

В. В. Огоренко, І. І. Макарова

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ СНУ ПРИ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДАХ

V. V. Ogorenko, I. I. Makarova

CLINICAL FEATURES OF SLEEP DISORDERS IN SOMATOFORM DISORDERS

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

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

Сучасний темп життя, який характеризується постійними суспільними та політичними трансформаціями, коливаннями в економіці, стрімким розвитком технологій та безперервним потоком інформації, створює надмірний тиск на психіку людини. Це призводить до погіршення як ментального стану, так і загального фізичного самопочуття особистості. Високий рівень стресу, катастрофічні події та хронічні захворювання можуть спричиняти соматоформні розлади, проявляючись у фізичних симптомах, як-от головний біль, проблеми зі шлунково-кишковим трактом та судинних розладах. До 60 % пацієнтів із соматоформними розладами, які отримують первинну медичну допомогу, страждають від супутнього тривожного та/або депресивного розладу. Розлади сну в сучасному світі становлять серйозну медичну та соціальну проблему, причому їхня поширеність серед населення загалом сягає 32,3 %. Наявність двоспрямованого зв'язку між сном та супутніми психічними захворюваннями свідчить про нагальну потребу враховувати ці захворювання під час лікування проблем зі сном і навпаки. Метою дослідження було оцінювання симптомів порушень сну у пацієнтів із соматоформними розладами. Обстежено 120 пацієнтів з соматоформними розладами, у яких були або виявлені розлади сну. Усіх пацієнтів було поділено на дві групи по 60 осіб, які достовірно не відрізнялися. Проводили клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне, психодіагностичне дослідження, доповнене психометричними шкалами. Медіанний вік учасників відповідав молодому віку за класифікацією ВООЗ. Рівень тяжкості інсомнії відповідав важкій формі інсомнії, а показник вираженості диссомнії свідчив про значні порушення сну. Вимірювання за шкалою депресії Бека показало, що учасники дослідження мали переважно помірну та важку депресію. За результатами опитувальника алекситимії, у обстежених виявлена алекситимія. Рівень ситуативної та особистісної тривожності за опитувальником Спілбергера був високим.

The changing socio-political environment, economic factors, scientific and technological progress, and the rapid flow of information all contribute to increased mental strain, impacting both physical and mental health. High-stress levels, traumatic events, and chronic illnesses can lead to somatoform disorders, which manifest as physical symptoms like headaches, gastrointestinal issues, and cardiovascular disorders. Up to 60 % of patients with somatoform disorders also have anxiety and depressive disorders. In today's world, sleep disorders affect about 32.3 % of the general population, and there are bidirectional relationships between sleep and mental disorders. This study aimed to assess sleep disorder symptoms in patients with somatoform disorders. The study involved examining 120 patients with somatoform disorders and diagnosed sleep disorders. These patients were divided into two groups of 60 individuals each, and they were found to be similar. The assessment included a clinical history, clinical psychological evaluation, and psychometric scales. The median age of the participants corresponded to the young age group based on WHO classification. The severity of insomnia was found to be quite high, and significant sleep disturbances were noted. Participants also exhibited mostly moderate levels and severe depression based on the Beck Depression Inventory, and alexithymia was detected in the group. The participants showed high levels of situational and personal anxiety according to the Spielberger questionnaire.

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 соматоформних розладів можуть впливати численні фактори, включно з надмірним стресом, катастрофічними подіями, зокрема і насильством або знущаннями, а також хронічні захворювання, психічні захворювання, сімейний анамнез хронічного болю тощо. Психосоматичні проблеми зазвичай проявляються

фізичними симптомами, які виникають або погіршуються під впливом психологічних чинників, а саме стрес, тривога та депресія. Переживання тривоги внаслідок стресу може виявитися у вигляді різних фізичних симптомів, як-от головний біль, проблеми зі шлунково-кишковим трактом, серцево-судинні розлади та багато інших [1]. Депресія також може справляти суттєвий вплив на фізичне самопочуття, спричиняючи слабкість, хронічну втому, безсоння та зниження імунітету. Отже, психосоматичні проблеми підкреслюють важливість комплексного підходу до лікування, що враховує як психічні, так і фізичні аспекти здоров'я. Показник загальної захворюваності (поширеності) на невротичні, пов'язані із стресом

та соматоформні розлади в Україні має тенденцію до поступового зростання [2]. До 60 % пацієнтів із соматоформними розладами, які отримують первинну медичну допомогу, страждають від супутнього тривожного та/або депресивного розладу [3]. Дослідження загальної популяції з використанням анкет самооцінки показали середню частоту для соматоформних розладів — 12,9 % (95 % ДІ 12,5—13,3 %) [4]. Одним з механізмів виникнення соматоформних розладів є підвищення активності, опосередковане гіпоталамо-гіпофізарно-наднирничковою віссю та іншими причинами, пов'язаними зі стресом, що може проявлятися по-різному: надмірною когнітивною активністю, що характеризується постійними роздумами, нав'язливими думками та труднощами «відключення», надмірною чутливістю до сприйманих загроз та емоційною реактивністю або неспокійною поведінкою, включно з фізичним збудженням, труднощами з розслабленням та порушеннями сну [5]. Розлади сну в сучасному світі становлять серйозну медичну та соціальну проблему. За даними метааналізу, поширеність проблем зі сном серед населення загалом становить 32,3 % (95 % ДІ 25,3—40,2 %) [6]. Проте на етапі першого контакту з лікарем не всі пацієнти можуть сформулювати скарги на порушення сну як на проблему власного здоров'я, тому на практиці пацієнти із соматоформними розладами можуть тривалий час не отримувати якісну медичну допомогу. Порочне коло: постійні симптоми соматоформних розладів — звернення за медичною допомогою — неефективне лікування — може негативно впливати на пацієнта та його сім'ю, оскільки час витрачено на пошук можливих причин, що порушує динаміку сім'ї [3]. Потенційний двоспрямований зв'язок між сном та супутніми психічними захворюваннями, особливо за наявності більшої кількості супутніх захворювань (наприклад, тривоги та депресії), свідчить про те, що спеціалісти зі сну повинні враховувати супутні психічні захворювання під час лікування проблем зі сном і навпаки [6].

Метою дослідження було оцінювання симптомів порушень сну у пацієнтів із соматоформними розладами.

Обстежено 120 пацієнтів Комунального підприємства «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І. І. Мечникова» Дніпропетровської обласної ради» та Комунального підприємства «Дніпропетровська багатопрофільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» Дніпропетровської обласної ради» з соматоформними розладами, у яких були та виявлені розлади сну. Усіх пацієнтів було поділено на дві групи: основну і порівняння по 60 осіб. Гендерний склад основної групи: 14 (23,3 %) чоловіків, медіанним віком 36,5 (32; 41) років та 46 (76,7 %) жінок віком 39 (30; 46) років; групи порівняння — 25 (41,7 %) чоловіків медіанним віком 42,5 (36; 48) років та 35 (58,3 %) жінок віком 39 (29; 44) років. Між пацієнтами обох груп не виявлено статистично значущої відмінності за статтю.

Пацієнтів розподілено в досліджувану (основну) групу або в групу контролю (порівняння) методом

простої фіксованої рандомізації. Діагностику соматоформних розладів проведено відповідно до критеріїв МКХ-10 [7].

Критеріями включення були підтверджений діагноз соматоформних розладів; вік від 18 до 60 років, наявність порушень сну на момент обстеження; відсутність супутніх хронічних соматичних захворювань в стадії декомпенсації; можливість проведення психопатологічного обстеження та подальшого спостереження хворих протягом не менш трьох місяців від початку лікування; надання усвідомленої письмової згоди на участь в дослідженні.

Критеріями виключення були вік пацієнтів менше ніж 18 і більше ніж 60 років; соматоформні розлади без порушень сну; наявність на момент огляду або в анамнезі психотичного епізоду, суїцидальної спроби, хронічних соматичних захворювань в стадії декомпенсації, які підтверджені відповідним висновком спеціаліста; тяжке органічне ураження ЦНС; зловживання психоактивними речовинами; відмова пацієнта від участі в дослідженні.

Проведено клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне, психодіагностичне дослідження, доповнене психометричними шкалами:

- Пітсбурзька шкала оцінки якості сну (PSQI);
- індекс важкості інсомнії (ISI);
- тест депресії Бека (BDI-II);
- Торонтська шкала алекситимії (TAS-20);
- тест «Дослідження тривожності» (опитувальник Спілбергера в адаптації Ханіна, STAI);
- методика оцінки інтегративного показника якості життя (Меззіч в адаптації Н. О. Марути).

Накопичення, коригування, систематизацію вихідної інформації та візуалізацію отриманих результатів здійснювали в редакторі електронних таблиць LibreOffice Calc 7.4 (The Document Foundation). Статистичний аналіз проводили за допомогою програми Statistica 6.1 (StatSoft Inc.) серійний номер AGAR909E415822FA. Кількісні показники оцінювали на відповідність нормальному розподілу, для цього використовували критерій Колмогорова — Смирнова). Сукупності кількісних показників, розподіл яких відрізнявся від нормального, описували за допомогою значень медіани (*Me*) та нижнього та верхнього квартилів (Q_1 ; Q_3). Номінальні дані описували із зазначенням абсолютних значень та відсоткових часток [8]. Щоб порівняти незалежні сукупності за відсутності ознак нормального розподілу даних, використовували *U*-критерій Манна — Уїтні. Кореляційний аналіз показників проводили з використанням непараметричного коефіцієнта кореляції Спірмена. Для виявлення зв'язку між бінарними змінними використовували коефіцієнт асоціації ϕ . Однорідність груп за якісними характеристиками перевіряли за критерієм χ^2 Пірсона. Значущими вважали відмінності при статистичній значущості результату $p < 0,05$ [9].

Загальна характеристика пацієнтів всієї вибірки та їх розподіл на групи наведені в табл. 1 (соціально-демографічні дані) та табл. 2 (психометричні дані).

Таблиця 1. Загальна характеристика пацієнтів вибірки

Показник	Основна група	Група порівняння	<i>p</i>
Стать: жінки чоловіки	46 (76,7) 14 (23,3)	35 (58,3) 25 (41,7)	0,08
Сімейний стан: одиначки у шлюбі	16 (26,7) 44 (73,3)	19 (31,7) 41 (68,3)	0,55
Вік, роки <i>Me</i> (<i>Q</i> ₁ ; <i>Q</i> ₃), роки	38 (30,5; 44,5)	39 (30,5; 45,5)	0,72
Вікові групи: до 35 років більше ніж 35 років	20 (33,3) 40 (66,7)	19 (31,7) 41 (68,3)	0,85

Примітка: *p* — розбіжності між групами за критерієм χ^2 Пірсона

Таблиця 2. Психометрична характеристика пацієнтів вибірки

Показники	<i>Me</i> (<i>Q</i> ₁ ; <i>Q</i> ₃), бали		<i>p</i>
	Основна група	Група порівняння	
Тяжкість інсомнії (за ISI)	22 (17,5; 25,5)	22,5 (17,5; 26)	0,96
Вираженість диссомнії (за PSQI)	17 (14; 18)	17 (15,5; 18)	0,91
Депресія (за BDI-II)	26 (19,5; 38,5)	28 (19; 36)	0,95
Особистісна тривожність	59 (54,5; 79)	58 (43; 65,5)	0,57
Ситуаційна тривожність	65 (50,5; 68)	64 (49,5; 67)	0,44
Алекситимія	60 (54,5; 79)	61,5 (56; 70,5)	0,41

Примітка. Тут і далі: *p* — розбіжності між групами за критерієм Манна — Уїтні (*U*)

В результаті аналізу характеристик та показників обстежених пацієнтів статистично значущих відмінностей між пацієнтами обох груп не виявлено.

Медіанний вік відповідав молодому віку за ВООЗ. Показник тяжкості інсомнії відповідав важкій інсомнії, а показник вираженості диссомнії свідчив про виражені порушення сну. Вираженість депресивних симптомів за шкалою депресії Бека відповідала помірно важкій депресії. За опитувальником алекситимії виявлено наявність алекситимії у вибірці. Ситуативна та особистісна тривожність за опитувальником Спілбергера відповідали високому рівню.

Оцінюючи результати за опитувальником Індекс тяжкості інсомнії Ch. Morin (табл. 3), ми виявили за всіма показниками значні порушення: зниження якості життя у зв'язку з поганим сном, складнощі із засинанням, низька задоволеність сном, часте та/або довготривале пробудження, раннє ранкове пробудження, стурбованість поганим сном та зниження працездатності у зв'язку з поганим сном. Достовірних статистичних відмінностей між групами спостереження не виявлено.

Таблиця 3. Показники вираженості клінічних особливостей порушень сну за даними індексу тяжкості інсомнії Ch. Morin

Показники	<i>Me</i> (<i>Q</i> ₁ ; <i>Q</i> ₃), бали		<i>p</i>
	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

Під час оцінювання показників диссомнії за Пітсбурзьким опитувальником індексу якості сну виявлено, що пацієнти основної групи та групи порівняння мали найбільшу вираженість порушень за компонентом денного функціонування. В основній групі також була максимальна вираженість компонента суб'єктивна якість сну. Достовірних відмінностей за всіма компонентами PSQI між групами не виявлено (табл. 4).

Таблиця 4. Аналіз показників диссомнії за Пітсбурзьким опитувальником індексу якості сну

Компоненти	<i>Me</i> (<i>Q</i> ₁ ; <i>Q</i> ₃), бали		<i>p</i>
	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

Під час оцінювання рівня депресії у обстежених виявлено, що 40 % пацієнтів основної групи і 42 % пацієнтів групи порівняння мали важку депресію, 40 % основної і 35 % групи порівняння — депресію помірного рівня, 18 % і 23 % відповідно — легку депресію. В основній групі 2 % пацієнтів не мали депресії за BDI-II, а в групі порівняння таких пацієнтів не було (рис. 1). Достовірних відмінностей між групами у поширеності депресії не виявлено (за критерієм χ^2 Пірсона).

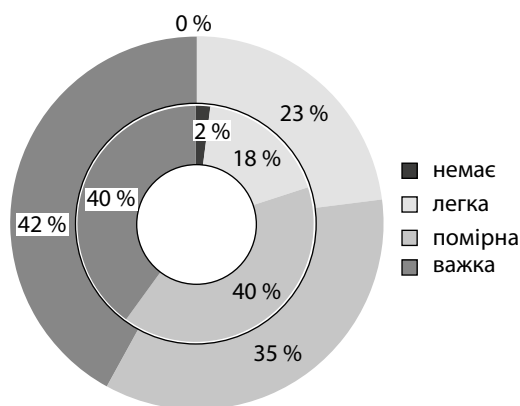


Рис. 1. Поширеність вираженості депресії за BDI-II (внутрішнє кільце — основна група, зовнішнє — група порівняння)

Під час оцінювання тривожності за опитувальником Спілбергера виявлено, що високий рівень ситуативної тривожності спостерігався у 80 %, а особистісної — у 70 % обстежених. Помірна ситуативна тривожність — у 18,3 %, а помірна особистісна — у 30 %. Низька особистісна тривожність у обстежених не спостерігалася, а низька ситуативна — лише у 1,7 % пацієнтів (рис. 2).

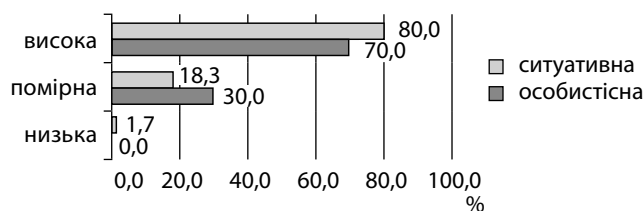


Рис. 2. Поширеність вираженості тривожності за STAI

Результати проведених обстежень дають змогу дійти таких висновків. Серед обстежених виявлені виражені порушення сну як за індексом якості сну за Пітсбурзьким опитувальником, так і за індексом тяжкості інсомнії. Отримані в результаті дослідження дані щодо клінічних особливостей пацієнтів обох груп з огляду на вік, тривожність, симптоми депресії та наявність алекситимії можуть бути підґрунтям для диференційованого вибору стратегії лікування порушень сну у пацієнтів з соматоформними розладами.

Список літератури

- Огоренко В. В. Інтегративний підхід в генезі психосоматичних розладів з позицій концепцій про особистість / В. В. Огоренко, А. В. Шорніков // Вісник проблем біології і медицини. 2019. Т. 2; № 4. С. 14—17. DOI: 10.29254/2077-4214-2019-4-2-154-14-17.
- Зінченко О. М. Динаміка показників захворюваності на невротичні, пов'язані із стресом та соматоформні розлади у сільського населення України // Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2020. № 13. С. 43—47. DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2020-13-06>.
- Case report: new insights into persistent chronic pelvic pain syndrome with comorbid somatic symptom disorder /

[Huang J., Zhong Y., Duan Y., Sun J.] // *Frontiers in psychiatry*. 2023. Vol. 14. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1119938>.

- Somatic symptom disorder: a scoping review on the empirical evidence of a new diagnosis / Löwe B., Levenson J., Depping M., [et al.] // *Psychological Medicine*. 2022. Vol. 52, no. 4. P. 632—648. URI: 10.1017/S0033291721004177.

- Anxiety, depression, and brain overwork in the general population of Mongolia / Lkhagvasuren B., Hiramoto T., Bat-Erdene E. [et al.] // *Scientific reports*. 2024. Vol. 14, no. 1. DOI: 10.1038/s41598-024-52779-w.

- Sleep problems during COVID-19 pandemic by population: a systematic review and meta-analysis / Jahrami H., BaHammam A. S., Bragazzi N. L. [et al.] // *Journal of clinical sleep medicine*. 2021. Vol. 17, no. 2. P. 299—313. DOI: <https://doi.org/10.5664/jcsm.8930>.

- Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я / Всесвітня організація охорони здоров'я; Український ін-т громадського здоров'я. Київ : Здоров'я, 1998. Т. 1: Ч. 1. 685 с.

- Іванчук М. Особливості статистичного аналізу медико-психологічних досліджень / М. Іванчук, О. Поліщук // *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2020. Т. 5, № 4. DOI: 10.26766/pmgrp.v5i4.255.

- Статистичний аналіз відносних величин у медицині / [М. А. Іванчук, І. В. Малик, Т. В. Книгніцька, Т. О. Лукашів] // *Клінічна та експериментальна патологія*. 2020. Т. 18, № 4. С. 109—114. DOI: 10.24061/1727-4338.XVIII.4.70.2019.300.

References

- Ogorenko, V. V., & Shornikov, A. V. (2019). Intehratyvnyi pidkhid v genezi psykhosomatychnykh rozladiv z pozytsii kontseptsii pro osobystist [An integrative approach in the genesis of psychosomatic disorders from the standpoint of personality concepts]. *Visnyk Problem Biologii i Medytsyny [Bulletin of problems biology and medicine]*, (4/2), 14—17. doi: 10.29254/2077-4214-2019-4-2-154-14-17. (In Ukrainian).
- Zinchenko, O. M. (2020). Dynamika pokaznykiv zakhvoriuvanosti na nevrotichni, poviazani iz stresom ta somatoformni rozlady u silskoho naselennia Ukrainy [Dynamics of the incidence of neurotic, stress-related and somatoform disorders in the rural population of Ukraine]. *Psykhatriia, neurolohiia ta medychna psykhoholohiia [Psychiatry, Neurology and Medical Psychology]*, (13), 43—47. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2020-13-06>. (In Ukrainian).
- 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 Jan 20;14:1119938. doi: 10.3389/fpsy.2023.1119938.
- Löwe B, Levenson J, Depping M, et al. Somatic symptom disorder: a scoping review on the empirical evidence of a new diagnosis. *Psychological Medicine*. 2022;52(4):632-648. doi: 10.1017/S0033291721004177.
- Lkhagvasuren B, Hiramoto T, Bat-Erdene E, Tumurbaatar E, Tumur-Ochir G, Amartuvshin T, Dashtseren M, Lai E, Viswanath V, Oka T, Jadamba T. Anxiety, depression, and brain overwork in the general population of Mongolia. *Sci Rep*. 2024 Jan 30;14(1):2484. doi: 10.1038/s41598-024-52779-w.
- Jahrami H, BaHammam AS, Bragazzi N L, 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 Feb 1;17(2), 299–313. doi: 10.5664/jcsm.8930.

7. Vsesvitnia orhanizatsiia okhorony zdorovia; Ukrainskyi in-t hromadskoho zdorovia. Mizhnarodna statystychna klasyfikatsiia khvorob ta sporidnennykh problem okhorony zdorovia. World Health Organization; Ukrainian Institute of Public Health. [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems]. Kyiv : Zdorovia [Health], 1998. Vol. 1: Part 1. 685 p.

8. Ivanchuk M., & Polishchuk, O. (2020). Osoblyvosti statystychnoho analizu medyko-psykholohichnykh doslidzhen. [Peculiarities of statistical analysis of medical and psychological research]. *Psykhosomatychna Medytsyna ta Zahalna Praktyka* [Psychosomatic medicine and general practice], 5(3), e0504255. doi: 10.26766/pmgp.v5i3.255. (In Ukrainian).

9. Ivanchuk M. A., Malyk I. V., Knihnitska T. V., & Lukashiv T. O. (2020). [Statystychnyi analiz vidnosnykh velychyn u medyt-syni]. *Klinichna ta eksperymentalna patolohiia* [Clinical and experimental pathology]. 18. 109-114. doi: 10.24061/1727-4338. XVIII.4.70.2019.300. (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 18.11.2024

Відомості про авторів:

ОГОРЕНКО Вікторія Вікторівна, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри*; e-mail: ogorenkov@gmail.com

МАКАРОВА Інна Іванівна, аспірант кафедри*; e-mail: inna.iv.makarova@gmail.com

* — кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету, м. Дніпро, Україна

Information about the authors:

OGORENKO Viktoriia, Doctor of Medical Sciences, Professor Head of the Department**; e-mail: ogorenkov@gmail.com

MAKAROVA Inna, Postgraduate Student of Department**; e-mail: inna.iv.makarova@gmail.com

** — Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Dnipro State Medical University, Dnipro, Ukraine