв'язків з субкатегоріями ЯЖ, однак наявність

депресії негативно впливає на ЯЖ, тоді як особистісна тривожність позитивно пов'язана з нею через мобілізуючий ефект.

Дані про зв'язок ІЯЖ з показниками порушень сну, тривожності та депресії вказують на потребу подальших досліджень факторів, що впливають на ЯЖ у пацієнтів з СФР та порушеннями сну.

**Матеріали даного розділу дослідження відображені у наступних публікаціях [94,131]**

## РОЗДІЛ 5

### ПРОГНОЗУВАННЯ ЯКОСТІ ПСИХІЧНОГО ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ З ПОРУШЕННЯМИ СНУ

#### 5.1 Порівняльний аналіз груп щодо досягнення достатньої якості життя

Після спостереження та втручання виявлено, що лише 51 з 120 хворих, що завершили дослідження, мали достатній рівень ЯЖ (більше 7,5 балів, що вважається умовною популяційною нормою) [18]. Тому для подальшого аналізу факторів впливу на ЯЖ пацієнти були розділені на дві групи: групу 1 склали пацієнти з достатньою ЯЖ, а групу 2 – з низькою ЯЖ. Отримані групи не відрізнялись за віком ( $\chi^2=36,73$ ,  $df=346$   $p=0,34$ ) та статтю ( $\chi^2=3,25$ ,  $df=1$ ,  $p=0,07$ ). Під час аналізу розподілу отриманих даних між групами хворих, які досягли та не досягли достатнього рівня ЯЖ, були виявлені статистично значущі відмінності між досліджуваними показниками (табл. 5.1).

*Таблиця 5.1*

#### Вираженість психометричних показників та ЯЖ в групах порівняння (Me (Q1; Q3))

Показник	Група 1	Група 2	p*
BDI-II	10 (7; 15)	16 (11; 18)	<0,01
Особистісна тривожність (за STAI)	27 (24; 30)	21 (17; 27)	<0,01
Ситуативна тривожність (за STAI)	29 (27; 32)	28 (21; 32)	0,05
PSQI (після втручання)	9 (8; 10)	10 (8; 12)	0,09
ISI (після втручання)	8 (6; 10)	13 (10; 16)	<0,01
ЯЖ заг.	8,4 (8; 8,9)	6,6 (5,7; 6,9)	<0,01
Суб'єктивне благополуччя	7,7 (6,7; 8,3)	7 (6; 8)	0,03

Виконання соціальних ролей	8 (6,3; 8,8)	6,3 (5,5; 7,6)	0,01
Зовнішні життєві обставини	8,7 (6,7; 9,3)	7 (6; 8,3)	<0,01

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

Аналізуючи категорійні показники у досліджуваних пацієнтів (табл. 5.2) також визначені достовірні відмінності у показниках депресії, тривожності, алекситимії та наявності важкої інсомнії (за ISI).

Таблиця 5.2

**Розподіл біноміальних показників та ЯЖ в групах порівняння (n (%)).**

Показник		Усі	Група 1	Група 2	p
Депресія (за BDI-II)	0	74 (61,7)	41 (80,4)	33 (47,8)	p<0,01
	1	46 (38,3)	10 (19,6)	36 (52,2)	
Ситуативна тривожність (за STAI)	0	70 (58,3)	28 (54,9)	42 (60,9)	p=0,01
	1	50 (41,7)	23 (45,1)	27 (39,1)	
Особистісна тривожність (за STAI)	0	95 (79,2)	33 (64,7)	62 (89,9)	p=0,01
	1	25 (20,8)	18 (35,3)	7 (10,1)	
Алекситимія (за ТАС-20)	0	59 (49,2)	38 (74,5)	21 (30,4)	p<0,01
	1	61 (50,8)	13 (25,5)	48 (69,6)	
Важка інсомнія (за ISI)	0	33 (27,5)	25 (49,0)	8 (11,6)	p<0,01
	1	87 (72,5)	26 (51,0)	61 (88,4)	

Примітка. «0» – відсутність фактора, «1» – наявність фактора. Достовірність відмінностей між групами за критерієм  $\chi^2$  зокрема з поправкою Йейтса.

## 5.2 Уніваріантний логістичний аналіз визначення шансів достатньої якості життя

Психометричні параметри, що розрізнялися між пацієнтами, які досягли та не досягли достатньої ЯЖ, разом із категорійними змінними, були включені в уніваріантний логістичний аналіз.

Результати щодо прогностичної сили цих змінних, отриманих у варіантному логістичному аналізі, а також оцінки якості моделей та їх прогностичної спроможності наведені у таблицях 5.3 (для неперервних змінних) та 5.4 (для категорійних змінних).

Таблиця 5.3

### Уніваріантний логіт-аналіз предикторів ЯЖ (неперервні змінні)

Предиктор	$\beta$	p	ВШ (95% ДІ)	AUC (95% ДІ)
BDI-II	-0,102	<0,01	1,108 (1,06–1,16)	0,763 (0,676 – 0,836)
Особистісна тривожність (за STAI)	0,090	<0,01	1,094 (1,06–1,13)	0,789 (0,705 – 0,858)
Ситуативна Тривожність (за STAI)	0,059	<0,01	1,061 (1,03–1,10)	0,674 (0,583 – 0,757)
PSQI	0,767	<0,01	2,15 (1,63–2,85)	0,86 (0,785 – 0,917)
ISI	0,350	<0,01	1,418 (1,26–1,60)	0,862 (0,787–0,918)
ЯЖ (до втручання)	-3,542	<0,01	0,029 (0,008–0,108)	0,919 (0,855 – 0,961)

Таблиця 5.4

**Уніваріантний логіт-аналіз предикторів ЯЖ (категорійні змінні)**

Предиктор	$\beta$	p	ВШ (95% ДІ)	AUC (95% ДІ)
Депресія (за BDI-II)	1,66	<0,01	5,26 (2,00 – 13,82)	0,636 (0,543–0,721)
Алекситимія (за ТАС-20)	1,90	<0,01	6,68 (2,97 – 15,05)	0,720 (0,631–0,798)
Важка інсомнія до втручання (за ISI)	2,66	<0,01	14,28 (5,88–34,74)	0,791 (0,707–0,860)
Важка інсомнія після втручання (за ISI)	1,99	<0,01	7,33 (2,92–18,38)	0,687 (0,596–0,769)
Стать	0,74	0,07	2,09 (0,93–4,69)	0,578 (0,484–0,668)
Ситутативна Тривожність (за STAI)	-0,25	0,51	0,78 (0,38 – 1,63)	0,530 (0,437–0,622)
Особистісна тривожність (за STAI)	-1,58	<0,01	0,21 (0,07–0,55)	0,626 (0,533–0,712)

Додатково, для виявлення впливу порушень сну на ЯЖ у осіб з СФР ми провели логістичний аналіз впливу компонентів порушень сну за PSQI на досягнення достатньої ЯЖ (табл. 5.5).

Таблиця 5.5

**Уніваріантний логіт-аналіз компонентів якості сну на ЯЖ**

Компонент (за PSQI)	B	p*	ВШ (95% ДІ)	AUC (95% ДІ)
1 (суб'єктивна якість сну)	1,30	<0,01	3,69 (1,97–6,90)	0,697 (0,606–0,777)

2 (латентність сну)	1,61	<0,01	4,99 (2,65–9,38)	0,767 (0,681–0,839)
3 (тривалість сну)	1,31	<0,01	3,70 (1,82–7,48)	0,671 (0,579–0,754)
4 (звичайна ефективність сну)	1,43	<0,01	4,19 (2,22–7,90)	0,733 (0,645–0,810)
5 (порушення сну)	1,50	<0,01	4,50 (2,11–9,58)	0,705 (0,615–0,785)
6 (використання снодійних засобів)	1,18	<0,01	3,27 (1,63–6,54)	0,655 (0,562–0,739)
7 (порушення денного функціонування)	0,35	0,33	1,42 (0,70–2,88)	0,543 (0,450–0,634)

За результатами аналізу встановлено, що збільшення балів по 1-6 з компонентів якості сну (за PSQI) достовірно впливає на ЯЖ пацієнтів з СФР збільшуючи шанси на досягнення достатньої ЯЖ від 3,27 до 4,99 разів. Лише компонент порушення денного функціонування не впливає на показники ЯЖ у досліджуваних пацієнтів (табл. 5.5).

Аналогічно був оцінений вплив категорій індексу тяжкості інсомнії на досягнення достатньої ЯЖ (табл. 5.6). Збільшення балів по всім компонентами ISI достовірно впливає на ЯЖ пацієнтів з СФР збільшуючи шанси на досягнення достатньої ЯЖ від 2,53 рази (раннє ранкове пробудження) до 6,33 разів (часте та/або довготривале пробудження). Звертає увагу, що стурбованість поганим сном зі співставною силою впливає на ЯЖ, як і складнощі засинання. А почуття зниженої якості життя у зв'язку з поганим сном збільшує шанси не мати достатню якість життя у 5 разів.

Таблиця 5.6

**Уніваріантний логіт-аналіз компонентів індексу важкості інсомнії на  
ЯЖ**

Компонент (за ISI)	B	p*	ВШ (95% ДІ)	AUC (95% ДІ)
Складнощі із засинанням	1,34	<0,01	3,82 (2,05–7,11)	0,730 (0,641–0,807)
Часте та/або довготривале пробудження	1,85	<0,01	6,33 (3,06–13,12)	0,791 (0,707–0,859)
Раннє ранкове пробудження	0,928	<0,01	2,53 (1,48–4,31)	0,672 (0,580–0,755)
Задоволеність сном	1,43	<0,01	4,16 (2,12–8,15)	0,728 (0,640–0,806)
Зниження працездатності у зв'язку з поганим сном	1,52	<0,01	4,55 (2,33–8,89)	0,748 (0,661–0,823)
Зниження якості життя у зв'язку з поганим сном	1,61	<0,01	5,01 (2,52–10,01)	0,750 (0,663–0,824)
Стурбованість поганим сном	1,20	<0,01	3,33 (1,78–6,21)	0,697 (0,607–0,778)

### 5.3 Множинний логістичний аналіз визначення шансів достатньої якості життя

Виходячи з результатів уніваріантного аналізу було побудовано множинну логістичну регресійну модель факторів, що передбачають недосягнення достатньої ЯЖ через 6 місяців після первинного огляду. Результати отриманої моделі наведені у таблиці 5.7. До моделі увійшли бази за 2 компонентом PSQI, бали за шкалою депресії Бека, рівень особистісної тривожності та наявність важкої інсомнії у пацієнта незважаючи на проведене втручання.

Таблиця 5.7

#### Параметри множинної логістичної регресійної моделі

Предиктор	B	p	ВШ	95% ДІ
Константа	0,87	<0,01	–	–
2 компонент (латентність сну)	0,06	0,029	2,40	1,09 – 5,27
BDI-II	0,05	0,047	1,05	1,00–1,11
Особистісна тривожність	0,05	0,048	1,05	1,00–1,10
Важка інсомнія (за ISI) після втручання	1,82	0,001	6,18	2,07–18,45

Результуючою формулою отриманої моделі є:

$$p = \frac{\exp(0,87 + 0,06X_1 + 0,05X_2 + 0,05X_3 + 1,82X_4)}{(1 + \exp(0,87 + 0,06X_1 + 0,05X_2 + 0,05X_3 + 1,82X_4))} \quad (5.1)$$

де: p – вірогідність недосягнення цільової ЯЖ;

0,87 – вільний член;

x1 – показник 2 компоненту якості сну за PSQI до лікування;

x2 – показник вираженості депресії за BDI-II до лікування;

x3 – показник вираженості особистісної тривожності до лікування;

x4 – бінарний показник наявності важкої інсомнії після лікування.

При побудові множинної логістичної регресійної моделі жоден з результатів не було класифіковано як «викид», для включення в модель були використані випадки з повним набором даних, кількість спостережень на один предиктор перевищувала 10.

Отримана нами модель пояснила 51,33% варіацій у чорновому результаті та правильно класифікувала 80,83% випадків.

При визначенні якості побудованої моделі ми виявили відсутність колінеарності серед членів рівняння (табл. 5.8).

Таблиця 5.8

**Кореляційна матриця показників, що увійшли у результуюче рівняння**

	Константа	2 компонент PSQI	BDI-II	Особистісна тривожність	Важка інсомнія (за ISI)
Константа	1,0	-0,21	-0,32	-0,63	0,23
2 компонент PSQI	-0,21	1,0	-0,16	-0,37	-0,04
BDI-II	-0,32	-0,16	1,0	-0,18	-0,11
Особистісна тривожність	-0,63	-0,37	-0,18	1,0	-0,04
Важка інсомнія (за ISI)	0,23	-0,04	-0,11	-0,04	1,0

Подальша перевірка включала визначення критерію Хосмера-Лемешова, який склав 2,8105 ( $p=0,95$ ) та використання методу максимальної правдоподібності, який виявив:  $\chi^2=57,77$ ,  $df=4$ ,  $p<0,0001$ ). Отримані результати свідчать про відповідність між даними, отриманими у нашому дослідженні, та логістичною моделлю.

Крім того, при оцінці якості цієї моделі ми провели аналіз залишкових величин, отриманих під час тестування, і не виявили жодного систематичного відхилення (рис. 5.1).

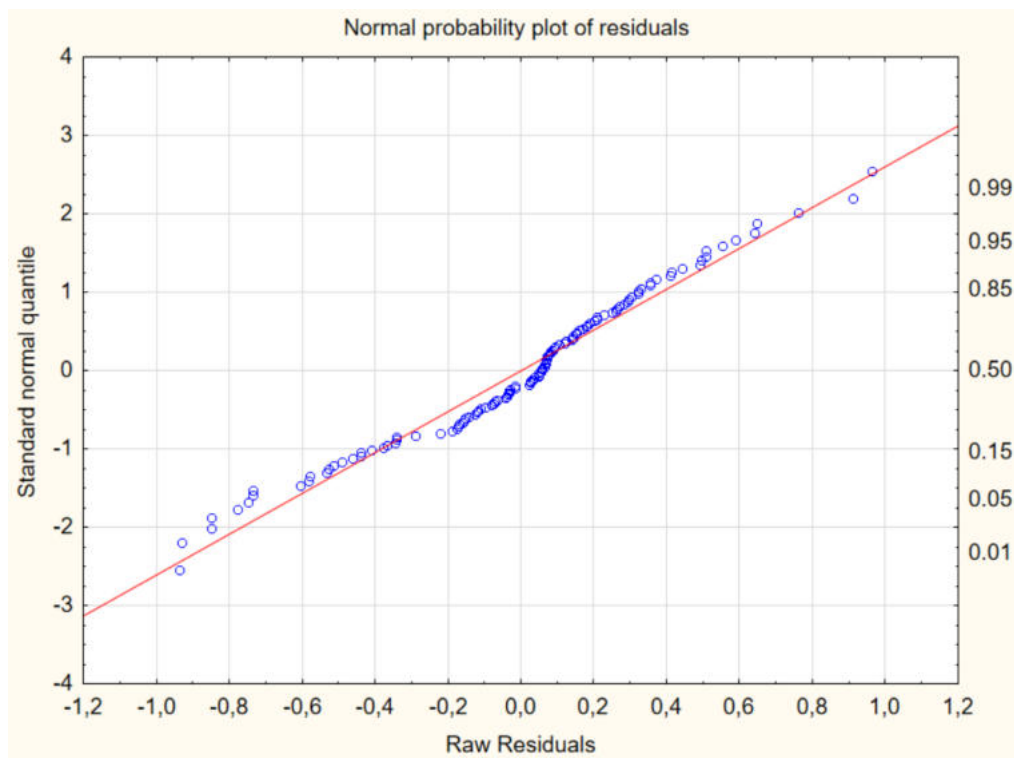


Рис. 5.1. Розподіл залишків побудованої моделі.

Оцінка прогностичної точності рівняння логістичної регресії проводилася побудовою ROC кривої отриманої моделі та аналізом AUC, яка у побудованої моделі становила 0,872 (95% ДІ 0,799–0,926),  $p<0,0001$ , що свідчить про її дуже добру прогностичну здатність (рис. 5.2).

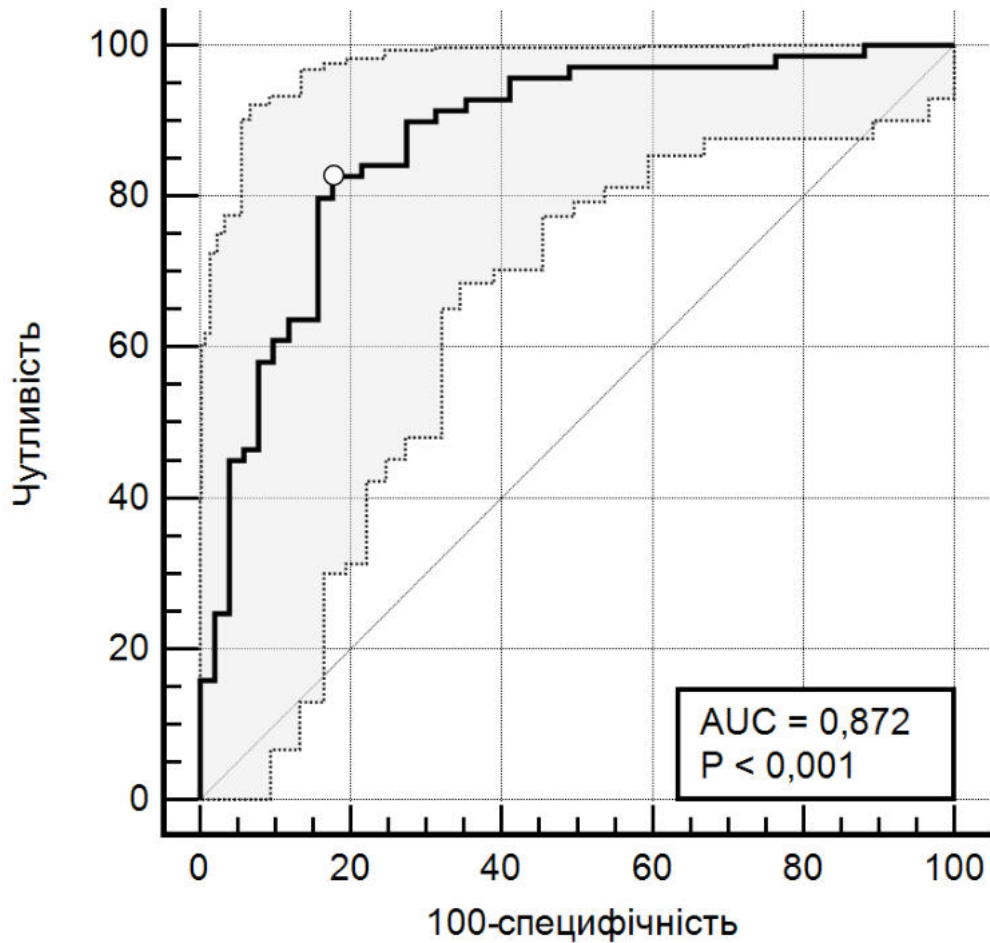


Рис. 5.2. ROC-крива моделі прогнозування досягнення нормальної ЯЖ.

На наступному етапі оцінки отриманої логістичної регресивної моделі передбачення досягнення якості життя пацієнтів з СФР та порушеннями сну ми за допомогою ROC-аналізу ми порівняли прогностичну здатність отриманої множинної логістичної моделі з уніваріантними моделями предикторів, що увійшли до результуючої моделі (рис. 5.3).

Аналізуючи доступні графічні дані, можна побачити, що площа під кривою отриманої моделі значно перевищує площі під кривими, побудованими окремо для кожного з предикторів, з високим ступенем достовірності.

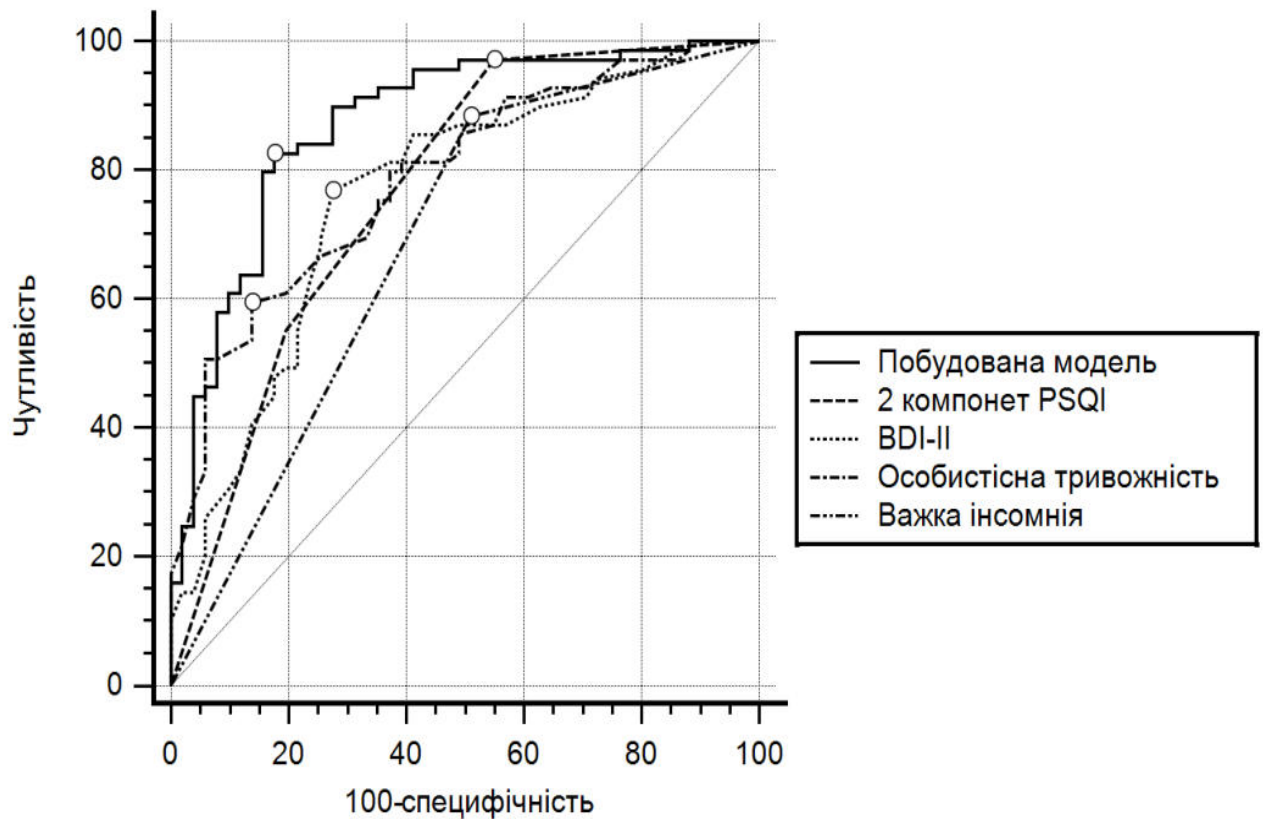


Рис. 5.3. Порівняння ROC-кривих для побудованої логістичної моделі та окремих її складових

При використанні ROC-аналізу стосовно отриманої логістичної моделі встановлені чутливість –  $Se = 82,61$  (95% ДІ 71,6 - 90,7) та специфічність –  $Sr = 82,35$  (95% ДІ 69,1 - 91,6) при оптимальній точці відсічі  $>0,581$  (індекс Йодена  $J = 0,6496$ ), яка має використовуватися як класифікатор. Таким чином якщо за побудованою моделлю (формула 5.1) ми отримаємо результат більший за  $0,581$ , то пацієнт має бути віднесений до когорти з добрим прогнозом стосовно відновлення якості психічного життя.

Таким чином поєднання показників латентності сну до втручання, особистісної тривожності, депресії до втручання та наявності вираженої інсомнії після втручання збільшують шанси не мати достатній рівень ЯЖ в 17,6 разів.

На рис. 5.4. наведено графічний звіт про побудовану логістичну модель.

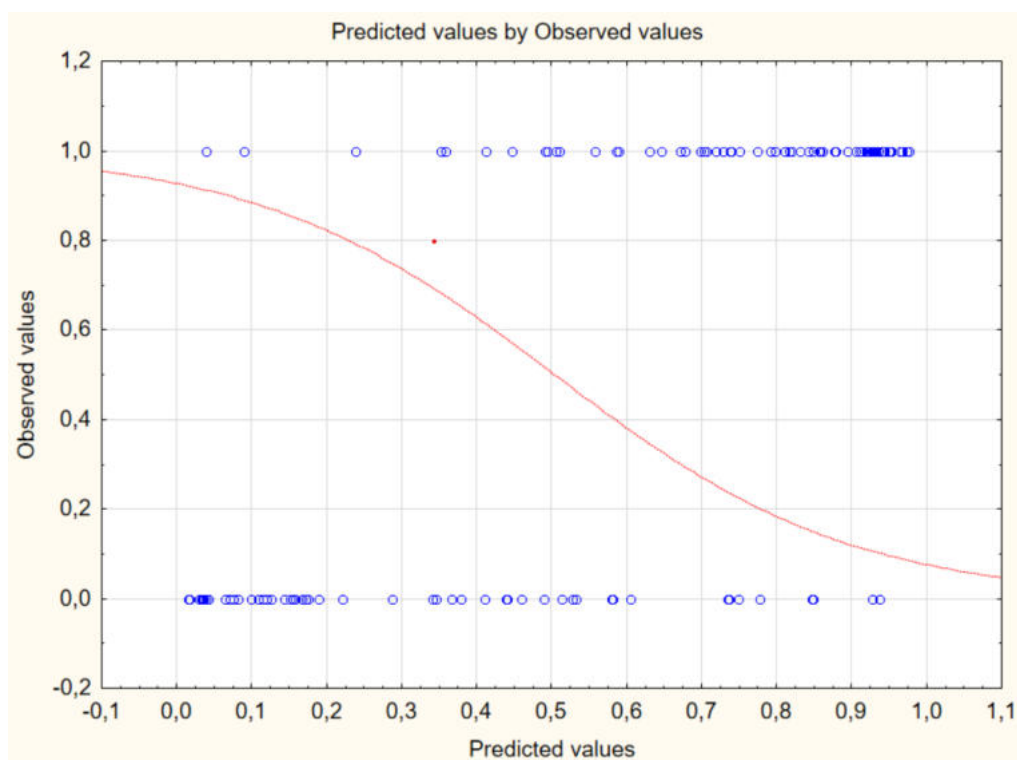


Рис. 5.4. Залежність ймовірності недосягнення нормальної якості психічного життя хворих від обчисленого за логістичним рівнянням результату.

Проводячи внутрішню валідацію за допомогою бутстреп при використанні у якості класифікатора « $>0,581$ » коефіцієнт зв'язку Д-Зомера варіював від 0,59 до 0,93, що свідчить, що частка збігу фактичної належності спостережень, які було згенеровано за допомогою бутстреп у пакеті Statistica, до категорії «ІЯЖ $>N$ » та «ІЯЖ $<N$ » та передбаченої за допомогою множинного логістичного рівняння становила від 59 до 93% з середнім показником 76.3% (95% ДІ 74,9–77,6).

Також була проведена оцінка ефективності використання результатів обстеження за шкалою важкості інсомнії, отримані до лікувально-реабілітаційного втручання для можливості прогнозування ЯЖ після лікування. У модель увійшли результати за усіма компонентами ISI. Отримані результати множинної регресійної моделі наведені у табл. 5.9.

Таблиця 5.9

**Параметри множинної логістичної регресійної моделі для ISI**

Предиктор (Компонент ISI)	B	Вальд	ВШ (95% ДІ)	p
Зниження працездатності у зв'язку з поганим сном	0,72	2,31	2,05 (0,81–5,17)	0,12
Зниження якості життя у зв'язку з поганим сном	0,12	0,09	1,13 (0,52–2,47)	0,76
Задоволеність сном	-0,04	0,01	0,97 (0,51–1,85)	0,92
Часте та/або довготривале пробудження	0,20	0,32	1,22 (0,61–2,47)	0,57
Складнощі із засинанням	1,40	5,61	4,08 (1,28–13,07)	0,02
Раннє ранкове пробудження	-0,30	0,51	0,74 (0,33–1,69)	0,48
Стурбованість поганим сном	0,49	2,58	1,63 (0,90–2,95)	0,11
Константа	-7,65	20,97	–	<0.001

Отримана нами модель на основі індексу важкості інсомнії пояснила 51,08% варіацій у чорновому результаті та правильно класифікувала 75% випадків. Критерій Хосмера-Лемешова склав 10,05 ( $p=0,26$ ) та використання методу максимальної правдоподібності, який виявив:  $\chi^2=57,4$ ,  $df=7$ ,  $p<0,0001$ ). Прогностична точність рівняння, оцінена за ROC кривою та аналізом AUC (0,871 (95% ДІ 0,798–0,92),  $p<0,0001$ ) свідчили про дуже добру прогностичну здатність. Певним обмеженням використання індексу важкості інсомнії для прогнозування ЯЖ є те, що лише категорія складнощі засинання в моделі мала достовірну прогностичну здатність, хоча вся шкала в цілому була достовірною.

Також була оцінена прогностична здатність PSQI (до лікування) для прогнозування ЯЖ (табл. 5.10).

Таблиця 5.10

**Параметри множинної логістичної регресійної моделі для PSQI**

Змінна (компонент PSQI)	B	Вальд	ВШ	95% ДІ	p
1_компонент	0,53	1,50	1,69	0,73–3,91	0,2203
2_компонент	1,03	7,08	2,79	1,31–5,94	0,0078
3_компонент	0,86	3,03	2,37	0,90–6,23	0,0815
4_компонент	1,10	6,32	3,01	1,28–7,11	0,0119
5_компонент	0,18	0,15	1,20	0,47–3,07	0,7029
6_компонент	1,07	5,53	2,91	1,19–7,10	0,0187
7_компонент	1,01	3,65	2,75	0,97–7,78	0,0562
Константа	-13,29	20,0554	–	–	<0,0001

Отримана нами модель на основі Пітсбурзького опитувальника визначення індексу якості сну пояснила 52,61% варіацій у чорновому результаті та правильно класифікувала 78,33% випадків. Критерій Хосмера-Лемешова склав 7,70 ( $p=0,46$ ) та використання методу максимальної правдоподібності, який виявив:  $\chi^2=59,6$ ,  $df=7$ ,  $p<0,0001$ ). Прогностична точність рівняння, оцінена за ROC кривою та аналізом AUC (0,869 (95% ДІ 0,796–0,924),  $p<0,0001$ ) свідчили про дуже добру прогностичну здатність. Певним обмеженням використання PSQI для прогнозування ЯЖ є те, що як і у ISI не всі змінні в моделі мали достовірну прогностичну здатність, хоча вся шкала в цілому була достовірною.

Порівнюючи отримані моделі прогнозування ЯЖ пацієнтів з СФР та порушеннями сну (рис. 5.5) відсутні достовірні відмінності у моделях. Але аналізуючи характеристики отриманих моделей за AUC було виявлено, що для моделі на основі PSQI чутливість склала 89,86% при специфічності 66,67%. Чутливість логістичної моделі на основі ISI була 72,5%, специфічність – 92,2%. А для моделі, яка в якості предикторів включала показник 2 компоненту якості сну за PSQI до лікування, показник вираженості депресії за BDI-II до лікування, показник вираженості особистісної тривожності до лікування, бінарний показник наявності важкої інсомнії після лікування чутливість склала 82,6% при специфічності 82,4%, що є більш збалансованим для прогнозування.

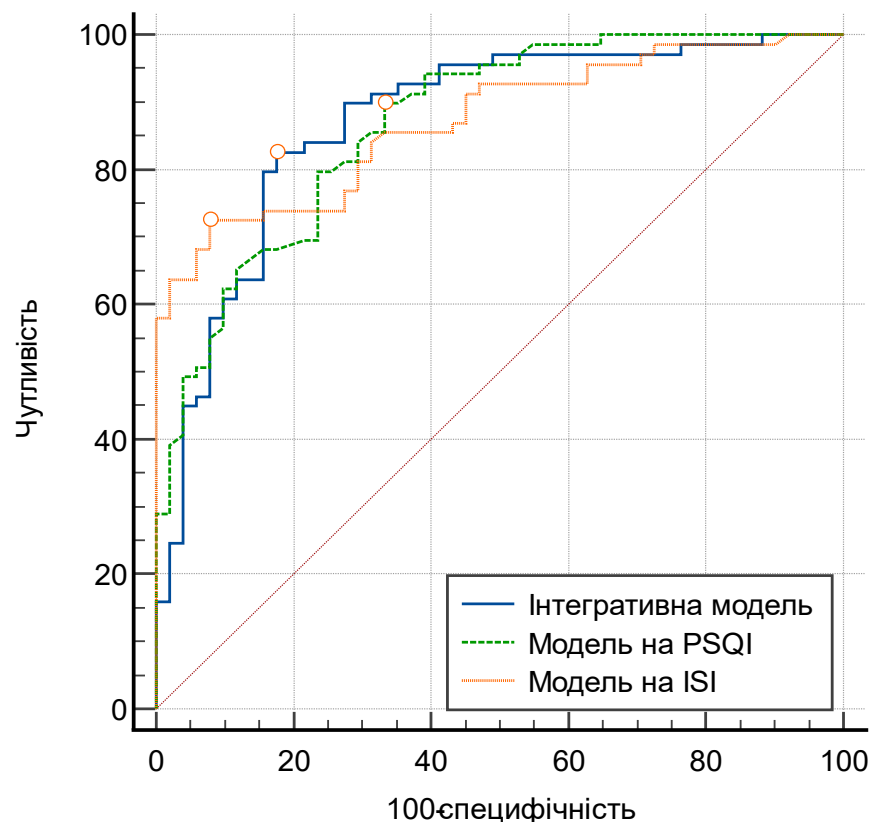


Рис. 5.5. Порівняння ROC-кривих для побудованих логістичних моделей.

## Висновки за розділом 5.

Виявлені в результаті дослідження психопатологічні та психометричні фактори, які впливають на якість життя пацієнтів з СФР та порушеннями сну, дозволили розробити логістичну модель прогнозування досягнення нормальної якості психічного життя.

У якості предикторів виступили показник 2 компоненту якості сну за PSQI до лікування, показник вираженості депресії за BDI-II до лікування, показник вираженості особистісної тривожності до лікування, бінарний показник наявності важкої інсомнії після лікування.

Для прогнозування ймовірності досягнення нормальної якості психічного життя на основі предикторів було побудовано множинну логістичну модель. У цю модель увійшли наступні показники: 2 компонент якості сну за PSQI до лікування, рівень депресії за BDI-II до лікування наявність інсомнії після лікування та рівень особистісної тривожності до лікування.

Відповідно до отриманої логістичної прогностичної моделі шанс досягнення нормальної якості життя зменшувався зі збільшенням латентності сну (компонент 2 за PSQI), депресії, особистісної тривожності за наявності інсомнії після втручання.

Отримана логістична модель має дуже добру прогностичну здатність 0,872 (95% ДІ 0,799–0,926),  $p < 0,0001$ . ROC-аналізу стосовно отриманої логістичної моделі встановлені чутливість – Se= 82,61 (95% ДІ 71,6 - 90,7) та специфічність – Sp 82,35 (95% ДІ 69,1 - 91,6) при оптимальній точці відсічі  $> 0,581$  (індекс Йодена J 0,6496).

При внутрішній валідації за допомогою бутстреп у пакеті Statistica частка становила від 59 до 93% з середнім показником 76.3% (95% ДІ 74,9–77,6).

Інші побудовані моделі, на основі опитувальників порушень сну (ISI та PSQI) мали співставну прогностичну здатність, але розбалансованість щодо чутливості та специфічності. Таким чином, оптимальною моделлю для

прогнозування ЯЖ у пацієнтів з СФР та порушеннями сну є розроблена модель, яка включала показники: 2 компонент якості сну за PSQI до лікування, рівень депресії за BDI-II до лікування наявність інсомнії після лікування та рівень особистісної тривожності до лікування.

**Матеріали даного розділу дослідження відображені у наступних публікаціях [94,95,132–136]**

## РОЗДІЛ 6

### АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Отримані нами результати канонічного кореляційного аналізу показали, що індекс якості сну за Пітсбурзьким опитувальником, тяжкість інсомнії за ISI, депресія за опитувальником Бека та алекситимія за ТАС-20 суттєво впливають на ЯЖ обстежених пацієнтів, що було співставно з дослідженням пацієнтів з obsесивно-компульсивним розладом, у яких тяжкість депресії, характерна тривожність і obsесивна симптоматика корелювали з поганою якістю сну, а за результатами множинного лінійного регресійного аналізу, було визначено, що тяжкість депресії та характерна тривога незалежно пов'язані з поганою якістю сну при ОКР, опосередковуючи один одного [137].

Було виявлено, що підшкала ТАС-20 «Трудність опису почуттів» є значущим предиктором ЯЖ у осіб з соматоформним больовим розладом, що співставно з нашими результатами, за виключенням факторної структури ТАС-20 в українській версії [111,138]. У здорових осіб порушення глибини сну, засинання та порушення відчуття відпочину після сну збільшують шанси виражених порушень ЯЖ в 3,74, 2,08 та 1,93 рази відповідно, що менше результатів отриманих у цьому дослідженні, проте це підкреслює негативний вплив СФР на сон [50]. Отримані дані зв'язку тривожності і депресії з якістю життя уточнюють дані Luo та співав. щодо значної кореляції болю, депресії і тривоги з якістю життя пацієнтів [139], проте відмінності у методах дослідження та більш «вузька» вибірка у Luo та співав. обмежують порівняння отриманих даних. Низька ЯЖ у пацієнтів з СФР та порушеннями сну визначається і у пацієнтів з розладами близькими до СФР: психосоматичними розладами і функціональними неврологічними розладами, що підкреслює біопсихосоціальну концепцію цих розладів. [140].

Аналіз взаємозв'язків між психометричними показниками та ЯЖ пацієнтів після проведеного лікування виявив, що ІЯЖ має сильні зворотні кореляції з вираженістю інсомнії та депресії. Це означає, що чим сильніше проявляються симптоми безсоння та депресивного розладу, тим нижчий рівень ЯЖ у пацієнтів. Водночас було встановлено, що інтегративний показник якості життя позитивно корелює з особистісною тривожністю, що може пояснюватися її мобілізуючим ефектом, коли підвищена тривожність сприяє більшій залученості до подолання труднощів та адаптації до життєвих обставин.

Пітсбурзький опитувальник індексу якості сну, який широко використовується для оцінки суб'єктивного сприйняття якості сну, не виявив значущих кореляцій із субкатегоріями якості життя. Це може свідчити про складність взаємозв'язків між суб'єктивним сприйняттям сну та загальним рівнем задоволеності життям, що, ймовірно, залежить від додаткових факторів, зокрема когнітивних установок, рівня стресу та особистісних характеристик пацієнтів. Водночас наявність депресії мала негативний вплив на якість життя, підтверджуючи, що депресивна симптоматика є одним із ключових чинників її зниження.

Позитивний зв'язок особистісної тривожності з ЯЖ можна пояснити її адаптивною функцією у певних межах, коли помірний рівень тривожності стимулює активну поведінку, спрямовану на вирішення проблем. Однак при надмірному рівні тривожності цей ефект може втрачатися, що вимагає подальших досліджень для визначення оптимального діапазону впливу тривожності на якість життя пацієнтів.

Отримані дані про взаємозв'язок ЯЖ з порушеннями сну, рівнем тривожності та депресії вказують на необхідність подальших досліджень факторів, що впливають на якість життя у пацієнтів із СФР та порушеннями сну. Дослідження цих взаємозв'язків може сприяти вдосконаленню підходів до лікування та розробці цілісних терапевтичних стратегій, що враховують як психічні, так і соматичні аспекти стану пацієнтів.

Виявлені в ході дослідження психопатологічні та психометричні фактори, що впливають на якість життя пацієнтів із СФР та порушеннями сну, дозволили розробити логістичну модель прогнозування ймовірності досягнення нормальної якості психічного життя після лікування. У цій моделі ключовими предикторами виступили кілька значущих показників, що були визначені до та після терапевтичного втручання. Зокрема, важливу роль відігравав показник другого компоненту якості сну за PSQI до лікування, що відображає суб'єктивне сприйняття пацієнтом структури та ефективності його сну. Ще одним вагомим фактором була вираженість депресивної симптоматики за шкалою BDI-II до початку лікування, що свідчить про значний вплив афективних розладів на прогнозовані результати терапії. Також у модель було включено рівень особистісної тривожності до лікування, який, як показали попередні результати, може мати як негативний, так і мобілізуючий ефект на ЯЖ пацієнта після терапії.

Окрім цих початкових показників, у модель також було включено бінарний предиктор наявності важкої інсомнії після лікування, що дозволяє оцінити довготривалий вплив порушень сну на якість психічного життя. Таким чином, побудована логістична модель дозволяє прогнозувати ймовірність досягнення нормального рівня ЯЖ, враховуючи взаємозв'язки між порушеннями сну, депресією та особистісною тривожністю, що є важливим кроком для персоналізованого підходу до ведення пацієнтів із СФР та порушеннями сну.

Потребують уточнення дані щодо впливу тривоги та депресії на якість життя пацієнтів з СФР. Наші результати підтверджують дані L. Bucci та співавт. які виявили, що депресія є фактором ризику виникнення СФР і, відповідно, нижчої ЯЖ, пов'язаної зі здоров'ям [88]. В нашому дослідженні виявлений вплив тривожності та депресії, але за даними аналізу Wu та співавт. лише тяжкість депресивних симптомів і когнітивна поведінка у відношенні соматичних симптомів у пацієнтів з СФР є важливими прогностичними факторами погіршення якості їх життя [141]. Одним з факторів, які визначають

персистування СФР і, відповідно, зниження ЯЖ, є показник тривоги за GAD-7 (ВШ 1,38 (95% ДІ 1,01–1,88), але ситуативна тривожність у нашому дослідженні, яка є співставним з GAD-7 показником, показує значно менші шанси [142].

У наше дослідження також не були включені вимушені переселенці і біженці, але щодо них виявлено, що більш низька ЯЖ пов'язано з більш сильними соматичними і депресивними симптомами, що відповідає і нашим даним [143].

## ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі на основі даних, отриманих у результаті дослідження запропоновано вирішення однієї з важливих проблем психіатрії - на підставі аналізу клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей хворих з соматоформними розладами, розробити алгоритми лікувально-реабілітаційних заходів при порушеннях сну.

1. В результаті дослідження були встановлені клініко-психопатологічні особливості соматоформних розладів з порушеннями сну. На підставі комплексного клініко-анамнестичного і клініко-психопатологічного обстеження були виявлені наступні особливості субсиндромальної психопатологічної структури СФР: тривожний, алекситимічний, субдепресивний, диссомнічний, гіпересезійний, психопатичний. Також були виявлені 4 синдромальних варіанти СФР у обстежених пацієнтів: 56,7 % мали СС варіант СФР, 31,6% обстежених мали ШКТ варіант, набагато рідше зустрічалися ендокринний варіант (7,5%) та СФР дихальної системи (4,2%).

2. Були вивчені і уточнені патопсихологічні особливості пацієнтів з СФР та порушеннями сну. Медіанний бал Індексу тяжкості інсомнії для всієї вибірки склав 22 (17,5; 26) балів, що відповідало важкій інсомнії, в основній групі - 22 (17,5; 25,5) бали, в групі порівняння - 22,5 (17,5; 26) балів з відсутністю достовірних статистичних відмінностей між групами. Медіанний рівень ISI у пацієнтів з СФР дихальної системи складав 26 (23; 28) балів, у пацієнтів з ШКТ варіантом СФР – 21 (17; 24) балів, у пацієнтів з ССС варіантом СФР – 22 (17; 26) балів, у пацієнтів з ЕС варіантом СФР – 26 (24; 27) балів. Медіанний бал диссомнії для всієї вибірки за Пітсбурзьким опитувальником індексу якості сну склав 17 (15; 18) балів. Загальний бал PSQI в основній групі склав 17 (14; 18) балів, у контрольній групі – 17 (15,5; 18) без достовірних відмінностей.

Визначена тяжкість депресивних симптомів відповідає помірному рівню депресії в обох групах дослідження і складає 27,5 (19; 36) балів. Медіанний рівень депресії в основній групі склав 26 (19,5; 38,5) балів, у групі порівняння – 28 (19; 36,4) балів. Було встановлено, що 40% основної групи і 42% обстежених контрольної групи мали важку депресію. Помірна депресія була виявлена у 40% пацієнтів основної групи і 35% пацієнтів групи порівняння. Депресія легкого ступеня була діагностована у 18% учасників основної групи і 23% учасників групи порівняння. Також слід відзначити, що 2% обстежених основної групи не мали депресії при її оцінці за допомогою шкали депресії Бека, а у групі порівняння таких пацієнти не було представлено.

Медіанний бал особистісної тривожності склав 58 (43; 66) балів, що відповідає високому рівню. Ситуативна тривожність склала 65 (50; 68) балів, що відповідає високому рівню. Аналізуючи вираженості тривожності в обох групах виявлено, що особистісна тривожність, яка відображає рису характеру, у основній групі складала 59 (54,5; 79) балів, а у групі порівняння – 58 (43; 65,5) балів, що відповідало високому рівню тривожності. Оцінюючи ситуативну тривожність, яка вказує на психотравмуючі фактори, виявлено, що в основній групі її рівень був 65 (50,5; 68) балів, а у контрольної групи - 64 (49,5; 67) балів, що також, як і особистісна тривожність, відповідає високому рівню тривожності. Медіанний бал алекситимії склав в основній групі 60 (54,5; 79) балів та 61,5 (56; 70,5) бали в контрольній групі, що незначно перевищує межу діагностики у 60 балів.

3. Проведена оцінка якості життя у осіб хворих на СФР з порушеннями сну встановила, що 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 вплив психометричних показників на якість життя виявлений помірний та сильний негативний кореляційний зв'язок з усіма компонентами

інсомнічних розладів та ІЯЖ та субшкалами тесту ЯЖ. Найсильніша кореляція була виявлена між ІЯЖ та зниженням працездатності у зв'язку з поганим сном ( $r=-0,79$ ,  $p<0,05$ ) та між ІЯЖ та стурбованістю поганим сном ( $r=-0,78$ ,  $p<0,05$ ). Співставна результати отримані і при аналізі взаємозв'язків показників дисомнії за PSQI та ЯЖ. Найсильніше ЯЖ пов'язана з 5 компонентом (порушення сну) PSQI ( $r=-0,67$ ,  $p<0,05$ ) та 2 компонентом (латентність сну) PSQI ( $r=-0,62$ ,  $p<0,05$ ).

4. За результатами дослідження були визначені предиктори та розроблено модель прогнозування психічного компоненту якості життя у хворих з СФР та порушеннями сну, що включала показники: 2 компоненту якості сну за PSQI до лікування; вираженість депресії за BDI-II до лікування; вираженість особистісної тривожності до лікування; показник наявності важкої інсомнії. Поєднання означених показників збільшують шанси не досягти достатнього рівня психічного компоненту ЯЖ в 17,6 разів.

5. Програма реабілітації пацієнтів з СФР з порушеннями сну складаються з трьох етапів: діагностичного, терапевтичного і лікувально-корекційного (реабілітаційного). На першому місці має бути використання когнітивно-поведінкової терапії інсомнії (КПТ-І). При цьому втручання слід проводити на трьох рівнях: на рівні пацієнта - навчання навичкам «управління» наслідками обох захворювань (СФР та порушень сну); корекція соціальних позицій, порушених хворобою; навчання адаптації та вирішенню проблем; профілактика рецидивів і кризові втручання; на рівні закладу охорони здоров'я - заповнення прогалин в знаннях медичного персоналу щодо СФР та порушень сну; зменшення стигматизації і самостигматизації; підтримка і навчання осіб, що оточують пацієнта; профілактика синдрому "вигорання"; на загальному рівні - створення атмосфери партнерства між медичним персоналом та пацієнтом; зниження ризику рецидиву захворювання (належа психофармакотерапія). При проведенні лікувально-реабілітаційних заходів слід враховувати виявлені когнітивні моделі інсомнії у пацієнтів з СФР:

модель неспокійного розуму, модель обумовленого безсоння, модель негативного очікування сну, модель надмірного контролю над сном.

Оцінюючи ефективність запропонованих заходів виявлено, що показники депресії, особистісної та ситуативної тривожності достовірно покращились. Також спостерігається покращення по показниках важкості інсомнії та диссомнії. Медіанний показник індексу важкості інсомнії склав 10 (7; 14) балів: 7,5 (6;10) в основній групі та 13 (10; 16) в групі порівняння. Зниження загального балу по шкалі важкості інсомнії склало більше 8 балів, що підтверджує ефективність надання допомоги. Показник Пітсбурзького опитувальника індексу якості сну після лікування становив 9 (8; 11) балів. За результатами Пітсбурзького опитувальника індексу якості сну в динаміці стан пацієнтів основної та контрольної групи покращився, але тривалість сну та звичайна ефективність сну не відрізнялися між групами після лікування, що може бути пояснене переважним впливом медикаментів на визначені компоненти сну. Оцінюючи вплив лікування на динаміку показників ЯЖ за інтегративним тестом ЯЖ помітно значне достовірне покращення загального балу, балів як по складових компонентах, так і по похідним показникам. Медіанний показник ІЯЖ зріс з 3,9 (3,2; 4,45) до 7,1 (3,35; 8,3) балів і склав в основній групі - 8 (6,9; 8,6), в контрольній – 6,7 (5,7; 7,5) балів, продемонструвавши зростання в 2,05 та 1,7 рази відповідно, показавши високу ефективність втручання в основній групі:  $dCohen = 0,91$  (95%ДІ 0,53-1,29). Таким чином розроблена методика допомоги збільшує шанси мати кращий рівень ЯЖ в 5,21 рази.

## ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для ранньої діагностики СФР із порушеннями сну рекомендовано використовувати наступні фактори: показник латентності сну (2 компонент PSQI), вираженість депресії за BDI-II, вираженість особистісної тривожності та наявність важкої інсомнії.

2. Для покращення якісної оцінки СФР із порушеннями сну, вибору тактики лікування та контролю його ефективності доцільно застосовувати Індекс тяжкості інсомнії (ISI), Пітсбурзький опитувальник індексу якості сну (PSQI), шкалу депресії Бека (BDI-II), Торонтську шкалу аоекситимії (TAC-20), а також опитувальник Спілбергера для оцінки особистісної та ситуативної тривожності.

3. Для діагностики та моніторингу ефективності лікувально-реабілітаційних заходів рекомендовано використовувати інтегративний тест якості життя (за Х.Меззіч), звертаючи увагу на субшкали суб'єктивного благополуччя, виконання соціальних ролей та зовнішніх життєвих обставин.

4. Для виділення пацієнтів із групи ризику недосягнення достатнього рівня психічного компоненту якості життя протягом наступних шести місяців рекомендовано застосовувати модель прогнозування, що включає показники латентності сну (2 компонент PSQI), вираженість депресії (за BDI-II), особистісну тривожність та наявність важкої інсомнії (за ISI).

5. Використання когнітивно-поведінкової терапії інсомнії, з урахуванням визначених когнітивних моделей інсомнії, у поєднанні з психофармакологічною корекцією у хворих із СФР та порушеннями сну в межах триетапної реабілітаційної програми (діагностичний, терапевтичний, лікувально-корекційний етапи) дозволить оптимізувати лікувальний процес та покращити якість життя.

6. Під час надання медичної допомоги пацієнтам з СФР та порушеннями сну доцільно призначати консультацію лікаря-психотерапевта або лікаря-психолога з метою призначення психотерапевтичних втручань, з урахуванням поточної когнітивної моделі інсомнії у пацієнта на тлі медикаментозної терапії задля покращення психічного стану та якості сну.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. *Dtsch Arztebl Int* 2015;112:279–87. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0279>.
2. Rometsch C, Mansueto G, Maas Genannt Bempohl F, Martin A, Cosci F. Prevalence of functional disorders across Europe: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Epidemiol* 2024;39:571–86. <https://doi.org/10.1007/s10654-024-01109-5>.
3. Petersen MW, Schröder A, Jørgensen T, Ørnbøl E, Dantoft TM, Eliassen M, et al. Prevalence of functional somatic syndromes and bodily distress syndrome in the Danish population: the DanFunD study. *Scand J Public Health* 2020;48:567–76. <https://doi.org/10.1177/1403494819868592>.
4. Yang X, Luo J, Wang P, He Y, Wang C, Yang L, et al. Characteristics and economic burden of patients with somatoform disorders in Chinese general hospitals: a multicenter cross-sectional study. *Ann Gen Psychiatry* 2023;22:30. <https://doi.org/10.1186/s12991-023-00457-y>.
5. Wu C-S, Chen T-T, Liao S-C, Huang W-C, Huang W-L. Clinical outcomes, medical costs, and medication usage patterns of different somatic symptom disorders and functional somatic syndromes: a population-based study in Taiwan. *Psychol Med* 2024;54:1452–60. <https://doi.org/10.1017/S0033291723003355>.
6. Challa SA, Graziano R, Strasshofer DR, White KS, Sayuk GS, Bruce SE. Perceived sleep quality mediates the relationship between posttraumatic stress and somatic symptoms. *Psychol Trauma* 2022;14:1080–8. <https://doi.org/10.1037/tra0000561>.
7. Ducroizet A, Zimianti I, Golder D, Hearne K, Edwards M, Nielsen G, et al. Functional neurological disorder: Clinical manifestations and comorbidities; an online survey. *Journal of Clinical Neuroscience: Official Journal of the*

Neurosurgical Society of Australasia 2023;110:116–25.  
<https://doi.org/10.1016/j.jocn.2023.02.014>.

8. Luo J, Wang ,Peng-Chong (фамилия), Meng ,Fan-Qiang (фамилия), Yang ,Xiang-Yun (фамилия), Zhang ,Yan-Bo (фамилия), Zu ,Si, et al. Cognitive-behavioral therapy for patients with somatoform disorders: A pilot preliminary randomized controlled trial. *Psychotherapy Research* 2025;35:668–78.  
<https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2335520>.

9. Вінс ВА, Онопрієнко ЛМ, Кузьменко ТМ. Психологічні особливості прояву психосоматичних захворювань в осіб дорослого віку. Науковий вісник Ужгородського національного університету Серія: Психологія 2024:21–5. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2024.4.4>.

10. Burton C, Fink P, Henningsen P, Löwe B, Rief W, EURONET-SOMA Group. Functional somatic disorders: discussion paper for a new common classification for research and clinical use. *BMC Med* 2020;18:34.  
<https://doi.org/10.1186/s12916-020-1505-4>.

11. Lovell RM, Ford AC. Global Prevalence of and Risk Factors for Irritable Bowel Syndrome: A Meta-analysis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2012;10:712-721.e4. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2012.02.029>.

12. Зінченко ОМ. Динаміка показників захворюваності на невротичні, пов'язані із стресом та соматоформні розлади у сільського населення України. *Психіатрія, неврологія та медична психологія* 2020:43–7.  
<https://doi.org/10.26565/2312-5675-2020-13-06>.

13. Nickel R, Hardt J, Kappis B, Schwab R, Egle UT. Determinants of quality of life in patients with somatoform disorders with pain as main symptom - the case for differentiating subgroups.. *Z Psychosom Med Psychother* 2010;56:3–22. <https://doi.org/10.13109/zptm.2010.56.1.3>.

14. Huang J, Zhong Y, Duan Y, Sun J. Case report: New insights into persistent chronic pelvic pain syndrome with comorbid somatic symptom disorder. *Front Psychiatry* 2023;14:1119938. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1119938>.

15. Fresán A, González-Castro TB, Pool-García S, Tovilla-Zárate CA, Sánchez de la Cruz JP, López-Narváez ML, et al. Chronic Pain and Depression are Increased in Outpatient Adults with Somatic Symptoms from Secondary Health Care Services. *Pain Manag Nurs* 2023;24:436–41. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2023.02.004>.
16. Löwe B, Levenson J, Depping M, Hüsing P, Kohlmann S, Lehmann M, et al. Somatic symptom disorder: a scoping review on the empirical evidence of a new diagnosis. *Psychol Med* 2022;52:632–48. <https://doi.org/10.1017/S0033291721004177>.
17. Garde V, Thornton K, Pardon M, Gangathimmaiah V, Mallett AJ, Greenslade J, et al. Functional somatic symptoms in Emergency Department frequent presenters. *BMC Emerg Med* 2024;24:122. <https://doi.org/10.1186/s12873-024-01030-w>.
18. Budtz-Lilly A, Vestergaard M, Fink P, Carlsen AH, Rosendal M. The prognosis of bodily distress syndrome: a cohort study in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 2015;37:560–6. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2015.08.002>.
19. Gostoli S, Ferrara F, Quintavalle L, Tommasino S, Gigante G, Montecchiarini M, et al. Four-year follow-up of psychiatric and psychosomatic profile in patients with Inflammatory Bowel Disease (IBD). *BMC Psychol* 2024;12:211. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01726-5>.
20. Огоренко ВВ, Шорніков АВ. Інтегративний підхід в генезі психосоматичних розладів з позицій концепцій про особистість. *Вісник Проблем Біології і Медицини* 2019;14–7. <https://doi.org/10.29254/2077-4214-2019-4-2-154-14-17>.
21. Lkhagvasuren B, Hiramoto T, Bat-Erdene E, Tumurbaatar E, Tumur-Ochir G, Amartuvshin T, et al. Anxiety, depression, and brain overwork in the general population of Mongolia. *Sci Rep* 2024;14:2484. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-52779-w>.
22. Schulz A, Larra Y Ramirez MF, Vögele C, Kölsch M, Schächinger H. The relationship between self-reported chronic stress, physiological stress axis

dysregulation and medically-unexplained symptoms. *Biol Psychol* 2023;183:108690. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2023.108690>.

23. Park HY, Jang Y, Hong A, Yoon Ek, Yoon I-Y. Comparative analysis of emotional factors in patients with somatic symptom disorder and panic disorder. *Dialogues Clin Neurosci* 2025;27:56–67. <https://doi.org/10.1080/19585969.2025.2482123>.

24. Barsky AJ, Goodson JD, Lane RS, Cleary PD. The amplification of somatic symptoms. *Psychosom Med* 1988;50:510–9. <https://doi.org/10.1097/00006842-198809000-00007>.

25. Perez DL, Barsky AJ, Vago DR, Baslet G, Silbersweig DA. A Neural Circuit Framework for Somatosensory Amplification in Somatoform Disorders. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 2015;27:e40–50. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.13070170>.

26. Jones MP, Schettler A, Olden K, Crowell MD. Alexithymia and somatosensory amplification in functional dyspepsia. *Psychosomatics* 2004;45:508–16. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.45.6.508>.

27. Tan Y, An X, Cao M, Van den Bergh O. Somatosensory Amplification Scale—Chinese version: psychometric properties and its mediating role in the relationship between alexithymia and somatization. *Front Psychol* 2024;15:1392351. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1392351>.

28. Van Den Houte M, Ramakers I, Van Oudenhove L, Van den Bergh O, Bogaerts K. Comparing autonomic nervous system function in patients with functional somatic syndromes, stress-related syndromes and healthy controls. *J Psychosom Res* 2025;189:112025. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.112025>.

29. Chystovska Y, Stetsenko M. The problem of psychosomatic pathology: analysis of the state of scientific views on the origin, specificity and necessity of multi-discipline. *Lviv University Herald Series: Psychological Sciences* 2022:151–6. <https://doi.org/10.30970/PS.2022.12.17>.

30. Oliveira S, Sobrinho CA, Martins S, Augusto C, Araújo O, Vieira T, et al. Sleep Disorders and Subjective Well-Being in Portuguese Adults: Evidence from a Representative Study. *Sleep Science* 2024;17:e1–6. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1772812>.
31. Ge Y, Xin S, Luan D, Zou Z, Liu M, Bai X, et al. Association of physical activity, sedentary time, and sleep duration on the health-related quality of life of college students in Northeast China. *Health and Quality of Life Outcomes* 2019;17:124. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1194-x>.
32. Parsaei R, Roohafza H, Feizi A, Sadeghi M, Sarrafzadegan N. How Different Stressors Affect Quality of Life: An Application of Multilevel Latent Class Analysis on a Large Sample of Industrial Employees. *Risk Manag Healthc Policy* 2020;13:1261–70. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S256800>.
33. Mash HBH, Ursano RJ, Kessler RC, Naifeh JA, Fullerton CS, Aliaga PA, et al. Predictors of suicide attempt within 30 days of first medically documented major depression diagnosis in U.S. army soldiers with no prior suicidal ideation. *BMC Psychiatry* 2023;23:392. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04872-z>.
34. Марков AP, Яремкевич PP, Маркова MB, Абдряхімова ЦБ. Особливості патодинаміки психосоматичної патології (на моделі псоріазу) під впливом масштабних соціальних криз. *Психіатрія, Неврологія Та Медична Психологія* 2024;11:73–83. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2024-23-09>.
35. Європейські настанови з діагностики та лікування безсоння. *НейроNEWS: Психоневрологія Та Нейропсихіатрія* 2018:46–53.
36. Урбанович AM, Шикуча СІ. Розлади сну та цукровий діабет. Огляд літератури та власні дані. *Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія* 2024:53–60. <https://doi.org/10.30978/CEES-2024-2-53>.
37. Bollu PC, Kaur H. Sleep Medicine: Insomnia and Sleep. *Mo Med* 2019;116:68–75.
38. Palagini L, Geoffroy PA, Gehrman PR, Miniati M, Gemignani A, Riemann D. Potential genetic and epigenetic mechanisms in insomnia: A systematic review. *J Sleep Res* 2023;32:e13868. <https://doi.org/10.1111/jsr.13868>.

39. Hertenstein E, Benz F, Schneider CL, Baglioni C. Insomnia-A risk factor for mental disorders. *J Sleep Res* 2023;32:e13930. <https://doi.org/10.1111/jsr.13930>.
40. Міщенко ТС, Забродіна ЛП, Міщенко ВМ, Бовт ЮВ. Хронічна інсомнія і методи її корекції (за результатами клінічного дослідження). *Міжнародний неврологічний журнал* 2021;17:16–25. <https://doi.org/10.22141/2224-0713.17.8.2021.250817>.
41. Jahrami H, BaHammam AS, Bragazzi NL, Saif Z, Faris M, Vitiello MV. Sleep problems during the COVID-19 pandemic by population: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Sleep Med* 2021;17:299–313. <https://doi.org/10.5664/jcsm.8930>.
42. Wang X, Ren L, Zhao X, Shi Y, Li J, Wu W, et al. Network structure of sleep quality and its bridging association with anhedonia in adolescent major depression disorder. *Physiology & Behavior* 2025;114833. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2025.114833>.
43. Baglioni C, Battagliese G, Feige B, Spiegelhalder K, Nissen C, Voderholzer U, et al. Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders* 2011;135:10–9. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.01.011>.
44. Kim S, Shahrier MA, Chung S. Sleep-Related Metacognitive Process, Sleep Effort, and Depression Mediate the Influence of Viral Anxiety on Insomnia Severity. *Sleep Med Res* 2025;16:42–50. <https://doi.org/10.17241/smr.2025.02719>.
45. Орос ММ, Орос СВ, Смоланка ВІ, Іваньо ТВ. Депресія та інсомнія: виявлення причинно-наслідкових зв'язків з метою вибору тактики лікування. *Міжнародний неврологічний журнал* 2017;63–7. <https://doi.org/10.22141/2224-0713.7.93.2017.116550>.
46. Meaklim H, Saunders WJ, Byrne ML, Junge MF, Varma P, Finck WA, et al. Insomnia is a key risk factor for persistent anxiety and depressive symptoms: A 12-month longitudinal cohort study during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord* 2023;322:52–62. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.021>.

47. Hertenstein E, Feige B, Gmeiner T, Kienzler C, Spiegelhalder K, Johann A, et al. Insomnia as a predictor of mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev* 2019;43:96–105. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2018.10.006>.
48. Venger O, Koval A-M, Shved M, Ivanitska T. Comparative characteristics of symptoms in neurotic and affective patients after COVID-19. *Ijmmr* 2022;8:56–66. <https://doi.org/10.11603/ijmmr.2413-6077.2022.2.13123>.
49. Maruta NO, Markova MV, Kozhyna HM, Aliieva TA, Yuryeva LM, Abdryakhimova TB, et al. Psychological factors and consequences of psychosocial stress during the pandemic. *Wiadomości Lekarskie* 2021;74:2175–81. <https://doi.org/10.36740/WLek202109126>.
50. Огоренко ВВ, Шорніков АВ. Порушення сну та якість життя здобувачів медичної освіти під час воєнного стану. *Психосоматична Медицина Та Загальна Практика* 2023;8:e0801439. <https://doi.org/10.26766/PMGP.V8I2.439>.
51. Лященко ЮВ, Юр'єва ЛМ. Вплив порушень сну на якість життя у хворих з тривожно-депресивними розладами невротичного та органічного генезу. *Психіатрія, Неврологія Та Медична Психологія* 2021:25–31. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-18-01>.
52. Степанюк ТВ, Шевчук СВ. Порушення сну у хворих на системний червоний вовчак, зв'язок з перебігом захворювання. *Вісник Вінницького Національного Медичного Університету* 2024;28:52–7. [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2024-28\(1\)-10](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2024-28(1)-10).
53. Міщенко ТС, Забродіна ЛП, Міщенко ВМ, Бовт ЮВ. Хронічна інсомнія та шляхи її подолання. *Психіатрія, Неврологія Та Медична Психологія* 2024;11:24–34. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2024-23-03>.
54. Akram U, Stevenson JC, Gardani M, Allen S, Johann AF. Personality and insomnia: A systematic review and narrative synthesis. *J Sleep Res* 2023;32:e14031. <https://doi.org/10.1111/jsr.14031>.

55. Zakiei A, Sadeghi-Bahmani D, Khazaie H, Lorestani Z, Sadeghi M, Korani D, et al. Associations between Sleep Disturbances, Personality Traits and Self-Regulation in a Sample of Healthy Adults. *J Clin Med* 2024;13:2143. <https://doi.org/10.3390/jcm13072143>.
56. Silveira S, Godara M, Faschinger A, Singer T. Reducing alexithymia and increasing interoceptive awareness: A randomized controlled trial comparing mindfulness with dyadic socio-emotional app-based practice. *Journal of Affective Disorders* 2023;341:162–9. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.08.093>.
57. Li N, Chuning AE, Durham MR, Killgore WDS, Smith R. Does emotion regulation mediate the relationship between interoception/alexithymia and co-morbid depression/anxiety? Evidence from two independent samples. *Curr Psychol* 2024;43:30613–28. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06612-2>.
58. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. Twenty-five years with the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *J Psychosom Res* 2020;131:109940. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.109940>.
59. Ricciardi L, Demartini B, Fotopoulou A, Edwards MJ. Alexithymia in Neurological Disease: A Review. *JNP* 2015;27:179–87. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.14070169>.
60. De Gucht V, Heiser W. Alexithymia and somatisation: quantitative review of the literature. *J Psychosom Res* 2003;54:425–34. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(02\)00467-1](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00467-1).
61. Preece DA, Mehta A, Becerra R, Chen W, Allan A, Robinson K, et al. Why is alexithymia a risk factor for affective disorder symptoms? The role of emotion regulation. *Journal of Affective Disorders* 2022;296:337–41. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.085>.
62. Bisby MA, Scott AJ, Fisher A, Gandy M, Hathway T, Heriseanu AI, et al. The timing and magnitude of symptom improvements during an Internet-delivered transdiagnostic treatment program for anxiety and depression. *J Consult Clin Psychol* 2023;91:95–111. <https://doi.org/10.1037/ccp0000761>.

63. Li S, Zhang B, Guo Y, Zhang J. The association between alexithymia as assessed by the 20-item Toronto Alexithymia Scale and depression: A meta-analysis. *Psychiatry Research* 2015;227:1–9. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.006>.
64. Castellini G, Merola GP, Baccaredda Boy O, Pecoraro V, Bozza B, Cassioli E, et al. Emotional dysregulation, alexithymia and neuroticism: a systematic review on the genetic basis of a subset of psychological traits. *Psychiatr Genet* 2023;33:79–101. <https://doi.org/10.1097/YPG.0000000000000335>.
65. Aaron RV, Fisher EA, de la Vega R, Lumley MA, Palermo TM. Alexithymia in individuals with chronic pain and its relation to pain intensity, physical interference, depression, and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Pain* 2019;160:994–1006. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001487>.
66. Murphy J, Wulff K, Catmur C, Bird G. Alexithymic traits, independent of depression and anxiety, are associated with reduced sleep quality. *Personality and Individual Differences* 2018;129:175–8. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.03.023>.
67. Alimoradi Z, Majd NR, Broström A, Tsang HWH, Singh P, Ohayon MM, et al. Is alexithymia associated with sleep problems? A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2022;133:104513. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.12.036>.
68. Li X, Wang X, Sun L, Hu Y, Xia L, Wang S, et al. Associations between childhood maltreatment and suicidal ideation in depressed adolescents: The mediating effect of alexithymia and insomnia. *Child Abuse Negl* 2023;135:105990. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105990>.
69. Daghigh A. Beyond sleepless nights: Unraveling the complexity of alexithymia and suicide risk among university students. *Brain and Behavior* 2024;14:e3476. <https://doi.org/10.1002/brb3.3476>.
70. Li M, Yuan Y, Cheng X, Wang Y, Xu Z. Childhood maltreatment and insomnia in college students: The role of alexithymia and psychological distress.

Acta Psychol (Amst) 2024;243:104149.  
<https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2024.104149>.

71. Chan WS, Lam SCY, Ng ASY, Lobo S. Daily Associations of Sleep Quality and Sleep Duration with Anxiety in Young Adults: The Moderating Effect of Alexithymia. *Behav Sleep Med* 2022;20:787–97. <https://doi.org/10.1080/15402002.2021.2016406>.

72. Preece DA, Mehta A, Petrova K, Sikka P, Bjureberg J, Becerra R, et al. Alexithymia and emotion regulation. *Journal of Affective Disorders* 2023;324:232–8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.065>.

73. Preece DA, Mehta A, Petrova K, Sikka P, Pemberton E, Gross JJ. Alexithymia profiles and depression, anxiety, and stress. *Journal of Affective Disorders* 2024;357:116–25. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.02.071>.

74. Kieraitė M, Bättig JJ, Novoselac A, Noboa V, Seifritz E, Rufer M, et al. “Our similarities are different” The relationship between alexithymia and depression. *Psychiatry Res* 2024;340:116099. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116099>.

75. Yakin Olgun A, Zengin Eroglu M. The Effects of Alexithymia on Self-Reflection and Insight in Major Depressive Disorder. *Haseki* 2025;62:309–15. <https://doi.org/10.4274/haseki.galenos.2025.10096>.

76. Зборовський ОМ, Кожина ГМ, Симонян ВА, Кожин МІ, Сергієнко ОВ, Табачнікова ВС, et al. Клінічна феноменологія соматоформних розладів та оцінка якості життя пацієнтів зони Операції об’єднаних сил та внутрішнього переміщених осіб. *Медицина сьогодні і завтра* 2021;90:74–80. <https://doi.org/10.35339/msz.2021.90.4.zks>.

77. Хоміцький МЄ, Кондратенко МЮ. Характеристики особистісного профілю хворих на соматоформний і тривожно-фобічний розлади з явищами зниження критичності. *Запорізький медичний журнал* 2023;25:215–9. <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2023.3.265368>.

78. Tu C-Y, Liao S-C, Wu C-S, Chiu Y-T, Huang W-L. Association of categorical diagnoses and psychopathologies with quality of life in patients with

depression, anxiety, and somatic symptoms: A cross-sectional study. *J Psychosom Res* 2024;182:111691. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111691>.

79. Lanzara R, Conti C, Camelio M, Cannizzaro P, Lalli V, Bellomo RG, et al. Alexithymia and Somatization in Chronic Pain Patients: A Sequential Mediation Model. *Front Psychol* 2020;11:545881. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.545881>.

80. Porcelli P, De Carne M, Leandro G. Distinct associations of DSM-5 Somatic Symptom Disorder, the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research-Revised (DCPR-R) and symptom severity in patients with irritable bowel syndrome. *General Hospital Psychiatry* 2020;64:56–62. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.03.004>.

81. Freiherr von Schoenhueb D, Boecking B, Mazurek B. Alexithymia in Patients with Somatization Difficulties and Tinnitus-Related Distress: A Systematic Review. *J Clin Med* 2023;12:6828. <https://doi.org/10.3390/jcm12216828>.

82. Ventura L, Cano-Vindel A, Muñoz-Navarro R, Barrio-Martínez S, Medrano LA, Moriana JA, et al. The role of cognitive factors in differentiating individuals with somatoform disorders with and without depression. *Journal of Psychosomatic Research* 2021;148:110573. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110573>.

83. Berezowski L, Ludwig L, Martin A, Löwe B, Shedden-Mora MC. Early Psychological Interventions for Somatic Symptom Disorder and Functional Somatic Syndromes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosom Med* 2022;84:325–38. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001011>.

84. Holden ML, Gooi CH, Antognelli S, Joubert A, Sabel I, Stavropoulos L, et al. Symptom Attributions in Illness Anxiety Disorder. *J Clin Psychol* 2025;81:237–48. <https://doi.org/10.1002/jclp.23765>.

85. Maruta NA, Yaroslavcev SA, Kalenskaya GYu, Oprya YV, Korop OA, Denysenko MM, et al. Phenomenological analysis of suicidal behavior in patients with cognitive impairment in recurrent depressive disorder. *Wiad Lek* 2022;75:293–9. <https://doi.org/10.36740/WLek202201225>.

86. Podolska LV, Shusterman TY, Yuryeva LM. Quality of life of foreign students of higher medical education with adjustment disorders. *Bulletin of Problems Biology and Medicine* 2022;204–9.

87. Черкун МП. Вплив тривоги і депресії на психічний компонент здоров'я у пацієнтів з гіпертонічною хворобою. *Клінічна Та Профілактична Медицина* 2023;61–7. <https://doi.org/10.31612/2616-4868.6.2023.07>.

88. Buck L, Peters L, Maehder K, Hartel F, Hoven H, Harth V, et al. Risk of somatic symptom disorder in people with major medical disorders: Cross-sectional results from the population-based Hamburg City Health Study. *J Psychosom Res* 2025;189:111997. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111997>.

89. Khaustova OO, Markova MV, Driuchenko MO, Burdeinyi AO. Proactive psychological and psychiatric support of patients with chronic non-communicable diseases in a randomised trial: a Ukrainian experience. *Gen Psych* 2022;35. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2022-100881>.

90. Чабан О, Хаустова О, Тимощук Є. Непсихотичні психічні розлади у пацієнтів з хронічними соматичними неінфекційними захворюваннями в умовах перманентного стресу: роль метаболічної терапії. *Psychosomatic Medicine and General Practice* 2023;8. <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v8i4.467>.

91. Yue J-L, Chang X-W, Zheng J-W, Shi L, Xiang Y-J, Que J-Y, et al. Efficacy and tolerability of pharmacological treatments for insomnia in adults: A systematic review and network meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews* 2023;68:101746. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2023.101746>.

92. Hublin C. Настанова 00710. Безсзоння 2017.

93. Riemann D, Espie CA, Altena E, Arnardottir ES, Baglioni C, Bassetti CLA, et al. The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *Journal of Sleep Research* 2023;32:e14035. <https://doi.org/10.1111/jsr.14035>.

94. Огоренко ВВ, Макарова П. Ефективність корекції порушень сну при соматоформних розладах. Вісник Морської Медицини 2024;89–95. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.12688102>.
95. Огоренко ВВ, Макарова П, Шорніков АВ. Прогнозування якості життя пацієнтів із соматоформними розладами з порушеннями сну. Медичні Перспективи 2024;29:167–75. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2024.4.319337>.
96. Огоренко ВВ, Макарова П. Клінічні особливості порушень сну при соматоформних розладах. Український Вісник Психоневрології 2024;32:27–31. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is4-2024-5>.
97. The Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. International Social Science Journal 2005;57:745–53. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2451.2005.00592.x>.
98. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. JAMA 2013;310:2191–4. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>.
99. National Centre for Classification in Health, World Health Organization. The International statistical classification of diseases and related health problems, Australian modification (ICD-10-AM). 2017.
100. Atula S. Настанова 00708. Психічні розлади внаслідок соматичного захворювання 2017.
101. Laukkala T. Настанова 01068. Психіатричне обстеження дорослих 2017.
102. Leppävuori A, Räsänen S. Настанова 00709. Пацієнт з психосоматичними симптомами 2017.
103. Cerri LQ, Justo MC, Clemente V, Gomes AA, Pereira AS, Marques DR. Insomnia Severity Index: A reliability generalisation meta-analysis. J Sleep Res 2023;32:e13835. <https://doi.org/10.1111/jsr.13835>.

104. Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine* 2001;2:297–307. [https://doi.org/10.1016/S1389-9457\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/S1389-9457(00)00065-4).

105. Morin CM, Belleville G, Bédanger L, Ivers H. The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep* 2011;34:601–8. <https://doi.org/10.1093/sleep/34.5.601>.

106. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research* 1989;28:193–213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4).

107. Чабан ОС, Хаустова ОО, Асанова АЕ, Трачук ЛЄ, Асонов ДО. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник. Київ: Видавничий дім Медкнига; 2019.

108. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II, Beck depression inventory: manual. 2nd ed. San Antonio, Tex. : Boston: Psychological Corp. ; Harcourt Brace; 1996.

109. Wang Y-P, Gorenstein C. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Braz J Psychiatry* 2013;35:416–31. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1048>.

110. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. Twenty-five years with the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *J Psychosom Res* 2020;131:109940. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.109940>.

111. Василюк ВВ, Шаповал П, Шалковський ЄІ, Клебанська АО, Станіславчук МА. Крос-культурна адаптація україномовної версії торонтської шкали алекситимії TAS-20: апробація у хворих на анкілозивний спондиліт. *Український Ревматологічний Журнал* 2023. <https://doi.org/10.32471/rheumatology.2707-6970.91.17556>.

112. Spielberger CD. State-Trait Anxiety Inventory for Adults 1983. <https://doi.org/10.1037/t06496-000>.

113. Skapinakis P. Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. In: Michalos AC, editor. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*, Dordrecht: Springer Netherlands; 2014, p. 6261–4. [https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5\\_2825](https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_2825).

114. Марута НА, Панько ТВ, Явдак ИА, Семькина ЕЕ, Колядко СП, Каленская ГЮ. Критерий качества жизни в психиатрической практике. Харьков: РИФ Арсис, ЛТД 2004:240.

115. Mezzich JE, Cohen NL, Ruiperez MA, Banzato CEM, Zapata-Vega MI. The Multicultural Quality of Life Index: presentation and validation. *J Eval Clin Pract* 2011;17:357–64. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01609.x>.

116. Sitlinger A, Yousuf Zafar S. Health-Related Quality of Life. *Surg Oncol Clin N Am* 2018;27:675–84. <https://doi.org/10.1016/j.soc.2018.05.008>.

117. Alfaifi AA, Althemery AU. Sociodemographic characteristics and health-related quality of life of individuals undergoing antidepressant therapy. *Sci Rep* 2022;12:17518. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-22164-6>.

118. Іванчук М, Поліщук О. Особливості статистичного аналізу медико-психологічних досліджень. *Психосоматична Медицина Та Загальна Практика* 2020;5:e0504255. <https://doi.org/10.26766/pmgp.v5i3.255>.

119. Шорніков АВ. Непсихотичні психічні розлади у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки, які потребують ендопротезування [дисертація]. Дніпро: Дніпровський державний медичний університет; 2023 [цитована 2025 Квіт 02]. Доступно з: <https://repo.dma.dp.ua/8368/>

120. Іванчук МА, Малик ІВ, Книгніцька ТВ, Лукашів ТО. Статистичний аналіз відносних величин у медицині. *Клінічна та експериментальна патологія* 2019;18:109–14. <https://doi.org/10.24061/1727-4338.XVIII.4.70.2019.18>.

121. Реброва ОЮ. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М.: Медиасфера; 2006.

122. Настенко ЄА, Якимчук ВС, Носовець ОК. Інтелектуальний аналіз даних: методичні вказівки до виконання комп'ютерних практикумів з навчальної дисципліни «Інтелектуальний аналіз даних». Частина-1. «Кореляційний та регресійний аналіз медичних даних». Київ: НТУУ «КПІ ім. І. Сікорського»; 2017.

123. Ying G, Maguire MG, Glynn RJ, Rosner B. Tutorial on Biostatistics: Receiver-Operating Characteristic (ROC) Analysis for Correlated Eye Data. *Ophthalmic Epidemiol* 2022;29:117–27. <https://doi.org/10.1080/09286586.2021.1921226>.

124. Огоренко В, Макарова І. Якість життя пов'язана зі здоров'ям у осіб з соматоформними розладами з порушеннями сну. *Перспективи Та Інновації Науки* 2024;1393–402. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-10\(44\)-1393-1402](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-10(44)-1393-1402).

125. Огоренко ВВ, Макарова П. Алкситимія у пацієнтів з соматоформними розладами з порушеннями сну. *Вісник Морської Медицини* 2024;66–72. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14567328>.

126. Isometsä E. Настанова 00716. Депресія 2017.

127. Pirkola S. Настанова 00720. Депресія, лікарські засоби і соматичні захворювання 2013.

128. Rytsälä H. Настанова 00721. Медикаментозне лікування депресії 2017.

129. Koronen H, Lepola U. Настанова 00729. Тривожний розлад 2018.

130. Stahl SM. *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications*. 4th edition. Cambridge ; New York: Cambridge University Press; 2013.

131. Огоренко В, Макарова І. Когнітивні моделі порушень сну у пацієнтів з соматоформними розладами. *Психосоматична медицина та загальна практика* 2024;9:e555.

132. Макарова П. Предиктори формування якості життя пацієнтів з соматоформними розладами та порушеннями сну. *Proceedings of the 4th*

International scientific and practical conference., Barcelona, Spain: Barca Academy Publishing; 2024, p. 67–9. <https://doi.org/10.5281/zenodo.12941767>.

133. Макарова П. Пітсбурзький опитувальник індексу якості сну у якості предиктора формування якості життя пацієнтів з соматоформними розладами та порушеннями сну. Science in the modern world: innovations and challenges. Proceedings of the 1st International scientific and practical conference, Toronto, Canada: Perfect Publishing; 2024, p. 71–3. <https://doi.org/10.5281/zenodo.13999085>.

134. Макарова П. Індекс важкості інсомнії як предиктор формування якості життя пацієнтів з соматоформними розладами та порушеннями сну. Scientific research: modern challenges and future prospects. Proceedings of the 2nd International scientific and practical conference, Munich, Germany: MDPC Publishing.; 2024, p. 49–52. <https://doi.org/10.5281/zenodo.13999063>.

135. Огоренко ВВ, Макарова П. Порушення сну як предиктори формування якості життя у пацієнтів з соматоформними розладам. Мультидисциплінарний підхід як ефективна парадигма надання психіатричної, неврологічної та наркологічної допомоги під час війни, Харків, Україна: Zenodo; 2024. <https://zenodo.org/doi/10.5281/zenodo.13999110>.

136. Огоренко ВВ, Макарова П. Предиктори якості життя у хворих на соматоформні розлади і порушення сну. Стрес-асоційовані психічні розлади під час війни (терапія, профілактика, організація допомоги), Харків: Zenodo; 2024. <https://doi.org/10.5281/zenodo.12949403>.

137. Segalàs C, Labad J, Salvat-Pujol N, Real E, Alonso P, Bertolín S, et al. Sleep disturbances in obsessive-compulsive disorder: influence of depression symptoms and trait anxiety. BMC Psychiatry 2021;21:42. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03038-z>.

138. Garcia Nuñez D, Rufer M, Leenen K, Majohr K-L, Grabe H, Jenewein J. Quality of life and alexithymia in somatoform pain disorder.. Schmerz 2010;24:62–8. <https://doi.org/10.1007/s00482-009-0882-6>.

139. Luo Y-L, Heeramun-Aubeeluck A, Huang X, Ye G, Wu H, Sun L, et al. Factors influencing quality of life in Chinese patients with persistent somatoform pain disorder. *Psychol Health Med* 2014;19:744–52. <https://doi.org/10.1080/13548506.2013.878804>.
140. Joos A, Herrmann C, Lahmann C, Flottman M, Jansen T, Schede C, et al. Biopsychosocial complexity in functional neurological disorder. *General Hospital Psychiatry* 2023;84:44–6. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2023.06.011>.
141. Wu H, Manglike A, Chen Y, Liu Z, Fritzsche K, Lu Z. Scoping review update on somatic symptom disorder that includes additional Chinese data. *Gen Psychiatr* 2023;36:e100942. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2022-100942>.
142. Behm AC, Hüsing P, Löwe B, Toussaint A. Persistence rate of DSM-5 somatic symptom disorder: 4-year follow-up in patients from a psychosomatic outpatient clinic. *Compr Psychiatry* 2021;110:152265. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152265>.
143. Giesebrecht J, Grupp F, Reich H, Weise C, Mewes R. Relations between criteria for somatic symptom disorder and quality of life in asylum seekers living in Germany. *Journal of Psychosomatic Research* 2022;160:110977. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.110977>.

## СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

**Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:**

1. Огоренко, В. В., Макарова, І. І., Шорніков, А. В. Прогнозування якості життя у пацієнтів з соматоформними розладами з порушеннями сну. *Медичні перспективи*. 2024. Т.29, №4. С. 167-175 <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2024.4.319337>
2. Огоренко, В. В., Макарова, І. І. Ефективність корекції порушень сну при соматоформних розладах. *Вісник морської медицини*. 2024. № 2. С. 89–95. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.12688102>.
3. Огоренко В.В., Макарова І.І. Якість життя пов'язана зі здоров'ям у осіб з соматоформними розладами з порушеннями сну. *Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)*. 2024. №10. С.1393-1402. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-10\(44\)-1393-1402](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-10(44)-1393-1402)
4. Огоренко В.В., Макарова І.І. Алкситимія у пацієнтів з соматоформними розладами з порушеннями сну. *Вісник морської медицини*. 2024. № 4. С. 66–72. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14567327>
5. Огоренко В.В., Макарова І.І. Клінічні особливості порушень сну при соматоформних розладах. *Український вісник психоневрології*. 2024. № 4. С. 27–31. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is4-2024-5>

## ДОДАТОК Б

## ВІДОМОСТІ ПРО АПРОБАЦІЮ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Макарова І.І. Предиктори формування якості життя пацієнтів з соматоформними розладами та порушеннями сну. *Proceedings of the 4th International scientific and practical conference.*, Barcelona, Spain: Barca Academy Publishing; 2024, p. 67–9. <https://doi.org/10.5281/zenodo.12941767>.
2. Огоренко В.В., Макарова І.І. Предиктори якості життя у хворих на соматоформні розлади і порушення сну. Науково-практична конференція з міжнародною участю «Стрес-асоційовані психічні розлади під час війни (терапія, профілактика, організація допомоги)», 23-24 травня 2024 року, Харків: 2024. <https://doi.org/10.5281/zenodo.12949403>
3. Макарова І.І. Індекс важкості інсомнії як предиктор формування якості життя пацієнтів з соматоформними розладами та порушеннями сну *Scientific research: modern challenges and future prospects. Proceedings of the 2nd International scientific and practical conference.* MDPC Publishing. Munich, Germany. 2024. P. 49-52. <https://doi.org/10.5281/zenodo.13999063>
4. Макарова І.І. Пітсбурзький опитувальник індексу якості сну у якості предиктора формування якості життя пацієнтів з соматоформними розладами та порушеннями сну *Science in the modern world: innovations and challenges. Proceedings of the 1st International scientific and practical conference.* Perfect Publishing. Toronto, Canada. 2024. P. 71-73. <https://doi.org/10.5281/zenodo.13999085>
5. Огоренко В.В., Макарова І.І. Порушення сну як предиктори формування якості життя у пацієнтів з соматоформними розладами. Симпозіум «Мультидисциплінарний підхід як ефективна парадигма надання психіатричної, неврологічної та наркологічної допомоги під час війни» 17-18 жовтня 2024 року, Харків: 2024. <https://doi.org/10.5281/zenodo.13999110>
6. Огоренко В.В., Макарова І.І. Когнітивні моделі порушень сну у пацієнтів з соматоформними розладами. Тези доповіді до IV Конгресу з міжнародною участю «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи» *Психосоматична медицина та загальна практика*, 2024. № 9(4). <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/555>

## АКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ

«ЗАТВЕРДЖУЮ»  
 Перший проректор  
 Європейського медичного  
 університету,  
 д.мед.н., професор  
 Герман ТІТОВ

«24» 04 2025 р.

## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: «Якість життя пов'язана зі здоров'ям у осіб з соматоформними розладами з порушеннями сну».
2. Ким запропоновано, адреса, виконавці: кафедра внутрішньої медицини Європейського медичного університету (49044, м. Дніпро, вул. Георгія Дзяка, буд.3); О.В. Широков.
3. Джерело інформації: Огоренко В.В., Макарова І.І. Якість життя пов'язана зі здоров'ям у осіб з соматоформними розладами з порушеннями сну. Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»). 2024. №10. С.1393-1402. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-10\(44\)-1393-1402](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-10(44)-1393-1402)
4. Де впроваджено: кафедра внутрішньої медицини.
5. Термін впровадження: 03.02.25 – 21.03.25.
6. Форма впровадження: у навчально-педагогічний процес.
7. Ефективність впровадження: матеріали використовуються при проведенні практичних занять для студентів 4 курсу ОР «Магістр» «Медицина» на заняттях з психіатрії.
8. Зауваження, пропозиції: не вносились.

Відповідальний за впровадження

Доцент кафедри внутрішньої  
 медицини,  
 к.мед.н., доцент



Олександр ШИРОКОВ

«Затверджую»

Проректор з наукової роботи



професор Олександр ГУДАР'ЯН

**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**

1. Найменування пропозиції для впровадження: «Алекситимія у пацієнтів з соматоформними розладами з порушеннями сну».
  2. Ким запропоновано, адреса, виконавці: кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету (49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, буд. 9); В.В. Огоренко, І.І. Макарова.
  3. Джерело інформації: Огоренко В.В., Макарова І.І. Алекситимія у пацієнтів з соматоформними розладами з порушеннями сну. Вісник морської медицини. 2024. № 4. С. 66–72.  
<https://doi.org/10.5281/zenodo.14567327>
  4. Де впроваджено: кафедра психіатрії, наркології і медичної психології
  5. Термін впровадження: 03.02.25 – 21.03.25.
  6. Форма впровадження: у навчально-педагогічний процес.
  7. Ефективність впровадження: матеріали використовуються при проведенні практичних занять для студентів 4 курсу ОР «Магістр» «Медицина» в змістовний модуль 3 Тема 1. Психічні порушення у хворих при соматичних, ендокринних та судинних захворюваннях. Психічні порушення при інфекційних порушеннях та черепно-мозкових травмах), що дозволило покращити розуміння алекситимії у пацієнтів з соматоформними розладами з порушеннями сну.
  8. Зауваження, пропозиції: не вносились.
- Відповідальний за впровадження

Завідувач кафедри психіатрії,  
наркології і медичної  
психології,  
д.мед.н., професор

Вікторія ОГОРЕНКО

**«ЗАТВЕРДЖУЮ»**

Генеральний директор  
КП «Дніпровська багатопрофільна  
клінічна лікарня з надання  
психіатричної допомоги» ДОР»,  
професор, д.мед.н.,  
Заслужений лікар України  
Світлана МОРОЗ

\_\_\_\_\_ 2025 р.



**Акт впровадження**

1. Пропозиція для впровадження: «Спосіб корекції порушень сну при соматоформних розладах».
2. Ким запропоновано, адреса, виконавці: кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету (49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, буд. 9); В.В. Огоренко, І.І. Макарова.
3. Джерело інформації: Огоренко, В. В., Макарова, І. І. Ефективність корекції порушень сну при соматоформних розладах. Вісник морської медицини. 2024. № 2. С. 89–95.  
<https://doi.org/10.5281/ZENODO.12688102>
4. Де впроваджено: КП «Дніпровська багатопрофільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» ДОР»
5. Термін впровадження: 03.02.25 – 21.03.25
6. Загальна кількість спостережень: 50.
7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, викладених у джерелі інформації:

Показники	За даними	
	розробника	установи, яка проводила впровадження
Достовірне прогнозування госпіталізацій протягом наступних 6 місяців	78%	80%

8. Зауваження, пропозиції: не вносились.

Відповідальний за впровадження

**«ЗАТВЕРДЖУЮ»**

Медичний директор  
 ДДМУ «Університетська лікарня»  
 клінічна база №1  
 к.мед.н., Євгеній ПІПІ



2025 р.

**Акт впровадження**

1. Пропозиція для впровадження: «Спосіб прогнозування якості психічного життя у пацієнтів з соматоформними розладами з порушеннями сну».
2. Ким запропоновано, адреса, виконавці: кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету (49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, буд. 9); В.В. Огоренко, І.І. Макарова, А.В. Шорніков.
3. Джерело інформації: Огоренко В.В., Макарова І.І., Шорніков А.В. Прогнозування якості життя у пацієнтів з соматоформними розладами з порушеннями сну. Медичні перспективи. 2024. Т.29, №4. С. 167-175 <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2024.4.319337>
4. Де впроваджено: ДДМУ «Університетська лікарня» клінічна база №1
5. Термін впровадження: 03.02.25 – 21.02.25
6. Загальна кількість спостережень: 25
7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, викладених у джерелі інформації:

Показники	За даними	
	розробника	установи, яка проводила впровадження
Достовірне прогнозування госпіталізацій протягом наступних 6 місяців	80%	85%

8. Зауваження, пропозиції: не вносились.

Відповідальний за впровадження

Віктор КОКАШИНСЬКИЙ