

# Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) і супутні з ним депресивні симптоми в осіб з регіонів, що значно постраждали від агресії РФ

Олександр Напреевко

Роман Долинський

НМУ імені О.О. Богомольця, завдувач кафедри психіатрії та наркології

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

## Анотація

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – хронічний психічний розлад, що призводить до зниження якості життя та зростання економічного тягаря. Вплив травматичного стресу є провідним тригером розвитку ПТСР.

Досліджено поширеність ПТСР серед цивільного населення деокупованих та постраждалих від бойових дій регіонів Чернігівської, Харківської, Дніпропетровської та Сумської області, оцінений ризик розвитку супутніх депресивних симптомів у пацієнтів з ознаками ПТСР.

Середня поширеність ознак ПТСР у регіонах України, які серйозно постраждали і продовжують страждати від російської агресії становить 24,7%. Найуразливішими до ПТСР виявилися молоді люди - у віці 18-29 років поширеність клінічних проявів ПТСР становила 32,6%. Ознаки ПТСР у переважній більшості випадків супроводжувались депресивними проявами. Наявність клінічних ознак ПТСР у понад 15 разів підвищує ризик депресивних розладів.

## Актуальність

Повномасштабна російська агресія, що триває вже понад 2 роки, гостро поставила питання розвитку і поширення ПТСР серед цивільного населення. Особливістю психотравмівної ситуації, пов'язаної з цією війною, є її тривалий характер. Жителі значної частини України, які перебували під окупацією впродовж декількох місяців, і після звільнення постійно зазнають ворожих атак, втрачають близьких, знайомих та сусідів, їхні домівки руйнуються. До цього додається група психотравмівних факторів, пов'язаних з службою близьких у лавах ЗСУ, страх їхньої втрати, поранення, або їхня загибель, що вже сталася; у таких умовах на плечі цивільних осіб лягає ще додатковий тягар турботи про дітей або літніх родичів, господарство тощо [1].

ПТСР продовжує бути суттєвим викликом для сфери ментального здоров'я по всьому світу як в умовах воєн, так і після них. ПТСР та його наслідки можуть погіршувати якість життя та зумовлювати великий соціоекономічний тягар упродовж десятиліть після закінченні воєнних конфліктів [2]. За останніми оцінками, розповсюдженість цього розладу сягає 4-8%, в залежності від соціокультурних особливостей, масштабності стресового фактору, критеріїв діагностики тощо [3]. Тому дослідження поширеності та тяжкості ПТСР у цивільних осіб, які

проживають на деокупованих або прифронтових територіях, є необхідною передумовою розробки довготривалої програми подолання цього тягаря, у тому числі й після закінчення війни.

Депресивні симптоми є найчастішими супутниками ПТСР [4], тому важливим є також аналіз поширеності їхніх проявів та залежності від тяжкості ПТСР. Депресивні прояви можуть виявлятися як частина картини ПТСР або бути окремими коморбідними розладами. Взаємозв'язок між депресивним розладами як нозологією та ПТСР дискутується донині, проте безсумнівним вважається вищий ризик розвитку ПТСР у пацієнтів з існуючим депресивним розладом на момент отримання психотравми, а також можливість маніфестації тяжких депресивних розладів на тлі ПТСР [5]. Очевидно, що поєднання ПТСР та депресивних симптомів суттєво погіршує якість життя і ускладнює лікування.

## Матеріали і методи дослідження

Дослідження проводилося під час роботи мобільних бригад медичної та психологічної допомоги, роботу яких організувала ГО «Інфекційний контроль в Україні» за підтримки Cogus International у деокупованих та постраждалих від бойових дій регіонах Чернігівської, Сумської, Дніпропетровської і Харківської областей з вересня 2022 по березень 2024. Усім пацієнтам, що звертались по психологічну допомогу, проводилося тестування за двома скринінговими тестами: опитувальником симптомів ПТСР PCL-C (цивільна версія) та опитувальником із депресії PHQ-9.

PCL – шкала самооцінки, що базується на критеріях DSM-IV та містить 17 пунктів – ознак ПТСР. Респонденти оцінюють кожний пункт від 1 (зовсім ні) до 5 (дуже виражено), щоб вказати ступінь прояву конкретного симптому впродовж минулого місяця. Ми використовували PCL у версії для цивільного населення (PCL-C), згідно з якою діапазон оцінки симптомів може перебувати в межах від 17 до 85 балів [6].

Цілі використані PCL-C полягають у:

- персоналізованому скринінгу на прояви ПТСР
- встановлення попереднього діагнозу ПТСР
- моніторингу зміни симптомів впродовж і після лікування

Незважаючи на те, що шкали самооцінювання симптомів не слід використовувати для встановлення формалізованого діагнозу, PCL-C з діагностичним порогом для цивільних о 44 бали виявився ефективним діагностичним інструментом.

PCL продемонстрував вагомі психометричні якості. Оцінка внутрішньої послідовності (альфа Кронбаха) знаходиться між .94 та .97. Про надійність випробувального ретестування повідомили як .96 за 2-3 дні, і .88 за 1 тиждень. PCL позитивно корелює з Міссісіпською шкалою оцінки ПТСР з конвергентною валідністю між  $r = .85$  та  $r = .93$ . Граничний бал 50 для діагностування ПТСР продемонстрував хорошу чутливість (.78 до .82) і специфічність (.83 до .86). Зменшення балів до 44 показало кращу чутливість (.94), специфічність (.86) і повну діагностичну ефективність (.90) [6, 7].

Хоча діагностичним критерієм ПТСР для цивільних осіб вважається кількість балів, набраних у тесті, не менше 44 (далі - PCL-C-44), в своєму дослідженні, зважаючи на значну поширеність і тривалість психотравмивних обставин у житті респондентів, ми ввели додатковий поріг «настороги» щодо ПТСР, яку визначали у пацієнтів, що набрали 34 бали та більше (далі PCL-C-34). Введення такого субдіагностичного порогу мало на меті оцінювання впливу психотравмивної ситуації на ризик виникнення депресивних розладів.

PHQ-9 є інструментом самоопитування для первинної діагностики найрозповсюдженіших

розладів психіки з проявами депресії, в якому оцінюється кожний з 9 критеріїв DSM-5 за шкалою від 0 (зовсім немає) до 3 (майже кожен день). Сума балів 5, 10, 15 і 20 відповідає легкій, помірній, помірно вираженій і вираженій депресії. За даними повторюваних інтерв'ю по розширених тестах, сума балів PHQ-9  $\geq 10$  мала чутливість 88% і специфічність 88% для великого депресивного розладу [8].

Статистичну обробку даних проводили із застосуванням IBM SPSS Statistics, Version 29.0.2.0 (20), обчислюючи на основі результатів тестування по шкалах PCL-C та PHQ-9 відношення шансів (Risk Ratio) і різницю ризиків (Risk Difference), що є головними показниками для когортних досліджень [9]. Достовірність отриманих результатів оцінювали за допомогою t-критерія Стьюдента-Фішера.

## Результати дослідження

Загалом обстежено 1243 жителів постраждалих регіонів віком 18-86 років. Серед тих, хто звертався по допомогу психологів мобільних бригад, значно переважали жінки (84% обстежених). Особи віком понад 60 років становили 37% обстежених. У середньому по регіонах, включених у дослідження, 24,7% (ДІ 22,3-27,1) обстежуваних різного віку мали ознаки, що дозволяють запідозрити ПТСР (набрали не менш 44 балів за PCL-C) та 50,3% (ДІ 47,5-53,1) - серед усіх обстежуваних різного віку мали ознаки настороги щодо наявності ПТСР (набрали не менш 34 балів за PCL-C).

### Таблиця 1.

#### Результати тестування за опитувальником PCL-C

Вікова група	N		%		%
18-29	86	53	61,6	28	32,6
30-39	168	77	45,8	47	28,0
40-49	238	121	50,8	66	27,7
50-59	249	119	47,8	70	28,1
60-69	314	166	52,9	72	22,9
70-79	166	77	46,4	19	11,4
80-86	22	12	54,5	5	22,7
<b>Разом</b>	<b>1243</b>	<b>625</b>	<b>50,3</b>	<b>307</b>	<b>24,7</b>

Частіше запит на допомогу психологів виникав у пацієнтів вікової групи 50-59 років (37,3% респондентів), при цьому клінічно значущі ознаки ПТСР виявлені у 28,1% осіб цієї вікової групи. Натомість, хоча представники вікової групи 18-29 років зверталися рідше за всіх (11,1% респондентів), поширеність ПТСР виявилася найбільшою і становила 32,6%.

Загалом, серед людей віком 18-59 років 28,2% мали PCL-C-44 і 50,1% мали PCL-C-34. Серед пацієнтів у віці 60 років та старше мала місце значно менша частота PCL-C-44 (18,7%,  $p < 0,05$ ), хоча поширеність стану "настороги" (PCL-C-34) була практично такою самою (50,7%). Ця відмінність спостерігалася вже порівняно із сусідньою віковою групою 50-59 років, у якій поширеність PCL-C-44 становила 28,1% ( $p < 0,05$ ).

Всередині групи 18-59 не було виявлено достовірних відмінностей у поширеності ознак, що дозволяють запідозрити ПТСР (PCL-C-44), між сусідніми групами 30-39, 40-49, 50-59 років. Натомість у віковій групі 18-29 років відзначається різке підвищення частоти ознак PCL-C-34, яка сягала 61,6%; середня частота PCL-C-34 становила 50,3% ( $p < 0,05$ ).

## Обговорення

Поширеність проявів ПТСР, визначена в нашому дослідженні, набагато перевищує поширеність цього розладу серед цивільних жертв воєнних конфліктів за даними, що публікувалися у попередні роки [10, 11].

Кожен четвертий з пацієнтів, яким надавали допомогу мобільні команди, мав ПТСР визначений за пороговим результатом тестування 44 бали. Ймовірно цьому сприяла тривалість конфлікту, жорстокість і тяжкість воєнних злочинів агресора. У окремих районах, поширеність ПТСР була ще вищою. Так, за результатами тестування 140 пацієнтів, яким надавали допомогу у місті Балаклія, яке протягом 6 місяців перебувало під окупацією, а потім постійно продовжує зазнавати обстрілів, 56 людей (40%) продемонстрували ознаки ПТСР.

Окрема знахідка стосується визначення стану “настороги” (PCL-C-34) у половини респондентів. Враховуючи незвичайну для сучасних воєн тривалість бойових дій внаслідок повномасштабного вторгнення РФ в Україну та невизначеність щодо безпеки серед населення, цей результат можна пояснити масштабністю, тяжкістю і тривалістю психотравмівної ситуації. Його несприятливе значення може бути пов'язано з високим ризиком розвитку клінічного ПТСР у майбутньому, у тому числі за продовження дії психотравми, ймовірність чого є вкрай високою.

Окремо у 764 респондентів вікової групи 18-60 років досліджено асоціацію результатів тестування за опитувальниками PCL-C та PHQ-9. Прояви депресії різного ступеню вираженості спостерігалися у переважній більшості респондентів з ознаками ПТСР. Лише 7% пацієнтів з PCL-C-34 та 2,7% пацієнтів з PCL-C-44 не мали ознак депресії (Таблиця 2).

**Таблиця 2.**

### Поширеність і тяжкість депресивних розладів у пацієнтів з різною тяжкістю ПТСР

Вік	немає депресії, <5 балів		легка депресія, 5-9 балів		депресія помірної тяжкості, 10-14 балів		депресія середньої тяжкості, 15-19 балів			
<b>PCL-C-34</b>										
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
<b>18-29</b>	7	25,9	19	13,7	14	10,8	10	17,9	3	8,3
<b>30-39</b>	3	11,1	25	18,0	28	21,5	10	17,9	10	27,8
<b>40-49</b>	6	22,2	48	34,5	35	26,9	18	32,1	13	36,1
<b>50-59</b>	11	40,8	47	33,8	53	40,8	18	32,1	10	27,8
<b>Разом: 388</b>	<b>27</b>	<b>7,0</b>	<b>139</b>	<b>35,8</b>	<b>130</b>	<b>33,5</b>	<b>56</b>	<b>14,4</b>	<b>36</b>	<b>9,3</b>
<b>PCL-C-44</b>										
<b>Вік</b>	<b>абс</b>	<b>%</b>	<b>абс</b>	<b>%</b>	<b>абс</b>	<b>%</b>	<b>абс</b>	<b>%</b>	<b>абс</b>	<b>%</b>
<b>18-29</b>	1	16,7	7	15,6	8	9,5	9	18,8	3	8,8
<b>30-39</b>	0	0,0	7	15,6	22	26,2	8	16,7	9	26,5
<b>40-49</b>	3	50,0	16	35,5	19	22,6	15	31,2	12	35,3
<b>50-59</b>	2	33,3	15	33,3	35	41,7	16	33,3	10	29,4
<b>Разом: 217</b>	<b>6</b>	<b>2,8</b>	<b>45</b>	<b>20,7</b>	<b>84</b>	<b>38,7</b>	<b>48</b>	<b>22,1</b>	<b>34</b>	<b>15,7</b>

На відміну від поширеності ізольованого ПТСР, за яким домінувала вікова група 18-29 років, вираженість поєднаних розладів була більшою у віковій групі 30-39 років, де всі пацієнти з

клінічними проявами ПТСР мали ознаки депресії різної тяжкості.

Ознаки ПТСР були значною мірою асоційовані з супутніми депресивними розладами. Навіть за PCL-C-34 ризик депресивних розладів підвищувався у понад 11 разів, а за клінічно значущого результату у 44 бали ризик підвищувався у понад 15 разів. Саме психотравмою було зумовлені депресивні ознаки у 47% пацієнтів з PCL-C-34 і у 59% пацієнтів з PCL-C-44 (Таблиця 3).

### Таблиця 3.

#### Ризик розвитку депресивних і тривожних розладів в залежності від наявності і тяжкості ПТСР

Результати тестування	Відношення шансів (ДІ)*	Різниця ризиків (ДІ)	P
PCL-C <	<b>1</b>	<b>0</b>	
PCL-C-	11,5 (7,8-17,0)	46,8 (41,0-52,6)	P<0,05
PCL-C-	15,4 (10,5-22,7)	59,1 (52,6-65,5)	

\* ДІ розраховані на основі частоти відповідних розладів у групах дослідження

Хоча дослідження за інструментами, що використовувалися, не дають змогу визначити первісність ПТСР або депресивних розладів, дослідження ризиків як міри асоціації чітко свідчить про взаємозумовленість обох розладів у половині або більше випадків ПТСР, що узгоджується із даним 2015 року, що свідчать про наявність тяжких депресивних розладів у 50% пацієнтів з ПТСР [4].

## Висновки

Середня поширеність ознак ПТСР у регіонах України, які серйозно постраждали і продовжують страждати від російської агресії, становить 24,7%. Найуразливішими до ПТСР виявилися молоді люди - у віці 18-29 років поширеність клінічних проявів ПТСР становила 32,6%. Натомість серед людей старшого віку поширеність ПТСР була найменшою.

Ознаки ПТСР у переважній більшості випадків супроводжувалися проявами депресивного розладу. Наявність клінічних ознак ПТСР у понад 15 разів підвищує ризик депресивних проявів. Навіть результат PCL-C вищий за 34 бали, що за клінічними критеріями не свідчить про ПТСР, створював у 11,5 вищий ризик появи ознак депресії. Близько половини випадків депресивних проявів у обстежуваних пов'язані з ПТСР.

Виявлення субдіагностичного результату тестування на ПТСР - 34 бали - хоча і не дозволяє виставити клінічний діагноз, може вказувати на високий ризик розвитку ПТСР у майбутньому.

## Посилання

1. Чабан ОС, Хаустова ОО. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? Укр Мед Часопис. 2022;4(150):1-11. doi: 10.32471/umj.1680-3051.150.232297
2. Bazini, Mairi & Konstantopoulou, Georgia. (2023). Post-traumatic Stress Disorder and War: A Systematic Review. International Journal of Psychological Studies. 15. 30. 10.5539/ijps.v15n2p30.
3. Banerjee SB, Morrison FG, Ressler KJ. Genetic approaches for the study of PTSD: Advances and challenges. Neurosci Lett. 2017;649:139-146. doi:10.1016/j.neulet.2017.02.058



4. Flory JD, Yehuda R. Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: alternative explanations and treatment considerations. *Dialogues Clin Neurosci.* 2015;17(2):141-150. doi:10.31887/DCNS.2015.17.2/jflory
5. Wang SK, Feng M, Fang Y, et al. Psychological trauma, posttraumatic stress disorder and trauma-related depression: A mini-review. *World J Psychiatry.* 2023;13(6):331-339. Published 2023 Jun 19. doi:10.5498/wjp.v13.i6.331
6. Weathers FW, Litz B, Herman D, Juska J, Keane T. PTSD Checklist – Civilian Version (PCL-C) [Database record]. *APA PsycTests.* 1993. doi:10.1037/t02622-000
7. Blanchard EB, Jones-Alexander J, Buckley TC, Forneris CA. Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behav Res Ther.* 1996;34(8):669-673. doi:10.1016/0005-7967(96)00033-2
8. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606-613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
9. Kim HY. Statistical notes for clinical researchers: Risk difference, risk ratio, and odds ratio. *Restor Dent Endod.* 2017;42(1):72-76. doi:10.5395/rde.2017.42.1.72
10. Симптоми посттравматичного стресу, тривоги та депресії серед учасників бойових дій в зоні антитерористичної операції / Чабан ОС, Безшейко ВГ. *Український вісник психоневрології.* 2017;25(2). - doi:10.36927/2079-0325
11. Структура психопатологічних проявів у внутрішньо переміщених осіб / Марута НО, Панько ТВ, Каленська ГЮ. *Український вісник психоневрології.*- 2019;27(2). doi:10.36927/2079-0325-V27-is2-2019-8