

Аналіз феноменів тривоги та депресії у перші тижні війни: гендерно-вікові аспекти

Людмила Юр'єва
Сергій Вишніченко

Дніпровський державний медичний університет
Навчально - науковий інститут неперервної освіти НАУ

Андрій Шорніков

Дніпровський державний медичний університет

Актуальність. Відомою є висока поширеність психогенних, зокрема депресивних та тривожних, розладів у осіб, які піддалися дій надзвичайних за інтенсивністю психотравмуючих впливів. Проте дані щодо депресії та/або тривоги у перші тижні війни відсутні. Мета дослідження - оцінити поширеність тривоги та депресії, а також виявити фактори ризику розвитку даних станів у осіб під час перших тижнів війни.

Методи. Одномоментне поперечне епідеміологічне дослідження, в яке включені 140 респондентів, які добровільно та анонімно заповнювали анкету з скаргами, анамнестичними відомостями та шкали самооцінки депресії PHQ-9 та тривоги GAD-7.

Результати. Середня вираженість тривоги склала 8,0 (4,5; 12,5) балів. Поширеність тривоги за тестом GAD-7 склала при точні відсічі 4 бали - 75% опитаних, при точці відсічі 10 балів - 37,86 % (53/140) опитаних. Середня вираженість депресії склала 8,5 (5,0; 12,5) балів. Поширеність депресії за тестом PHQ -9 склала при точні відсічі 4 бали - 76,4% опитаних (107/140), при точці відсічі 10 балів - 42,5 % (60/140) опитаних. В результаті дослідження статистично достовірних відмінностей по статі, віку, зайнятості, наявності скарг, хронічних захворювань, перенесеного COVID-19 та наявності вакцинації від нього не встановлено.

Висновки. Поширеність тривоги та депресії в перші тижні війни є високою. Найбільш значущими факторами ризику розвитку тривоги та депресії є кількість скарг, наявність депресії/тривоги відповідно та суб'єктивно знижена здатність до праці. Перенесений COVID-19 чи вакцинація від нього не мали впливу на появу депресії та тривоги.

Аналіз феноменів тривоги та депресії у перші тижні війни: гендерно-вікові аспекти

Актуальність

Військові конфлікти завжди несприятливо впливають на психіку не тільки комбатантів, а і цивільного населення, незадіяного безпосередньо в бойових діях. До факторів впливу відносять страх бойових дій, погіршення матеріального становища, хронічний стрес через повітряні атаки, утруднення отримання кваліфікованої допомоги, вимушена міграція населення тощо. Відсутність ефективного лікування, страх смерті, втрата близьких, соціальна ізоляція, надлишок інформації і дезінформації у ЗМІ, виснаження запасів, панічні покупки та неадекватна психосоціальна підтримка можуть негативно позначитися на психічному здоров'ї людини. Окремо слід розглядати військовий досвід, до якого відносять: пряму особисту шкоду, свідчення насильства, смерті, загрозу близьким, участь у бойових діях та сексуальне

насильство. В дослідженні військового досвіду у дітей Уганди виявлено, що «свідчення насильства, смерті» є факторами ризику виникнення симптомів депресії /тривоги в обох статей; «сексуальне насильство» незалежно передбачає симптоми депресії/тривоги у дівчаток, в той час як «загроза близьким» незалежно пророкує симптоми депресії/тривоги у чоловіків 1.

Підсумком впливу війни на психіку є ризику виникнення розладів, безпосередньо пов'язаних зі стресом, від гострої реакції на стрес до посттравматичного стресового розладу. Так, наприклад у дослідженні впливів війни на населення Афганістану виявлено, що загальна поширеність психологічного дистресу становить 47,12%, рівень поширеності посттравматичного стресового стресу за 12 місяців становив 5,34%, генералізованого тривожного розладу – 2,78%, а депресивного епізоду становив 11,71% 2. За даними опитування населення в рамках Ініціативи Всесвітньої організації охорони здоров'я з дослідження психічного здоров'я (n=51 295), при впливі на особу факторів, які потенційно можуть викликати ПТСР, поширеність депресії складає від 40,6 до 60,8 %, а тривоги – від 46,2 до 85,8% 3. При чому зі збільшенням кількості травматичних подій зростає і поширеність розладів.

Також слід враховувати, що критерії МКХ-11 щодо стресових розладів допускають не безпосередній вплив стресового фактора, що розширює коло постраждалих від стресового фактора осіб за рахунок спостереження наслідків війни в не цензурованих медіа (особливо у соціальних медіа). Поширеність тривоги і депресії є значною у країнах, де триває війна, але вона є недостатньо вивченою в перші дні після початку конфлікту. Більш глибоке розуміння факторів ризику впливу травмуючих подій може мати велике значення для планування профілактичних втручань і прогнозування потреб у послугах 4. Розуміння психічного (емоційного) стану населення в перший місяць після початку війни є важливою запорукою надання кваліфікованої психологічної допомоги в перші дні. Також це може допомогти у розумінні механізмів виникнення розладів пов'язаних зі стресом задля їх ефективного лікування.

Мета дослідження

оцінити емоційний стан мирного населення в перші тижні війни та виявити фактори ризику розвитку психічної дезадаптації.

Методи дослідження

Дизайн дослідження: одномоментне поперечне епідеміологічне дослідження. Критерії включення: особи, віком від 18 років, добровільна згода на участь у дослідженні, критерії виключення – відсутність інформованої згоди, наявність хронічної психічної патології.

Дослідження шляхом поширення і заповнення запропонованої анкети (на платформі GoogleForms (Alphabet Inc.), яка розповсюджувалася у соціальних мережах, Telegram, та шляхом розміщення посилання на анкету у системі Moodle (Moodle Pty Ltd). Дані збирали з 01 по 15 березня 2022 року, що скадало 1-3 тижні війни в Україні. Розроблена авторами дослідження анкета включала питання щодо скарг (тривога, знижений настрій, порушення пам'яті та концентрації уваги, порушення сну та апетиту, неприємні відчуття в тілі, роздратованість, приступи паніки, зниження отримання задоволення тощо), даних анамнезу. Наявність депресивного розладу оцінювали з використанням опитувальника здоров'я пацієнта (Patient Health Questionnaire - PHQ-9): за депресію вважати 10 або більше балів за цією шкалою 5. Рівень тривоги визначали за шкалою генералізованого тривожного розладу (GAD-7): за патологічну тривогу вважати 10 або більше балів за цією шкалою 6.

Статистичний аналіз

Для побудови набору даних та проведення статистичного аналізу був використаний статистичний пакет STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., Серійний № AGAR909E415822FA). Перевірка на нормальність розподілу показників проводилась за допомогою критерію Шапіро-Уїлка. Описові статистики в тексті представлені у вигляді медіани (Me) та інтерквартильного розмаху (IQR) – Q1(25-й перцентиль) і Q3 (75-й перцентиль) – при асиметричному розподілі, або у вигляді середнього та стандартного відхилення ($M \pm SD$) при нормальному розподілі даних. Достовірність відмінностей оцінювали за допомогою тесту Манна-Уїтні. Достовірними вважали показники $p < 0,05$.

Результати дослідження

На першому етапі було обстежено за допомогою он-лайн тестування 140 осіб віком 29,5 (21;45,5) років з яких 85 % склали особи жіночої статі (табл. 1).

Таблиця 1. Гендерно-вікові характеристики опитаних

Стать	Показники		Вік				
						18-29	30-39
жінки	Абс.ч.	119	55	24	27	12	1
	%	85	39,29	17,14	19,29	8,57	0,7
чоловіки	Абс.ч.	21	15	1	2	2	1
	%	15	10,71	0,7	1,43	1,43	0,7
Всього	Абс.ч.	140	70	25	29	14	2
	%	100	50	17,86	20,71	10	1,43

Розподіл опитаних за професійною діяльністю наведено у табл. 2. Переважали здобувачі вищої (частіше медичної) освіти та фахівці з вищою освітою.

Таблиця 2. Основна зайнятість опитаних

Професія	Абс.ч .	%
Лікар-психіатр або нарколог	3	2,14
Психолог	46	32,86
Лікар іншої спеціальності	2	1,43
Студент	56	40,0
Інше	10	7,14
Не вказали	23	16,43
<i>Всього</i>	<i>140</i>	<i>100</i>

Скарги на тілесні прояви тривоги є поширеними у осіб з психогенними розладами. Медіанна кількість скарг на одного опитаного склала 5(2;7) скарг, при цьому лише 10% (14/140) мали менше 4 скарг, а лише 5,7% не мали скарг взагалі. Рейтинговий та частотний аналіз скарг наведено у табл. 3. При цьому до фахівців з психічного здоров'я з приводу зазначених скарг звернулися тільки 8,6% (12/140) осіб, і не зверталось 91,4% (128/140) осіб відповідно. Наявність хронічної соматичної та/або неврологічної патології до введення військового стану відмітили 22,1% осіб (31/140), заперечили - 77,9% осіб (109/140).

Таблиця 3. Рейтинговий та частотний аналіз скарг

Скарги	Абс.ч .	В %	Рейтинг
Тривога	90	64,3	1
Знижений настрій	76	54,3	2
Напруження	76	54,3	2
Роздратованість	58	41,4	3
Труднощі в концентрації уваги	55	39,3	4
Ранні пробудження	49	35	5
Підвищена стомлюваність	48	34,3	6
Поганий апетит	48	34,3	6
Слабкість	46	32,9	7
Зниження відчуття задоволення	40	28,6	8
Труднощі при засипанні	37	26,4	9
Зниження пам'яті	30	21,4	10
Страх смерті	30	21,4	10
Неприємні відчуття в тілі	28	20	11
Пристипи паніки	27	19,3	12
Скарги відсутні	8	5,7	13
Інше	7	5	14

Середня вираженість тривоги склала 8,0 (4,5; 12,5) балів. Поширеність тривоги за тестом GAD-7 склала при точні відсічі 4 бали - 75% опитаних, при точці відсічі 10 балів - 37,86 % (53/140) опитаних. Докладно поширеність тривоги в залежності від статі і вікових груп подано у табл. 4 та 5. Достовірних відмінностей за статтю у показниках тривоги не визначено ($P=0,380837$ за тестом Манна-Уїтні). У відповіді на питання про зниження здатності працювати середній показник склав 5 (3; 8) балів, при чому майже чверть (36/140) оцінила нездатність працювати на 8 та більше балів з десяти можливих.

Таблиця 4. Поширеність тривоги за шкалою GAD-7 залежно від статі

	Жінки		Чоловіки		Всього	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
Відсутня	6	4,29%	29	20,71%	35	25,00%
Легка	9	6,43%	43	30,71%	52	37,14%
Помірна	4	2,86%	26	18,57%	30	21,43%
Важка	2	1,43%	21	15,00%	23	16,43%

Таблиця 5. Поширеність тривоги за шкалою GAD-7 залежно від віку

Тривога								
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
	13	19,70%	10	25,64%	10	30,30%	2	100,00%
	24	36,36%	13	33,33%	15	45,45%	0	0
	16	24,24%	9	23,08%	5	15,15%	0	0

13	19,70%	7	17,95%	3	9,09%	0	0
Kruskal-Wallis test: $H(3, N=140) = 7,212044$ $p = 0,0654$							

Середня вираженість депресії склала 8,5 (5,0; 12,5) балів. Поширеність тривоги за тестом PHQ-9 склала при точні відсічі 4 бали - 76,4% опитаних (107/140), при точці відсічі 10 балів - 42,5% (60/140) опитаних. Докладно поширеність тривоги в залежності від статі і вікових груп подано у табл. 6 та 7. Достовірних відмінностей за статтю у показниках тривоги не визначено ($P=0,573888$ за тестом Манна-Уїтні).

Таблиця 6. Поширеність депресії за шкалою PHQ-9 залежно від статі

Тяжкість депресії	Жінки		Чоловіки		Всього	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
відсутня	27	22,7	6	28,6	33	23,6
М'яка	40	33,6	7	33,3	47	33,6
Помірна	35	29,4	6	28,6	41	29,3
Середньої важкості	14	11,8	0	0	14	10,0
Важка	3	2,5	2	9,5	5	3,5

Таблиця 7. Поширеність депресії за шкалою PHQ-9 залежно від віку

Тяжкість депресії	18-29		30-49		50-69		70+	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
відсутня	10	15,15%	11	28,21%	10	30,30%	2	100,00%
М'яка	20	30,30%	13	33,33%	14	42,42%	0	0
Помірна	23	34,85%	11	28,21%	7	21,21%	0	0
Середньої важкості	10	15,15%	2	5,13%	2	6,06%	0	0
Важка	3	4,55%	2	5,13%	0	0,00%	0	0
Kruskal-Wallis test: $H(3, N=140) = 12,00976$ $p = 0,0074$								

Наявність перенесеної коронавірусної інфекції, вакцинації, зокрема і неповної не впливали на виникнення та вираженість тривоги і депресії у досліджуваних. Також на вираженість і наявність ознак депресії та тривоги не вплинули наявність хронічної соматичної чи психічної патології до війни та звертання за медичною допомогою з цього приводу.

Кореляційний зв'язок між деякими факторами наведено у таблиці 8. При проведенні кореляційного аналізу встановлений достовірний високої сили кореляційний зв'язок між показниками сумарних балів за опитувальниками тривоги і депресії.

Також виявлений високої сили прями кореляційні зв'язки показників тривоги та депресії зі суб'єктивним зниженням здатності до праці та сумарною кількістю соматичних скарг у загальній виборці (табл. 8).

Таблиця 8. Кореляційний взаємозв'язок між окремими показниками (загальний результат)

	1,000000	-0,225222	-0,180951	-0,108928	-0,265340
	-0,225222	1,000000	0,684766	0,482010	0,680253
	-0,180951	0,684766	1,000000	0,411047	0,751278
	-0,108928	0,482010	0,411047	1,000000	0,498497
	-0,265340	0,680253	0,751278	0,498497	1,000000

Обговорення результатів дослідження

Поширеність депресії серед опитаних становить 42,5 % (60/140) опитаних. Цей показник відповідає нашим попереднім даним про поширеність депресивних симптомів під час пандемії COVID-19, який склав 44,8 % [7](#). В дослідженні населення Сирійської Арабської Республіки, де війна триває вже більше 5 років, з використанням співставних методів дослідження виявлено, що поширеність депресії склала 83,4% (3326/3989) [8](#). Проте, якщо у нашому дослідженні знизити рівень діагностики до 5 балів і більше за шкалою PHQ-9, то ми отримаємо співставні результати - 76,4% опитаних (107/140) ($p=0,05$).

Порівнюючи отримані дані з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, яка оцінює поширеність депресії в залежності від регіону [9](#): від низьких 2,6% серед чоловіків у Західній частині Тихого океану до 5,9% серед жінок в Африці, ми визнаємо, що військові конфлікти, епідемії та пандемії суттєво впливають на настрій населення.

Аналогічні результати ми спостерігаємо і при співставленні результатів поширеності тривоги: 75% (105/140) в поточному дослідженні та 69,3% (2777/3989) в дослідженні Mohsen та співав. при точні відсічі 4 бали ($p=0,213$) [8](#). При точці відсічі у 10 балів поширеність тривоги в поточному дослідженні склала 37,86 % (53/140), що недостовірно перебільшує поширеність тривоги під час розпаду пандемії коронавірусної інфекції - 27,9 (43/154) при $p=0,3454$ [7](#). Отримані дані щодо поширеності тривоги свідчать про значну кількість травмуючих факторів, оскільки за даними ВООЗ частка світового населення з тривожними розладами в 2015 році оцінюється в 3,6%. Як і при депресії, тривожні розлади частіше зустрічаються серед жінок, ніж серед чоловіків (4,6% порівняно з 2,6% на глобальному рівні) [9](#).

Обмеження дослідження

Проведене дослідження має певні обмеження у не репрезентативності його на загальну популяцію, оскільки воно охоплює переважно осіб «допомагаючих» спеціальностей, зокрема фахівців психічного здоров'я. Для підвищення достовірності проведеного дослідження необхідно збільшити репрезентативну вибірку, за допомогою статистичних методів нівелювати велику різницю між респондентами чоловіками та жінками.

Висновки

1. Поширеність депресії та тривоги в перший місяць війни є високою та співставною з цими показниками під час COVID-19.
2. Найбільш значущими факторами ризику розвитку депресії є висока кількість соматичних скарг, наявність тривоги та суб'єктивно знижена працездатність.
3. Перенесений COVID-19 чи вакцинація від нього в нашому дослідженні не мали впливу

на появу депресії та/або тривоги.

4. Найбільш значущими факторами ризику розвитку тривоги в перший місяць війни є висока кількість скарг на самопочуття та наявність депресії.

Конфлікт інтересів

Автори заявляють про відсутність будь-якого конфлікту інтересів.

Посилання

1. Amone-P'Olak K, Ovuga E, Croudace TJ, Jones PB, Abbott R. The influence of different types of war experiences on depression and anxiety in a Ugandan cohort of war-affected youth: the WAYS study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014;49(11):1783-1792. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0873-5>
2. Kovess-Masfety V, Keyes K, Karam E, Sabawoon A, Sarwari BA. A national survey on depressive and anxiety disorders in Afghanistan: A highly traumatized population. *BMC Psychiatry.* 2021;21(1):314. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03273-4>
3. Karam EG, Friedman MJ, Hill ED, et al. Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the World Mental Health (WMH) surveys. *Depress Anxiety.* 2014;31(2):130-142. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.22169>
4. Benjet C, Bromet E, Karam EG, et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine.* 2016;46(2):327-343. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291715001981>
5. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606-613. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
6. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006;166(10):1092-1097. DOI: <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
7. Юр'єва ЛМ, Тимофєєв РМ, Шорніков АВ, Кульбицька МО. Поширеність тривоги та депресії та фактори ризику їх виникнення у студентів медиків які перенесли COVID-19. *Психосоматична медицина та загальна практика.* 2021;Т. 6(№ 3):e0603309. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/309>
8. Mohsen F, Bakkar B, Melhem S, et al. Psychological health problems among Syrians during war and the COVID-19 pandemic: national survey. *BJPsych International.* 2021;18(3). DOI: <https://doi.org/10.1192/bji.2021.16>
9. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. World Health Organization; 2017. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>

Посилання

1. Amone-P'Olak K, Ovuga E, Croudace TJ, Jones PB, Abbott R. The influence of different types of war experiences on depression and anxiety in a Ugandan cohort of war-affected youth: the WAYS study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014;49(11):1783-1792. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0873-5>
2. Kovess-Masfety V, Keyes K, Karam E, Sabawoon A, Sarwari BA. A national survey on depressive and anxiety disorders in Afghanistan: A highly traumatized population. *BMC Psychiatry.* 2021;21(1):314. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03273-4>



3. Karam EG, Friedman MJ, Hill ED, et al. Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the World Mental Health (WMH) surveys. *Depress Anxiety*. 2014;31(2):130-142. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.22169>
4. Benjet C, Bromet E, Karam EG, et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*. 2016;46(2):327-343. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291715001981>
5. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-613. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
6. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092-1097. DOI: <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
7. Юр'єва ЛМ, Тимофєєв РМ, Шорніков АВ, Кульбицька МО. Поширеність тривоги та депресії та фактори ризику їх виникнення у студентів медиків які перенесли COVID-19. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2021;Т. 6(№ 3):e0603309. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/309>
8. Mohsen F, Bakkar B, Melhem S, et al. Psychological health problems among Syrians during war and the COVID-19 pandemic: national survey. *BJPsych International*. 2021;18(3). DOI: <https://doi.org/10.1192/bji.2021.16>
9. World Health Organization. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. World Health Organization; 2017. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>