

23. Welland J. Joy and war: Reading pleasure in wartime experiences. *Review of International Studies*. 2018;44(3):438-55.

doi: <https://doi.org/10.1017/S0260210518000050>

24. Wang H-Y, You H-L, Song C-L, Zhou L, Wang S-Y, Li X-L, et al. Shared and distinct prefrontal cortex alterations of implicit emotion regulation in depression and anxiety: An fNIRS investigation. *Journal of Affective Disorders*. 2024;354(1):126-35.

doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.03.032>

25. McGinty G, Fox R, Roberts B, Makhshvili N, Javakhishvili JD, Hyland P. Post-traumatic Stress Disorder, Complex Post-traumatic Stress Disorder, and Coping Styles among Internally Displaced Ukrainians. *Journal of Loss and Trauma*. 2023;28(7):571-87.

doi: <https://doi.org/10.1080/15325024.2023.2217002>

26. Finkelstein-Fox L, Park CL, Riley KE. Mindfulness' effects on stress, coping, and mood: A daily diary goodness-of-fit study. *Emotion*. 2019;19(6):1002-13.

doi: <https://doi.org/10.1037/emo0000495>

Стаття надійшла до редакції 22.04.2024;
затверджена до публікації 30.10.2024



УДК 616.8-009.836:616.89-008.44/.45]-07-037-092.11:612.821 <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2024.4.319337>

В.В. Огоренко, 

І.І. Макарова, 

А.В. Шорніков 

ПРОГНОЗУВАННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ З ПОРУШЕННЯМИ СНУ

Дніпровський державний медичний університет
вул. Володимира Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна
Dnipro State Medical University
Volodymyra Vernadskoho str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
e-mail: 604@dmu.edu.ua

Цитування: Медичні перспективи. 2024. Т. 29, № 4. С. 167-175

Cited: Medicni perspektivi. 2024;29(4):167-175

Ключові слова: соматоформні розлади, тривога, тривожність, депресія, порушення сну, якість життя, алекситимія

Key words: somatoform disorders, anxiety, depression, sleep disorders, quality of life, alexithymia

Реферат. Прогнозування якості життя пацієнтів із соматоформними розладами з порушеннями сну. Огоренко В.В., Макарова І.І., Шорніков А.В. Останнім часом збільшується вплив психотравматичних факторів, що призводить до збільшення поширеності психогенних розладів. Значне навантаження на систему охорони здоров'я чинять пацієнти із соматоформними розладами. Залежно від діагностичного підходу поширеність соматоформних розладів становить від 0,8% до 34%, а майже половина пацієнтів має порушення сну. Метою роботи було визначення факторів, що впливають на якість життя пацієнтів із соматоформними розладами, поєднаними з розладами сну. Було обстежено 120 осіб із соматоформними розладами, поєднаними з розладами сну. Проводилось комплексне оцінювання стану пацієнтів, яке включало клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне та психодіагностичне дослідження, з використанням психометричних шкал (Пітс-бурзький опитувальник індексу якості сну, тест депресії Бека, індекс тяжкості інсомнії, Торонтська шкала алекситимії, інтегративний опитувальник якості життя, шкала тривоги Спілбергера). Було виявлено, що лише 51 зі 120 хворих, що завершили дослідження, мали достатній рівень якості життя. У пацієнтів з достатньою якістю життя визначалися нижчі рівні депресії, тяжкості інсомнії, якості життя та її складових, проте більш високий рівень особистісної тривожності. Аналізуючи категорійні показники, також визначені достовірні відмінності в наявності депресії, тривожності, алекситимії та тяжкої інсомнії. У результаті

дослідження було встановлено, що предикторами якості життя є вираженість порушень сну та також наявність алекситимії та тяжкої інсомнії до початку лікування. Найвищу дискримінаційну здатність продемонструвала модель множинної логістичної регресії (AUC 0,872 (95% ДІ 0,799–0,926)), у якій предикторами недостатнього рівня якості життя були латентність сну, особистісна тривожність та депресія до втручання, а також наявність вираженої інсомнії після втручання. Поєднання цих предикторів збільшує шанси мати низький рівень якості життя в 17,6 разів. Отримані результати дослідження слугували підґрунтям для розробки індивідуалізованих терапевтичних та корекційних стратегій у лікуванні розладів сну в пацієнтів із соматоформними розладами та порушеннями сну.

Abstract. Quality of life prognosis in patients with somatoform disorders with sleep disorders. Ogorenko V.V., Makarova I.I., Shornikov A.V. In recent years, the impact of psychotraumatic factors has been increasing, leading to an increased prevalence of psychogenic disorders. Patients with somatoform disorders place a significant burden on the healthcare system. Depending on the diagnostic approach, the prevalence of somatoform disorders ranges from 0.8% to 34%, with nearly half of the patients experiencing sleep disorders. The study aimed to determine the quality of life in patients with somatoform disorders combined with sleep disorders and to identify factors influencing its formation. A total of 120 individuals with somatoform disorders combined with sleep disorders were examined. A comprehensive assessment of the patient's condition was conducted, including clinical-anamnestic, clinical-psychopathological, and psychodiagnostic examinations, supplemented by the use of psychometric scales (Pittsburgh Sleep Quality Index, Beck Depression Inventory, Insomnia Severity Index, Toronto Alexithymia Scale-20, Integrative Quality of Life Questionnaire, and Spielberger Anxiety Scale). It was found that only 51 out of 120 patients who completed the study had a sufficient level of quality of life. Patients with sufficient quality of life demonstrated lower levels of depression, insomnia severity, and quality of life and its components, but higher levels of personal anxiety. Analyzing categorical indicators, significant differences were also identified in the presence of depression, anxiety, alexithymia, and severe insomnia. As a result of the study, it was established that predictors of quality of life are the severity of sleep disorders and the presence of alexithymia and severe insomnia before the start of treatment. The multiple logistic regression model demonstrated the highest discriminatory ability (AUC 0.872 (95% CI 0.799–0.926)), with predictors of insufficient quality of life including sleep latency, personal anxiety, and depression before the intervention, as well as the presence of severe insomnia after intervention. The combination of these predictors increases the chances of having a low quality of life level by 17.6 times. The study's results served as the basis for developing individualized therapeutic and corrective strategies in sleep disorders treatment in patients with somatoform disorders and sleep disturbances.

Наразі українська держава переживає період активних трансформацій, який характеризується зростанням психологічного навантаження внаслідок дії зовнішніх факторів впливу, що призводить до появи реакцій на соціальні події у вигляді виникнення соматичної патології, зниження рівня працездатності, загального зниження якості життя тощо. Також психологічне напруження та стрес, ставши неодмінною складовою життя, відіграють значну роль у виникненні психогенних, зокрема соматоформних розладів (СФР). Зараз, залежно від національних класифікацій, до СФР відносять функціональні розлади, зокрема неврологічні, синдром тілесного дистресу, стійкі фізичні симптоми тощо. 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 становить 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]. Зіставні результати щодо поширеності отримані і в азіяцькій популяції –

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

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, 4, 5]. Суб'єктивна якість сну опосередковує зв'язок між психогенними розладами й соматичними симптомами, підкреслюючи потенційне втручання для поліпшення наслідків для фізичного здоров'я людей [6]. Встановлено, що близько 47% пацієнтів з функціональними неврологічними розладами мають порушення сну [7].

Оптимальним показником оцінки результатів лікувально-корекційних заходів в осіб з психічними розладами є визначення показника якості життя, пов'язаної зі здоров'ям (ЯЖ). Було встановлено, що в осіб з СФР знижуються показники ЯЖ, і найбільш вираженими є порушення соціо-емоційної підтримки, фізичного благополуччя та працездатності [8]. Зниження ЯЖ в осіб з СФР виражається і в значній поширеності (35,4%)

вираженого зниження критичності [9]. 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.

Важливим є формування системи прогнозування якості життя пацієнтів із соматоформними розладами, для якої слід визначити фактори ризику. У дослідженні молодих осіб без психічної патології факторами ризику низької якості життя є порушення глибини сну разом з перебуванням у небезпечних умовах [10]. У дослідженні якості сну в пацієнтів з тривожними розладами були виявлені зворотні кореляційні зв'язки між якістю сну та показниками ЯЖ [11]. Це робить актуальним розробку та впровадження психологічних корекційних заходів у процес лікування та реабілітації пацієнтів з СФР з подальшим оцінюванням їх впливу на ЯЖ.

Метою роботи було визначення факторів, що впливають на якість життя пацієнтів із соматоформними розладами, поєднаними з розладами сну.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

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 Дніпропетровського державного медичного університету «Розробка сучасних технологій диференційованої психіатричної допомоги особам з непсихотичними психічними розладами та їх родичам і фахівцям сфери охорони психічного здоров'я», № держреєстрації 0121U114305, термін виконання 01.2022 – 12.2026 рр. 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 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)» [12, 13].

Обстежено 120 осіб медіанним віком 39,5 (30,5; 45) років, у яких діагностовано соматоформні розлади та виявлені розлади сну, 67,5% становили жінки. Використовували клініко-психопатологічний, психодіагностичний методи обстеження (Пітсбурзький опитувальник

індексу якості сну (PSQI) [14], тест депресії Бека (BDI-II) [15], індекс тяжкості інсомнії (ISI) [16], Торонтську шкалу алекситимії-20 (TAC-20) [17], інтегративний опитувальник якості життя [18], шкалу тривоги Спілбергера (STAI) [14,19]). Пацієнти пройшли обстеження двічі: перед початком лікування та через 6 місяців після початку.

Дані, отримані в дослідженні, обробляли за допомогою ліцензійної 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). Нормальність розподілу показників, отриманих у дослідженні, перевірялася за допомогою обчислення критерію Шапіро-Вілка. Описові статистичні показники в тексті подано у вигляді медіани (Me) та першого-третього квартилів – (Q1-Q3), оскільки дані мали відмінний від нормального тип розподілу. Номінальні дані подані у вигляді n (%). Для порівняння центральних параметрів груп використовувалися непараметричні методи: для кількісних ознак – U-критерій Манна-Вітні, для якісних та порядкових – критерій хі-квадрат (χ^2) Пірсона, зокрема з поправкою Сйтса на безперервність [20].

Відбір незалежних змінних проводився методом покрокової прямої селекції з використанням критерію виключення статистики Вальда. Статистична значущість отриманої моделі визначалася за допомогою критерію χ^2 Пірсона. Для оцінювання діагностичної значущості ознак під час прогнозування ймовірності настання результату, розрахованої за допомогою регресійної моделі, застосовувався метод аналізу ROC-кривих. Якість прогностичної моделі, отриманої за цим методом, оцінювалася, виходячи зі значень площі під ROC-кривою зі стандартною помилкою та 95% довірчим інтервалом (ДІ) та рівня статистичної значущості. Критичне значення рівня статистичної значущості при перевірці всіх нульових гіпотез приймалося рівним 0,05.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Після спостереження та втручання виявлено, що лише 51 зі 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 розподілені 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. 1).

Таблиця 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-Вітні.

Аналізуючи категорійні показники в досліджуваних пацієнтів (табл. 2), також визначені достовірні відмінності в показниках депресії, тривожності, алекситимії та наявності тяжкої інсомнії (за ISI).

Психометричні параметри, що відрізнялися в пацієнтів, які досягли та не досягли достатньої якості життя, разом з категорійними змінними,

були включені до уніваріантного логістичного аналізу. Результати щодо прогностичної сили цих змінних, отриманих у варіантному логістичному аналізі, а також оцінки якості моделей та їх прогностичної спроможності наведені в таблицях 3 (для неперервних змінних) та 4 (для категорійних змінних).

Таблиця 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)	p<0,01
	1	46 (38,3)	10 (19,6)	
Ситуативна тривожність (за STAI)	0	70 (58,3)	28 (54,9)	p=0,01
	1	50 (41,7)	23 (45,1)	
Особистісна тривожність (за STAI)	0	95 (79,2)	33 (64,7)	p=0,01
	1	25 (20,8)	18 (35,3)	
Алекситимія (за TAC-20)	0	59 (49,2)	38 (74,5)	p<0,01
	1	61 (50,8)	13 (25,5)	
Тяжка інсомнія (за ISI)	0	33 (27,5)	25 (49,0)	p<0,01
	1	87 (72,5)	26 (51,0)	

Примітки: «0» – відсутність фактора; «1» – наявність фактора; достовірність відмінностей між групами за критерієм χ^2 , зокрема з поправкою Сйтса.

Таблиця 3

Уніваріантний логіт-аналіз предикторів якості життя (неперервні змінні)

Предиктор	β	p	ВШ (95% ДІ)	AUC (95% ДІ)
Депресія	-0,102	<0,01	1,108 (1,06–1,16)	0,763 (0,676 – 0,836)
Особистісна тривожність	0,090	<0,01	1,094 (1,06–1,13)	0,789 (0,705 – 0,858)
Ситуативна тривожність	0,059	<0,01	1,061 (1,03–1,10)	0,674 (0,583 – 0,757)
Бал Пітсбурзького опитувальника індексу якості сну	0,767	<0,01	2,15 (1,63–2,85)	0,86 (0,785 – 0,917)
Індекс тяжкості інсомнії	0,350	<0,01	1,418 (1,26–1,60)	0,862 (0,787–0,918)
Якість життя до втручання	-3,542	<0,01	0,029 (0,008–0,108)	0,919 (0,855 – 0,961)

Примітки: ВШ – відношення шансів; AUC – площа під кривою; ДІ – довірчий інтервал.

Додатково, для виявлення впливу порушень сну на якість життя в осіб з СФР, ми провели логістичний аналіз впливу компонентів порушень сну за PSQI на досягнення достатньої ЯЖ (табл. 5). 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 раз. Лише компонент порушення денного функціонування не впливає на показники ЯЖ в досліджуваних пацієнтів.

Таблиця 4

Уніваріантний логіт-аналіз предикторів якості життя (категорійні змінні)

Предиктор	β	p	ВШ (95% ДІ)	AUC (95% ДІ)
Депресія	1,66	<0,01	5,26 (2,00–13,82)	0,636 (0,543–0,721)
Алекситимія	1,90	<0,01	6,68 (2,97–15,05)	0,720 (0,631–0,798)
Тяжка інсомнія до втручання	2,66	<0,01	14,28 (5,88–34,74)	0,791 (0,707–0,860)
Тяжка інсомнія після втручання	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)
Ситуативна тривожність	-0,25	0,51	0,78 (0,38 – 1,63)	0,530 (0,437–0,622)
Особистісна тривожність	-1,58	<0,01	0,21 (0,07–0,55)	0,626 (0,533–0,712)

Примітки: ВШ – відношення шансів; AUC – площа під кривою; ДІ – довірчий інтервал.

Виходячи з результатів уніваріантного аналізу, було побудовано множинну регресійну модель факторів, що передбачають недо-

сягнення достатньої якості життя через 6 місяців після первинного огляду; результати подано в таблиці 6.

Уніваріантний логіт-аналіз компонентів якості сну на якість життя

Компонент Пітсбурзького опитувальника індексу якості сну	β	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)

Примітки: β – кутовий коефіцієнт; ВШ – відношення шансів; AUC – площа під кривою; ДІ – довірчий інтервал.

Оцінювання прогностичної точності рівняння логістичної регресії проводилося способом побудови ROC-кривої отриманої моделі та ана-

лізу AUC, яка в побудованій моделі становила 0,872 (95% ДІ 0,799–0,926), $p < 0,0001$, що свідчить про її дуже добру прогностичну здатність (рис.).

Параметри множинної логістичної регресійної моделі

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

Примітки: β – кутовий коефіцієнт; ВШ – відношення шансів; ДІ – довірчий інтервал.

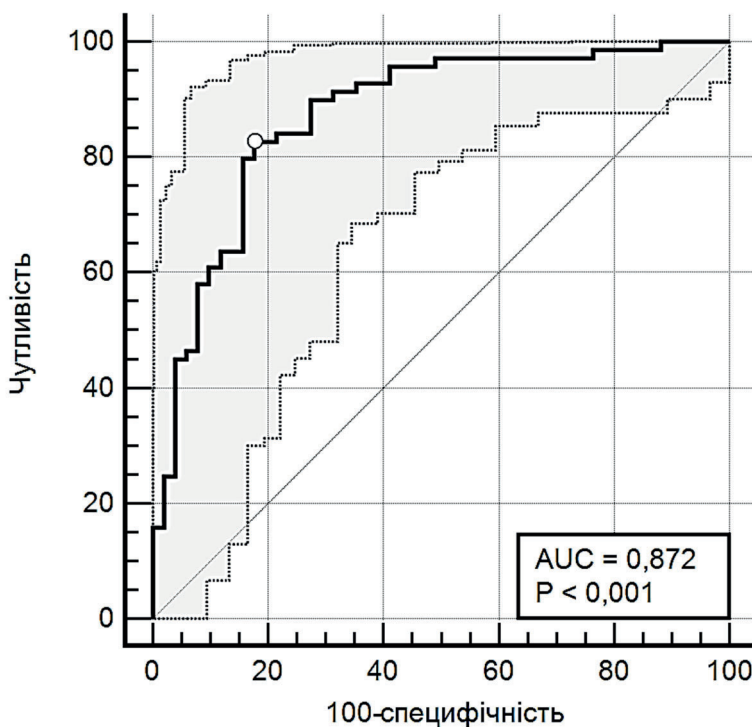
При використанні ROC-аналізу стосовно отриманої логістичної моделі встановлені чутливість – Se=82,61 (95% ДІ 71,6–90,7) та специфічність – Sp 82,35 (95% ДІ 69,1–91,6) при оптимальній точці відсікання $>0,581$ (індекс Йодена J 0,6496), яка має використовуватися як класифікатор. Таким чином, поєднання 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 раза.

Було виявлено, що підшкала ТАС-20 «Трудність опису почуттів» є значущим предиктором ЯЖ в осіб із соматоформним больовим розладом, що зіставно з нашими результатами, за виключенням факторної структури ТАС-20 в українській версії [17, 21]. У здорових осіб порушення глибини сну, засинання та порушення відчуття

відпочинку 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 [10]. Отримані дані зв'язку тривожності й депресії з якістю життя уточнюють дані Luo et al. щодо значної кореляції болю, депресії і тривоги з якістю життя пацієнтів [22],

проте відмінності в методах дослідження та більш «вузька» вибірка в Luo et al. обмежують порівняння отриманих даних. Низька ЯЖ в пацієнтів з СФР та порушеннями сну визначається і в пацієнтів з розладами, близькими до СФР: психосоматичними розладами та функціональними неврологічними розладами, що підкреслює біопсихосоціальну концепцію цих розладів [23].



ROC-крива моделі прогнозування досягнення нормальної ЯЖ

Потребують уточнення дані щодо впливу тривоги та депресії на якість життя пацієнтів з СФР. У нашому дослідженні виявлений вплив тривожності та депресії, але за даними аналізу Wu et al. тяжкість депресивних симптомів і когнітивна поведінка у відношенні до соматичних симптомів у пацієнтів з СФР є важливими прогностичними факторами погіршення якості їх життя [24]. Проте одним з факторів, які визначають персистенцію СФР і, відповідно, зниження якості життя, є показник тривоги за GAD-7 (ВШ 1,38 (95% ДІ 1,01-1,88)) [25]. У наше дослідження не включалися вимушені переселенці й біженці, але щодо них виявлено, що більш низька ЯЖ пов'язана з більш сильними соматичними та депресивними симптомами, що відповідає і нашим даним [26].

ВИСНОВКИ

1. При побудові уніполярних регресійних моделей найкращу прогностичну силу та дискримінаційну здатність щодо впливу на якість життя

продемонстрували вираженість порушень сну за Пітсбурзьким опитувальником індексу якості сну та індексом тяжкості інсомнії, які збільшують шанси низької якості життя у 2,15 (95% ДІ 1,63-2,85) та 1,42 (95% ДІ 1,26-1,60) рази.

2. Серед категорійних показників найбільшу прогностичну силу мали наявність алекситимії та тяжкої інсомнії до втручання, які збільшують шанси на низьку якість життя в 6,68 (95% ДІ 2,97-15,05) та 14,28 (95% ДІ 5,88-34,74) рази відповідно.

3. Виявлені предиктори недостатнього рівня якості життя в пацієнтів із соматоформними розладами та порушеннями сну, до яких відносяться латентність сну, особистісна тривожність та депресія до втручання, а також наявність вираженої інсомнії після втручання. Найвищу дискримінаційну здатність продемонструвала модель множинної логістичної регресії (AUC 0,872 (95% ДІ 0,799-0,926)), згідно з якою поєднання виявлених предикторів збільшує шанси мати низький рівень якості життя в 17,6 рази.

4. Отримані результати дослідження визначають напрямок подальших досліджень щодо розробки індивідуалізованих стратегій лікування та корекції пацієнтів із соматоформними розладами та порушеннями сну з метою покращення якості надання медичної допомоги та забезпечення покращення якості життя цієї специфічної когорти пацієнтів.

Внески авторів:

Огоренко В.В. – концептуалізація, методологія, написання – рецензування та редагування;

Макарова І.І. – дослідження, ресурси, курація даних, формальний аналіз, написання – початковий проєкт;

Шорніков А.В. – формальний аналіз, написання – рецензування та редагування.

Фінансування. Дослідження не має зовнішніх джерел фінансування.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

REFERENCES

1. 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 multi-center cross-sectional study. *Ann Gen Psychiatry* 2023;22:30. doi: <https://doi.org/10.1186/s12991-023-00457-y>
2. Rometsch C, Mansueto G, Maas Genannt Bermpohl F, Martin A, Cosci F. Prevalence of functional disorders across Europe: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Epidemiol* 2024;39(6):571-86. doi: <https://doi.org/10.1007/s10654-024-01109-5>
3. Petersen MW, Schröder A, Jørgensen T, Ørnboel 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. doi: <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 multi-center cross-sectional study. *Ann Gen Psychiatry* 2023;22:30. doi: <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. doi: <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. doi: <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. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2023.02.014>
8. Zborovskiy O, Kozhyna H, Symonian V, Kozhyn M, Serhiienko O, Tabachnikova V, et al. [Clinical phenomenology of somatoform disorders and assessment of the quality of life of patients in the zone of Operations of the United Forces and internally displaced persons]. *Medytsyna sohodni i zavtra*. 2021;90:74-80. Ukrainian. doi: <https://doi.org/10.35339/msz.2021.90.4.zks>
9. Khomitskyi MY, Kondratenko MY. [Personality profile characteristics of patients with somatoform and anxiety-phobic disorders with phenomena of reduced criticality]. *Zaporizkyi medychnyi zhurnal*. 2023;25:215-9. Ukrainian. doi: <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2023.3.265368>
10. Ogorenko B, Shornikov A. [Sleep disorders and quality of life of medical students during martial law]. *Psykhosomatychna medytsyna ta zahalna praktyka*. 2023;8:e0801439. Ukrainian. doi: <https://doi.org/10.26766/pmgp.v8i2.439>
11. Liashchenko YV, Yuryeva LM. [The influence of the sleep disturbances on the quality of patients' life with anxiety-depressive disorders of neurotic and organic genesis]. *Psykhiatriia, nevrolohiia ta medychna psykholohiia*. 2021:25-31. Ukrainian. doi: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-18-01>
12. The Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. *International Social Science Journal*. 2005;57:745-53. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2451.2005.00592.x>
13. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*. 2013;310:2191-4. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
14. Buisse 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. doi: [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
15. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II, Beck depression inventory: manual. 2nd ed. San Antonio, Tex.: Boston: Psychological Corp.; Harcourt Brace; 1996.
16. Morin CM, Belleville G, Bélanger L, Ivers H. The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*. 2011;34:601-8. doi: <https://doi.org/10.1093/sleep/34.5.601>
17. Vasylets VV, Shapoval II, Shalkovskiy YeI, Kleban-ska AO, Stanislavchuk MA. [Cross-cultural adaptation ukrainian language version Toronto alexithymia scale TAS-20: approbation in patients with ankylosing spondylitis]. *Ukrain-skyi Revmatolohichnyi Zhurnal*. 2023;1(91):1-7. Ukrainian. doi: <https://doi.org/10.32471/rheumatology.2707-6970.91.17556>

18. Mezzich JE, Cohen NL, Ruiperez MA, Banzato CEM, Zapata-Vega MI. The Multicultural Quality of Life Index: presentation and validation. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2011;17:357-64. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01609.x>
19. 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. doi: https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_2825
20. Ivanchuk M, Polishchuk O. [Features of statistical analysis of medical-psychological research]. *Psykhosomatychna medytsyna ta zahalna praktyka*. 2020;5:e0504255. Ukrainian. doi: <https://doi.org/10.26766/pmgp.v5i3.255>
21. Smakowski A, Hüsing P, Völcker S, Löwe B, Rosmalen JGM, Shedden-Mora M, et al. Psychological risk factors of somatic symptom disorder: A systematic review and meta-analysis of cross-sectional and longitudinal studies. *J Psychosom Res*. 2024;181:111608. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111608>
22. 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. doi: <https://doi.org/10.1080/13548506.2013.878804>
23. 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. doi: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2023.06.011>
24. 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. doi: <https://doi.org/10.1136/gpsych-2022-100942>
25. 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. doi: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152265>
26. Giesebrecht J, Grupp F, Reich H, Weise C, Meves 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. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.110977>

Стаття надійшла до редакції 24.04.2024;
затверджена до публікації 23.06.2024

