

Otrzymano: 09.08.2023

Zaakceptowano: 06.10.2023

Opublikowano: 27.12.2023

Ewa Małgorzata Szepietowska

Wojna w Ukrainie a dynamika PTSD i depresji u Polaków w wieku 50+

The war in Ukraine and the dynamics of PTSD and depression in Poles aged 50+

Katedra Psychologii Klinicznej i Neuropsychologii, Uniwersytet im. Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, Polska

Adres do korespondencji: Ewa Małgorzata Szepietowska, Katedra Psychologii Klinicznej i Neuropsychologii, Instytut Psychologii, Uniwersytet im. Marii Curie-Skłodowskiej, ul. Głęboka 45, 20-612 Lublin, e-mail: ewa.szepietowska@mail.umcs.pl

ORCID iD

Ewa Małgorzata Szepietowska <https://orcid.org/0000-0003-3383-0353>

Streszczenie

Wprowadzenie i cel: Grupą szczególnie narażoną na zakłócenia zdrowia psychicznego w związku z wybuchem wojny w Ukrainie są starsi Polacy. Celem badań własnych uczyniono: określenie nasilenia i zmienności zespołu stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder*, PTSD), depresji i objawów somatycznych w ciągu roku trwania wojny w Ukrainie, ustalenie związków PTSD i depresji z czynnikami socjodemograficznymi oraz wskazanie czynników nasilających ryzyko utrzymywania się PTSD i depresji rok po agresji Rosji na Ukrainę. **Materiał i metody:** W badaniach uczestniczyły osoby w wieku 50+ ($N = 116$). Respondenci byli proszeni o dwukrotne wypełnienie kwestionariuszy – z uwzględnieniem roku 2022 (początek wojny) i 2023 (rok po wybuchu wojny). Wykorzystano: Międzynarodowy Kwestionariusz Trauma (International Trauma Questionnaire, ITQ), Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta (Patient Health Questionnaire, PHQ-9) oraz 8 itemów z Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta – Symptomy Somatyczne (Patient Health Questionnaire – Physical Symptoms, PHQ-15). **Wyniki:** W 2022 roku blisko 40% badanych wykazywało obecność PTSD, a ponad 60% – obniżenia nastroju. W 2023 roku zmalała liczba osób spełniających kryteria PTSD i depresji. W obrazie PTSD dominowały poczucie zagrożenia i tendencja do unikania. Kobiety przejawiały wyższe nasilenie cech PTSD i depresji. Wyższe nasilenie cech PTSD stwierdzono u osób z wykształceniem wyższym. Większy spadek nasilenia cech PTSD dotyczył osób deklarujących pomoc Ukrainie. Wyższy wiek i wyższy wyjściowy wynik ITQ czy PHQ-9 sprzyjały utrzymywaniu się PTSD i depresji w 2023 roku. **Wnioski:** Czynniki przyczyniającymi się do zakłóceń zdrowia psychicznego mogą być, oprócz wojny, negatywne skutki pandemii COVID-19, obecne przemiany społeczno-gospodarcze oraz przeszłe traumy.

Słowa kluczowe: depresja, PTSD, wojna w Ukrainie, dorośli Polacy

Abstract

Introduction and objective: Older Poles are a group particularly exposed to mental health disturbances in connection with the war in Ukraine. The aim of this research was to determine the severity and dynamics of post-traumatic stress disorder (PTSD), depression and somatic symptoms in the first year of the war in Ukraine, the relationship between PTSD and depression and sociodemographic factors, as well as to identify factors that increase the risk of PTSD and depression persisting a year after Russia's aggression against Ukraine. **Materials and methods:** People aged ≥ 50 years ($N = 116$) were included in the study. The respondents were asked to complete the questionnaires twice, i.e. taking into account 2022 (beginning of war) and 2023 (a year after the outbreak). The International Trauma Questionnaire (ITQ), Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and 8 items from the Patient Health Questionnaire – Somatic Symptoms (PHQ-15) were used. **Results:** In 2022, nearly 40% of respondents presented with PTSD, and over 60% showed depressed mood. In 2023, the number of people meeting the criteria for PTSD and depression decreased. Women showed higher levels of PTSD and depression. Higher levels of PTSD symptoms were observed among people with higher education. A greater decrease in the severity of PTSD was found among those declaring involvement in providing help for Ukraine. Older age and a higher baseline ITQ or PHQ-9 score favoured the persistence of PTSD and depression in 2023. **Conclusions:** Factors contributing to poor mental health other than the war itself may include the negative effects of the COVID-19 pandemic, current socioeconomic changes and past traumas.

Keywords: depression, PTSD, war in Ukraine, adult Poles

WPROWADZENIE

Dnia 24 lutego 2022 roku Rosja rozpoczęła pełnowymiarową inwazję na Ukrainę. Za początek trwającej wojny uznaje się aneksję Krymu przez Rosję w 2014 roku i późniejsze konflikty zbrojne we wschodnim regionie Ukrainy, które Rosja wspierała. Już pierwsze doniesienia wskazywały, że wojna ta staje się najpoważniejszym konfliktem zbrojnym w Europie od czasu II wojny światowej. Ofiarami byli i są żołnierze, a także osoby cywilne w różnym wieku. Biuro Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka (Office of High Commissioner for Human Rights, OHCHR) do 30 czerwca 2023 roku potwierdziło łącznie 9177 ofiar śmiertelnych wśród osób cywilnych (STATISTA, 2023; UNHCR Regional Bureau for Europe, 2023), a 15 993 osoby zostały rane – przy czym rzeczywiste liczby mogą być wyższe i nadal rosną. Do 17 lipca 2023 roku w Europie zarejestrowano blisko 6 mln uchodźców z Ukrainy, a liczba przesiedleńców wewnętrznych wyniosła ponad 5 mln (UNHCR Operational Data Portal, 2023). Straty Ukrainy objęły i wciąż obejmują wszystkie sfery życia: zatrudnienie, służbę zdrowia, przemysł, rolnictwo, kulturę.

Kryzys humanitarny i gospodarczy trwający od 2014 roku i nasilający się od lutego 2022 roku, na który nałożył się kryzys związany z pandemią COVID-19, skłania do podejmowania badań zdrowia psychicznego uchodźców, osób pozostających w Ukrainie i innych populacji. W społecznościach dotkniętych wojną wskaźniki zespołu stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder*, PTSD) są znacznie wyższe niż w innych populacjach.

Zgodnie z kryteriami Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) objawy PTSD obejmują ekspozycję na traumę oraz – w jej następstwie – intruzje (niepokojące, natrętne wspomnienia i koszmary senne), unikanie (miejsc lub wspomnień związanych z koszmarem), nadmierną czujność (zwiększoną wrażliwość na zagrożenia lub zaabsorbowanie potencjalnym niebezpieczeństwem), trudności w zakresie emocji i poznania (m.in. słabą koncentrację, negatywne myśli). Wymienione objawy negatywnie wpływają na pracę zawodową i relacje z innymi (American Psychiatric Association, 2013).

W badaniach wszystkich grup wiekowych Ukraińców potwierdzono znaczące zakłócenia zdrowia psychicznego w postaci PTSD, depresji, lęku, zaburzeń snu i objawów somatycznych (Anjum *et al.*, 2023; Długosz, 2023; Ho *et al.*, 2023; Kokun, 2023; Zasiékina *et al.*, 2023). Zwrócono uwagę na relacje PTSD i zmiennych socjoekonomicznych, indywidualnych, psychologicznych oraz sytuacyjnych, takich jak doświadczenia uchodźstwa, bombardowań, śmierci lub zaginięć osób bliskich, bycia świadkiem śmierci czy tortur (Karatzias *et al.*, 2023). Jednak wyniki badań prowadzonych przez Kurapova i wsp. (2023) wśród Ukraińców 6 miesięcy po inwazji Rosji wykazały niski poziom lęku i depresji, a przeciętny – PTSD. Zdaniem autorów wyniki mogły być związane z brakiem świadomości objawów zakłóceń

zdrowia psychicznego, relacjonowanych przez respondentów przy użyciu metod o charakterze samoopisowym. Wiele badań dowodzi, że kobiety, również na terenach objętych wojną, cechują się wyższym nasileniem PTSD i innych objawów zaburzeń zdrowia psychicznego niż mężczyźni (Anjum *et al.*, 2023; Charlson *et al.*, 2019; Chudzicka-Czupała *et al.*, 2023; Ho *et al.*, 2023; Kurapov *et al.*, 2023; Zasiékina *et al.*, 2023). Wyższe wykształcenie wiązało się w badaniach z mniejszym nasileniem PTSD (Zasiékina *et al.*, 2023), natomiast obecność chorób przewlekłych – z większym (Chudzicka-Czupała *et al.*, 2023). Stwierdzono też relacje między zdrowiem psychicznym a zaangażowaniem w działania pomocowe, ale są to związki złożone. Z jednej strony wyższe nasilenie depresji i PTSD oraz niższe poczucie dobrostanu odnotowano u wolontariuszy bezpośrednio pomagającym uchodźcom, z drugiej lęk i niepokój wywołane wojną uruchamiały aktywność, która przynosiła pomagającym korzyści, m.in. w postaci wzrostu potraumatycznego (*post-traumatic growth*) (Roszik-Volovik *et al.*, 2023). Także własne traumatyczne doświadczenia i pozytywne efekty uzyskanej niegdyś pomocy mogą sprzyjać aktywności (Frazier *et al.*, 2013). Jak wykazały badania Kyliushyk i Jastrzebowskiej (2023), działania pomocowe na początku wojny w przeważającej mierze podejmowały Polki i osoby cechujące się wysokimi zasobami psychologicznymi (nadzieją, dobrymi relacjami z bliskimi). Jednak motywacja i charakter pomocy udzielanej przez Polaków były zróżnicowane pod względem formy i nasilenia (np. pomoc finansowa, rzeczowa, edukacyjna czy naukowa), co utrudnia analizy relacji między zdrowiem psychicznym a aktywnością pomocową. Zakłócenia zdrowia psychicznego obserwuje się u mieszkańców wielu krajów Europy, także krajów niesąsiadujących z Ukrainą (np. Czechy – zob. Riad *et al.*, 2022; Włochy – zob. Mottola *et al.*, 2023). Zdaniem Dückersa i wsp. (2016) częste występowanie PTSD w krajach o niskiej podatności (*country vulnerability*) na zagrożenia, a wśród nich w krajach oddalonych od działań wojennych, należy tłumaczyć negatywnym wpływem wojny na dążenie do osiągnięcia większego PKB i lepszego statusu ekonomicznego. Z kolei w krajach o wysokim stopniu podatności na zagrożenia zdołano wypracować strategię minimalizującą sprzeczności między oczekiwaniami a osiągnięciami i stąd, paradoksalnie, wskaźniki PTSD mogą być niskie.

Polska, z racji położenia geograficznego, bezpośrednio doświadczyła skutków wojny w Ukrainie. Oba kraje mają też wspólne doświadczenia historyczne. Kryzys psychiczny u Polaków po inwazji Rosji na Ukrainę był efektem nakładania się wielu czynników (pandemii COVID-19, wewnętrznych zmian politycznych i pogorszenia sytuacji ekonomicznej, poczucia zagrożenia agresją Rosji na Polskę) (Centrum Badań Opinii Społecznej, 2023; Hisato *et al.*, 2022; Kacprzak, 2023; Laboratorium Badań Medioznawczych UW, 2022). Analizy porównawcze dotyczące osób z Ukrainy, Tajwanu i Polski (marzec 2022 roku) wskazały, że ponad 80% Polaków było zaniepokojonych sytuacją w Ukrainie opisywaną w mediach, 52,8% przez ponad godzinę dziennie

śledziło bieżące doniesienia, a 57,2% miało kliniczne cechy PTSD. Płeć (żeńską) i pochodzenie (ukraińskie lub polskie) były czynnikami determinującymi wyższe nasilenie PTSD, lęku i depresji (Chudzicka-Czupała *et al.*, 2023). Aż 70% Polaków ($n = 1609$, wiek 18–65+), zwłaszcza kobiety, przejawiało niepokój o własną przyszłość w związku z wojną, a około 31% respondentów wskazywało na zmęczenie tematem wojny obecnym w mediach (Laboratorium Badań Medioznawczych UW, 2022). Zbliżone dane i spadek optymizmu co do rychłego zakończenia wojny wykazały raporty Centrum Badania Opinii Społecznej w marcu 2023 roku. Grupą szczególnie narażoną na zakłócenia zdrowia psychicznego w związku z wojną w Ukrainie i uchodźstwem, początkowo głównie na teren Polski, są starsi Polacy, których dzieciństwo przypadło na lata II wojny światowej i czasy powojenne – erę stalinowską (Lis-Turlejska *et al.*, 2018; Nowak i Łucka, 2014). U ponad 30% osób urodzonych przed 1945 rokiem (wiek w chwili badania: 70–96 lat), które doświadczyły utraty bliskich, tortur, obozu koncentracyjnego, getta czy obozu sowieckiego, wykazano cechy PTSD (Lis-Turlejska *et al.*, 2016) i wielochorobowość (Horácková *et al.*, 2020). Objawy psychopatologiczne występują też w kolejnych pokoleniach (trauma transgeneracyjna), a więc u osób, które bezpośrednio nie zetknęły się z tragedią wojny, ale były wtórnie traumatyzowane historią swoich bliskich (Lis-Turlejska *et al.*, 2016), zwłaszcza ocalałych z Holocaustu.

Część doniesień podkreśla większą zdolność do rezyliencji i niższą frekwencję PTSD po traumie wojny u starszych osób (Eshel *et al.*, 2023; Fox *et al.*, 2022; Glück *et al.*, 2012; Summers *et al.*, 2019), a także odmiennosc przejawów PTSD u młodych dorosłych i osób w okresie późnej dorosłości/starości (Pless Kaiser *et al.*, 2019). Wykazano, że weterani II wojny światowej cechowali się niższą częstością PTSD niż młodszy, którzy doświadczyli innego typu traum. Przymuszenie weterani rozwijają w trakcie swojego życia strategie adaptacyjne, stąd pewne objawy (np. unikanie i intruzje) mogą być słabiej wyrażone, dopóki pozostają czynni zawodowo – później zaś (np. po przejściu na emeryturę) objawy istotnie się nasilają (Fox *et al.*, 2022). W innych badaniach i w metaanalizie obejmującej starszych mieszkańców ośmiu krajów uczestniczących w II wojnie światowej stwierdzono znaczny odsetek osób z zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi (Frounfelker *et al.*, 2018); zbliżone dane pokazuje raport Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO) (Charlson *et al.*, 2019; Glück *et al.*, 2012). Kluczowy dla manifestacji zaburzeń zdrowia psychicznego jest czas, który upłynął od traumy wojny: wraz z wiekiem narastają objawy zaburzeń lękowych, ale nie depresji (Charlson *et al.*, 2019). Nasilenie PTSD może wzrastać z wiekiem także z powodu utraty sprawności, osamotnienia i obniżenia odczuwanej jakości życia (Pless Kaiser *et al.*, 2019). Inną cechą osób starszych z podejrzeniem PTSD jest tendencja do raportowania objawów somatycznych, a nie psychicznych. Utrudnia to diagnostykę zespołu, gdyż problemy somatyczne mogą być uznawane za typowe

dla wieku, nie zaś za ekspresję przeżytej traumy; ponadto trauma może skutkować rozwojem deficytów poznawczych i problemów zdrowotnych w późniejszych latach życia (Cook *et al.*, 2017). Wobec trudności diagnostycznych zaproponowano termin „objawy stresu o późnym początku” (*late-onset stress symptomatology*, LOSS). LOSS dotyczy osób, które nie miały dotychczas objawów (diagnozy) traumy i u których pojawiły się one po raz pierwszy w związku z jakimś wydarzeniem (np. wojną w sąsiednim kraju) (zob. Pless Kaiser *et al.*, 2019). Davison i wsp. (2016) zaproponowali termin „ponowne zaangażowanie w traumę w późniejszym okresie dorosłości” (*later-adulthood trauma reengagement*, LATR), który odzwierciedla nie tylko nasilenie objawów, ale także próbę konfrontacji i przepracowania wojny w celu odnalezienia sensu życia. Jest to proces mogący zarówno przynieść korzystne rezultaty (pozytywny bilans życia, mądrość życiowa), jak i zwiększać cierpienie, nasilać depresję, PTSD czy uzależnienia.

Przytoczone dane sugerują, że starsze pokolenia, szczególnie w populacji polskiej, mogą być narażone na zakłócenia zdrowia psychicznego w związku z trwającą wojną w Ukrainie. W tym kontekście warto zauważyć, że do hasła *war in Ukraine 2022+PTSD+senior citizen+Poland* odnosi się zaledwie 1510 artykułów (scholar.google.com, pobrane 22.07.2023 r.), podczas gdy zdrowiu psychicznemu Polaków w wieku senioralnym w trakcie pandemii COVID-19 poświęcono 11 100 artykułów (*COVID+2022+PTSD+senior citizen+Poland* – scholar.google.com, pobrane 22.07.2023 r.).

CELE BADAŃ

Ze względu na wagę i aktualność problemu celami badań własnych uczyniono: (a) określenie nasilenia i zmienności cech PTSD, depresji i objawów somatycznych w ciągu roku trwania wojny w Ukrainie, (b) ustalenie związków PTSD i depresji z czynnikami socjodemograficznymi oraz (c) wskazanie czynników nasilających ryzyko utrzymywania się PTSD i depresji rok po agresji Rosji na Ukrainę.

MATERIAŁ I METODA

Charakterystyka grupy

Starania o zebranie danych podjęto w lipcu 2022 roku, ale nie powiodły się one ze względu na liczne odmowy, motywowane m.in. zaangażowaniem w działalność pomocową lub niechęcią do rozmowy na temat wojny. Dopiero w lutym 2023 roku powrócono do pierwotnego planu badań. Zaproszono do nich osoby w wieku 50 lat i starsze. Badania realizowano w kontakcie bezpośrednim metodą papier-olówek. Z uwagi na znaczące braki w uzyskanych danych analizą objęto w pełni wypełnione kwestionariusze 116 osób. Wiek respondentów mieścił się w przedziale 50–88 lat ($M = 66,8$; odchylenie standardowe, *standard deviation*, $SD = 8,77$; $Me = 67$) (tab. 1). Wśród badanych najwięcej

Zmienne	n (%)	
Płeć: • kobiety • mężczyźni	83 (71,6)	33 (28,4)
Wykształcenie: • niższe (zasadnicze, średnie ogólnokształcące) • wyższe (studia wyższe, studia 3. stopnia)	48 (41,4)	68 (58,6)
Sytuacja zawodowa: • pracujący • renta/emerytura	35 (30,1)	81 (69,9)
Stan zdrowia: • dobry • wymaga okresowej kontroli lub stałego monitorowania	54 (46,6)	62 (53,4)
Sytuacja ekonomiczna: • zła • przeciętna • bardzo dobra	5 (4,3)	101 (67,1)
Zobowiązania (kredyt, opieka nad bliskim): • tak • nie	30 (25,9)	86 (74,1)
Zaangażowanie (różne formy pomocy Ukraińcom): • tak • nie	81 (69,8)	35 (30,2)
Śledzenie informacji o wojnie: • bez przerwy • bardzo często • umiarkowanie • raczej sporadycznie • prawie wcale	2022 39 (33,6) 52 (44,9) 20 (17,2) 5 (4,3) 0	2023 18 (15,5) 31 (26,7) 54 (46,6) 12 (10,3) 1 (0,9)

Tab. 1. Charakterystyka uczestników badań (N = 116)

było osób ze wschodnich i centralnych województw Polski (77%): lubelskiego, podlaskiego, podkarpackiego, mazowieckiego, świętokrzyskiego. W grupie dominowały kobiety. Większość respondentów deklarowała wykształcenie wyższe magisterskie i średnie, przeciętną sytuację ekonomiczną, brak zobowiązań w postaci opieki nad bliskimi czy spłaty kredytu oraz status emeryta lub rencisty. Przeważająca część uczestników zgłosiła, iż wraz z początkiem wojny zaangażowała się w pomoc Ukrainie i Ukraińcom (zbiórki pieniężne, dary rzeczowe, organizowanie noclegów itp.). W 2023 roku w porównaniu z początkiem wojny zainteresowanie sytuacją istotnie spadło ($\chi^2 = 86,39$, $p = 0,001$): zmniejszyła się liczba osób śledzących informacje na temat wojny *bez przerwy* lub *często*, wzrosła natomiast liczba śledzących wiadomości *umiarkowanie* lub *sporadycznie*.

Metody

Respondenci byli proszeni o dwukrotne wypełnienie kwestionariuszy – z uwzględnieniem samopoczucia na początku wojny w Ukrainie (24.02.2022 r.) i rok później (24.02.2023 r.).

Wykorzystano kilka narzędzi, zaznaczając w instrukcji, że pytania dotyczą wojny w Ukrainie:

- Międzynarodowy Kwestionariusz Traumatyzacji (International Trauma Questionnaire, ITQ) (Cloitre *et al.*, 2018; Hyland *et al.*, 2017), dostępny w wielu wersjach językowych (<https://www.traumameasuresglobal.com/itq>). Zgodnie z wytycznymi WHO dotyczącymi diagnozowania

zaburzeń związanych ze stresem (*disorders specifically associated with stress*) (World Health Organization, 2019) ITQ zawiera 18 itemów odnoszących się do kluczowych objawów PTSD: unikania (Av), ponownego doświadczania (Re) i poczucia lęku (Th) oraz do objawów złożonego zespołu stresu pourazowego (*complex PTSD*, CPTSD): dysregulacji emocjonalnej, negatywnego obrazu siebie i zakłóceń relacji z innymi. W opisanych tu badaniach wykorzystano 9 itemów dotyczących PTSD: 6 odnoszących się do ponownego przeżywania, unikania i lęku oraz 3 odnoszące się do zakłóceń funkcjonowania w różnych sytuacjach (P7, P8, P9). Zadaniem respondenta było wskazanie (skala: od 0 – „zdecydowanie nie” do 4 – „zdecydowanie tak”), w jakim stopniu odczuwa/odczuwał symptomy typowe dla PTSD (np. przygnębiające sny związane z wojną w Ukrainie, unikanie wspomnień o niej, bycie czujnym, ostrożnym). Aby można było zdiagnozować PTSD, badany musi uzyskać 2 pkt w co najmniej jednym z pytań Re (P1, P2) oraz w co najmniej jednym z pytań Av (P3, P4) i Th (P5, P6). Jeśli w co najmniej jednym z pytań: P7, P8, P9 wynik wynosi 2 pkt lub więcej, spełnione są kryteria upośledzenia czynnościowego w efekcie PTSD (*PTSD functional impairment*, PTSDFI). Ostatecznie kryteria dla PTSD uznaje się za spełnione, jeżeli spełnione są kryteria dla podskali Re, Av i Th oraz zaburzeń czynnościowych. Możliwe jest również obliczenie sumy (0–24 pkt) wyników ITQ. W badaniach własnych rzetelność α Cronbacha dla skali ITQ (P1–P6) wyniosła 0,853 (2022) i 0,858 (2023), a dla itemów dotyczących wpływu objawów na codzienne funkcjonowanie – 0,850 (2022) i 0,882 (2023).

- Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta (Patient Health Questionnaire, PHQ-9) (Kroenke i Spitzer, 2002), obejmujący 9 itemów dotyczących objawów depresyjnych (m.in. zaburzenia snu, utrata odczuwania przyjemności, smutek). Badany wybiera odpowiedź adekwatną do swojego samopoczucia (skala od 0 – „wcale nie dokuczały” do 3 – „niemal codziennie”). Maksymalna liczba punktów wynosi 27 (największe możliwe nasilenie depresji). Wynik <5 pkt oznacza normę, 5–9 pkt – lekką depresję, 10–14 pkt – depresję o średnim nasileniu, 15–19 pkt – średnio ciężką depresję, a 20–27 pkt – ciężką depresję. Sugerowany punkt odcięcia dla Polaków w wieku 18–60 lat to 12 pkt (Kokoszka *et al.*, 2016). α Cronbacha wyniosła 0,899 (2022) i 0,894 (2023).
- 8 itemów z PHQ-15 (Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta – Symptomy Somatyczne; Patient Health Questionnaire – Physical Symptoms) (Kroenke *et al.*, 2002), odnoszących się do objawów somatycznych. Ponieważ badani odmawiali odpowiedzi na kilka pytań lub pewne kwestie były zawarte w PHQ-9, z analiz wyłączone 7 z 15 itemów – dotyczących miesiączkowania, zawrotów głowy, omdleń, problemów seksualnych, nudności, zaburzeń snu i braku energii. Zmodyfikowano także skalę Likerta: w wersji oryginalnej jest to 0–2 pkt, natomiast tu posłużono się skalą od 0 – „wcale” do 3 – „niemal codziennie”.

Zmienne	2022 Wynik 2 pkt i powyżej (%)	2022 M (SD) Cała grupa	2023 Wynik 2 pkt i powyżej (%)	2023 M (SD) Cała grupa	T Studenta (p) lub χ^2	d Cohena
ITQ ponowne przeżywanie: • P1 • P2	43,1 (n = 50) 49,1 (n = 57)	3,12 (2,16) 1,51 (1,20) 1,61 (1,16)	31,0 (n = 36) 36,2 (n = 42)	2,44 (1,82) 1,16 (1,04) 1,29 (0,98)	4,15 (0,001) 3,85 (0,001) 3,86 (0,001)	1,74 0,98 0,89
ITQ unikanie: • P3 • P4	56,9 (n = 66) 48,3 (n = 56)	3,46 (2,04) 1,81 (1,10) 1,66 (1,16)	50,9 (n = 59) 42,2 (n = 49)	3,27 (2,11) 1,72 (1,15) 1,54 (1,17)	1,51 (0,067) 1,15 (0,13) 1,62 (0,05)	1,42 – 0,74
ITQ poczucie zagrożenia: • P5 • P6	61,2 (n = 71) 52,6 (n = 61)	3,68 (2,15) 1,91 (1,17) 1,78 (1,18)	46,6 (n = 54) 37,1 (n = 43)	2,91 (1,99) 1,55 (1,17) 1,36 (1,02)	4,74 (0,001) 3,63 (0,001) 4,93 (0,001)	1,74 1,05 0,90
ITQ suma	-	10,27 (5,31)	-	8,63 (5,01)	4,38 (0,001)	4,027
ITQ wpływ na życie: • P7 • P8 • P9	31,9 (n = 37) 19,8 (n = 23) 23,3 (n = 27)	3,21 (2,78) 1,25 (1,1) 0,91 (1,05) 1,05 (1,01)	19,0 (n = 22) 11,2 (n = 13) 12,1 (n = 14)	2,57 (2,58) 1,03 (0,99) 0,75 (0,95) 0,79 (0,93)	2,73 (0,004) 2,20 (0,011) 1,86 (0,03) 2,98 (0,002)	2,55 1,05 0,95 0,93
PTSD wynik ogólny: • PTSD • nie PTSD	38,8 (n = 45) 61,2 (n = 71)		19,8 (n = 23) 80,8 (n = 93)		χ^2 Pearsona = 10,07 (0,001)	
PHQ-9	-	7,69 (6,48)	-	4,43 (5,38)	8,02 (0,001)	4,39
PHQ-9 (zaburzenia nastroju o różnym nasileniu, gdy wynik 5 pkt i powyżej): • tak • nie	61,2 (n = 71) 38,8 (n = 45)		34,5 (n = 40) 65,5 (n = 76)		χ^2 Pearsona = 36,24 (0,001)	
PHQ-15 (8 objawów)	-	3,04 (4,36)	-	2,07 (3,84)	4,81 (0,001)	2,18

Tab. 2. Charakterystyka wyników (N = 116)

W zastosowanej wersji metody można było uzyskać wynik z przedziału 0–24 pkt. W instrukcji, podobnie jak w pozostałych kwestionariuszach, zaznaczono, że pytania dotyczą objawów związanych z wybuchem wojny (2022) i sytuacją o rok późniejszą. α Cronbacha wyniosła 0,893 (2022) i 0,911 (2023).

WYNIKI

Wyniki prób wskazują na obecność deficytów poznawczych. Obserwowano je głównie w zakresie pamięci (kodowania, wydobywania i trwałości śladu pamięciowego na materiale werbalnym) oraz funkcji językowych (przede wszystkim nazywania konfrontacyjnego). W mniejszym stopniu osłabione były uwaga (przeszukiwanie pola wzrokowego) i funkcje wykonawcze (hamowanie reakcji, pamięć operacyjna). Biorąc pod uwagę normy, wyniki oczekiwane dla wieku i wykształcenia oraz szacowany poziom dotychczasowego funkcjonowania pacjentki, można przyjąć hipotezę mówiącą o obecności zaburzeń funkcji poznawczych. Aby ocenić, jakie czynniki miały związek z nasileniem objawów raportowanych w ITQ i PHQ-9 w 2022 i 2023 roku, wykonano szereg analiz wariancji dla pomiarów powtarzanych w schemacie mieszanym. W kolejnych analizach czynnikami międzygrupowymi były: płeć, wykształcenie, stan zdrowia, zobowiązania, charakter aktywności pomocowej, a wewnątrzobiektywne – wyniki ITQ (2022, 2023) oraz PHQ-9 (2022, 2023). Uwzględniono także interakcje między zmiennymi. Do weryfikacji hipotezy zerowej użyto testu F, w porównaniach wielokrotnych zastosowano korektę przedziału ufności Bonferroniego.

Wykazano wpływ płci na wyniki ITQ ($F = 10,15$, $p = 0,002$, $\eta^2_{\text{partial}} = 0,08$, $\text{moc} = 0,88$) i stwierdzono efekt pomiaru ITQ ($F = 13,22$, $p = 0,001$, $\eta^2_{\text{partial}} = 0,10$, $\text{moc} = 0,95$), ale nie ujawniono efektu interakcji pomiar ITQ \times płeć ($F = 0,51$, $p = 0,47$). Kobiety w obydwu pomiarach ITQ łącznie uzyskały wynik istotnie wyższy ($M = 10,30$) niż mężczyźni ($M = 7,30$, $p = 0,002$). Niezależnie od płci wynik wszystkich badanych w 2023 roku był istotnie niższy (tab. 2). Mimo braku efektu interakcji ITQ \times płeć warto odnotować, że wyniki kobiet uległy obniżeniu w odniesieniu do 2022 roku ($M_{K2022} = 11,20$, $M_{K2023} = 9,39$, $p = 0,001$), natomiast wyniki mężczyzn nie różniły się między rokiem 2022 a 2023 ($M_{M2022} = 7,90$, $M_{M2023} = 6,69$, $p = 0,08$). W zakresie nasilenia depresji również wykazano efekt płci: kobiety uzyskały w obydwu pomiarach PHQ-9 łącznie wyższy wynik ($M = 6,81$) niż mężczyźni ($M = 4,18$; $F = 5,54$, $p = 0,02$, $\eta^2_{\text{partial}} = 0,05$, $\text{moc} = 0,65$); ujawniono efekt pomiaru, czyli niższy wynik w 2023 roku bez względu na płeć ($F = 43,51$, $p = 0,001$, $\eta^2_{\text{partial}} = 0,28$, $\text{moc} = 1,0$), ale nie odnotowano efektu interakcji płeć \times pomiar ($F = 2,55$, $p = 0,11$). Wykształcenie (wyższe, niższe) nie różnicowało wyników ITQ ($F = 2,301$, $p = 0,132$), nie stwierdzono też interakcji wykształcenie \times pomiar ($F = 0,04$, $p = 0,84$). Niezależnie od wykształcenia wynik ITQ dotyczący 2023 roku był niższy od wyniku odnoszącego się do 2022 roku ($F = 18,77$, $p = 0,001$, $\eta^2_{\text{partial}} = 0,14$, $\text{moc} = 0,99$). Warto odnotować nieistotnie wyższe wyniki ITQ wśród respondentów z wykształceniem wyższym. W zakresie nasilenia depresji nie wykazano ani efektu wykształcenia ($F = 2,12$, $p = 0,15$), ani interakcji ($F = 0,91$, $p = 0,34$), jednak w odniesieniu do 2023 roku osoby z wykształceniem wyższym raportowały większe

Czynniki ryzyka	B	Wald	p	EXP (B)	Przedziały ufności	
					LLCI	ULCI
ITQ 2023						
Krok 1						
ITQ 2022	0,194	20,27	0,001	1,214	1,116	1,321
Stała	-4,47	31,33	0,001	0,011		
Krok 2						
ITQ 2022	0,214	19,67	0,001	1,239	1,127	1,362
Wiek	0,09	6,96	0,008	1,102	1,025	1,185
Stała	-11,57	14,79	0,001	0,00		
PHQ-9 2023						
Krok 1						
PHQ-9 2022	0,276	21,16	0,001	1,318	1,172	1,482
Stała	-5,04	31,54	0,001	0,006		
Krok 2						
PHQ-9 2022	0,272	20,124	0,001	1,313	1,166	1,478
Wiek	0,101	3,884	0,04	1,106	1,001	1,223
Stała	-12,13	9,431	0,002	0,000		
LLCI – lower level of the 95% confidence interval, dolna granica przedziału ufności; ULCI – upper level of the 95% confidence interval, górna granica przedziału ufności.						

Tab. 3. Czynniki ryzyka PTSD i depresji rok po wybuchu wojny w Ukrainie

nasilenie nastroju depresyjnego ($M = 5,22$) niż osoby z wykształceniem niższym ($M = 3,31$, $p = 0,06$). Stan zdrowia (wymagający kontroli, dobry) nie różnicował wyników ITQ ($F = 1,75$, $p = 0,19$) i PHQ-9 ($F = 0,54$, $p = 0,46$), nie stwierdzono interakcji stan zdrowia \times pomiar ITQ ($F = 0,15$, $p = 0,69$) ani stan zdrowia \times PHQ-9 ($F = 0,20$, $p = 0,66$). Warto wspomnieć, że zarówno uczestnicy deklarujący dobry stan zdrowia, jak i leczący się raportowali w 2023 roku mniej nasilone objawy w ITQ i PHQ-9. Kwestia zobowiązań (tak, nie) nie różnicowała wyników ITQ ($F = 0,36$, $p = 0,55$), nie odnotowano interakcji między zobowiązaniami a pomiarem ITQ ($F = 0,81$, $p = 0,37$). Zobowiązania nie różnicowały również wyników PHQ-9 ($F = 0,02$, $p = 0,87$), nie stwierdzono interakcji zobowiązania \times pomiar ($F = 1,13$, $p = 0,29$), natomiast ponownie wykazano efekt pomiaru ($F = 42,41$, $p = 0,001$, $\eta^2_{\text{partial}} = 0,27$, $\text{moc} = 1,0$). Nasilenie depresji było wyższe w 2022 niż w 2023 roku (por. tab. 2) i spadło zarówno w grupie osób mających zobowiązania, jak i niemających zobowiązań. Po uwzględnieniu deklaracji o angażowaniu się (lub nie) w pomoc Ukrainie nie ujawniono interakcji pomoc \times ITQ ($F = 0,22$, $p = 0,64$) ani efektu zmiennej (zaangażowanie, brak) ($F = 0,67$, $p = 0,41$), za to znów odnotowano efekt pomiaru ($F = 14,61$, $p = 0,001$, $\eta^2_{\text{partial}} = 0,11$, $\text{moc} = 0,97$) – spadek wyniku dla 2023 roku ($M = 8,82$) w porównaniu z 2022 rokiem ($M = 10,38$, $p = 0,001$) u wszystkich respondentów. Mimo braku efektu interakcji pomoc \times ITQ interesujące jest, że obniżenie wyniku ITQ było bardziej widoczne w grupie deklarującej pomoc ($p = 0,001$) niż nie deklarującej pomocy ($p = 0,05$). Niezależnie od udzielania lub nieudzielania pomocy odnotowano istotne zmniejszenie nasilenia objawów depresji w PHQ-9 w 2023 roku ($F = 46,72$, $p = 0,001$, $\eta^2_{\text{partial}} = 0,29$, $\text{moc} = 1,0$), ale nie stwierdzono efektu zmiennej „pomoc” ($F = 0,03$, $p = 0,86$) ani interakcji zmiennych ($F = 1,97$, $p = 0,16$).

W celu oceny, które ze zmiennych mogą być czynnikami ryzyka nasilenia PTSD (ITQ 2023) i depresji (PHQ-9 2023) rok po wybuchu wojny, przeprowadzono dwie analizy regresji logistycznej metodą selekcji postępującej z ilorazem wiarygodności, uwzględniając płeć (K, M), stan zdrowia (dobry, wymagający leczenia), zobowiązania (tak, nie), poziom wykształcenia (wyższy, niższy) oraz zmienne ilościowe: wiek i nasilenie objawów PTSD w 2022 roku (PHQ-9 w 2022 roku w kolejnej analizie). Na potrzeby regresji uwzględniającej ITQ 2023 zmienną kodowano następująco: obecność PTSD (1), brak PTSD (0). Wyniki PHQ-9 2023 zakodowano następująco: obecność nastroju depresyjnego (1 = 5 pkt i wyżej), brak obniżenia nastroju (0 = 5 pkt). Dane przedstawiono w tab. 3.

Uzyskano dwa kroki dotyczące czynników ryzyka PTSD w 2023 roku (ITQ). Obydwa były dobrze dopasowane do danych (krok 1: $\chi^2 = 27,81$, $p = 0,001$, $-2_{\text{logarytm wiarygodności}} = 87,72$, $R^2_{\text{Coxa i Snella}} = 0,21$, $R^2_{\text{Nagelkerkego}} = 0,34$, $\chi^2_{\text{Hosmera i Lemeshowa}} = 0,07$, % poprawnej klasyfikacji wynosi 79,3; krok 2: $\chi^2 = 7,94$, $p = 0,001$, $-2_{\text{logarytm wiarygodności}} = 79,784$, $R^2_{\text{Coxa i Snella}} = 0,26$, $R^2_{\text{Nagelkerkego}} = 0,42$, $\chi^2_{\text{Hosmera i Lemeshowa}} = 0,78$, % poprawnej klasyfikacji wynosi 81). W krokach 1 i 2 zmienne: płeć ($p = 0,26$), stan zdrowia ($p = 0,96$), zobowiązania ($p = 0,12$), poziom wykształcenia ($p = 0,93$) nie zostały włączone do modelu. Wyższe nasilenie PTSD na początku wojny, czyli w roku 2022, i bardziej zaawansowany wiek były czynnikami ryzyka utrzymywania się/rozwoju PTSD w 2023 roku. W analizach oceniających czynniki ryzyka wyższego nasilenia nastroju depresyjnego rok po wybuchu wojny (PHQ-9 2023) także uzyskano dwa kroki; obydwa były dobrze dopasowane do danych (krok 1: $\chi^2 = 35,54$, $p = 0,001$, $-2_{\text{logarytm wiarygodności}} = 53,79$, $R^2_{\text{Coxa i Snella}} = 0,26$, $R^2_{\text{Nagelkerkego}} = 0,49$, $\chi^2_{\text{Hosmera i Lemeshowa}} = 0,81$; krok 2: $\chi^2 = 4,40$, $p = 0,036$, $-2_{\text{logarytm wiarygodności}} = 49,39$, $R^2_{\text{Coxa i Snella}} = 0,29$,

$R^2_{\text{Nagelkerkego}} = 0,54$, $\chi^2_{\text{Hosmera i Lemeshowa}} p = 0,28$, % poprawnej klasyfikacji w kroku 1 wyniósł 88,8, a w kroku 2 – 89,7. Uwzględniając krok 2, nieistotne jako czynniki ryzyka depresji w 2023 roku okazały się: płeć ($p = 0,538$), stan zdrowia ($p = 0,33$), poziom wykształcenia ($p = 0,88$) i zobowiązania ($p = 0,08$). Bardziej zaawansowany wiek i wyższe nasilenie depresji na początku wojny były niezależnymi czynnikami ryzyka utrzymywania się depresji w 2023 roku.

OMÓWIENIE

W 2022 roku blisko 40% badanych Polaków w wieku 50+ spełniało kryteria PTSD, a 61,2% – zaburzeń nastroju; rok po agresji Rosji na Ukrainę liczba osób spełniających kryteria PTSD i zaburzeń nastroju zmalała o połowę. Spośród cech PTSD mierzonych w całej grupie najsilniej ujawniły się poczucie zagrożenia i tendencja do unikania przeżyć (wspomnień) lub sytuacji zewnętrznych dotyczących wojny; nasilenie unikania w obydwu pomiarach nie różniło się istotnie. Problemy somatyczne, które mogły mieć związek z wybuchem wojny i stanem o rok późniejszym, nie miały znacznego natężenia. Kobiety przejawiały wyższe nasilenie cech PTSD i depresji niż mężczyźni, ale rok po wybuchu wojny tylko u kobiet istotnie obniżył się wynik ITQ. Stan zdrowia i kwestia zobowiązań nie wpływały istotnie na wyniki ani na zmienność wyników. Zarysowały się natomiast tendencja do raportowania większego nasilenia cech PTSD i nastroju depresyjnego u osób z wykształceniem wyższym oraz wyraźniejszy spadek natężenia ww. cech u osób deklarujących działania pomocowe. Wszyscy badani rok po wybuchu wojny cechowali się niższym nasileniem objawów PTSD, depresji, objawów somatycznych i mniejszym zainteresowaniem wojną w Ukrainie. Jednak bardziej zaawansowany wiek i wyższy wyjściowy (dotyczący 2022 roku) wynik ITQ czy PHQ-9 sprzyjały utrzymywaniu się/rozwojowi PTSD i nastroju depresyjnego w 2023 roku.

Odniesienie wyników badań własnych do rezultatów innych prac wskazuje, że odsetek Polaków spełniających kryteria PTSD w 2022 roku był niższy niż raportowany przez Ho i wsp. (2023) w badaniach realizowanych w 2022 roku z udziałem dorosłych Ukraińców. Nasilenie unikania w opisanej tu grupie Polaków okazało się wyższe, natomiast poczucia zagrożenia – niższe niż w grupie ukraińskiej. W porównaniu z czeskimi studentami (Riad *et al.*, 2022) uczestnicy badań własnych (osoby w wieku 50+) cechowali się niższym nasileniem nastroju depresyjnego (PHQ-9). Badania przeprowadzone w populacji polskiej w początkowym okresie wojny w Ukrainie wykazały z kolei wysoką częstość PTSD (Chudzicka-Czupała *et al.*, 2023) i niepokoju (Laboratorium Badań Medioznawczych UW, 2022). 52,7% dorosłych Polaków deklarowało wzrost smutku i depresji (Bągiel i Gambin, 2023). Niepokój dotyczył przyszłości i występował głównie u osób w wieku 65+. Zdaniem autorów raportu (Laboratorium Badań Medioznawczych UW, 2022) niepokój ludzi starszych mógł wynikać także z ich sytuacji ekonomicznej – zwykle nie najlepszej – która może się pogorszyć z powodu wojny

w Ukrainie. Metaanaliza obejmująca 47 krajów/regionów, gdzie w latach 1989–2015 toczyły się wojny (również Ukrainę), wykazała obecność PTSD lub depresji u 354 mln, a obydwu schorzeń – u 117 mln dorosłych osób (Hoppen i Morina, 2019). Szacunki te obejmują okres przed pełnoskalowym konfliktem zbrojnym w Ukrainie.

Bardziej zaawansowany wiek okazał się u Polaków czynnikiem ryzyka PTSD i depresji rok po wybuchu pełnoskalowej wojny w Ukrainie. Mimo że wyższy wiek może korelować z większą zdolnością do rezyliencji, liczne doniesienia wskazują na wzrost podatności na traumę wojny wraz z wiekiem (Summers *et al.*, 2019), co wiąże się z ponownym zaangażowaniem w traumę (LATR) lub późnym pojawieniem się objawów psychopatologicznych (LOSS). Podatność na traumę wynika z faktu, że starsze pokolenia były bezpośrednimi świadkami II wojny światowej albo lokalnych konfliktów, nieco młodsze zaś są traumatyzowane wojennymi tragediami bliskich. Życie starszych generacji naznaczone jest ponadto wieloma stratami, doświadczonymi także podczas kolejnych przemian społeczno-gospodarczych. Nawet jeśli konflikt zbrojny nie jest dziś obecny w danym kraju, dewastujący charakter wojen jest wpisany w pamięć wielu generacji (Matanov *et al.*, 2013). Podatność na traumę wojny u osób starszych wynika również z wielochorobowości, niesprawności, zmniejszenia sieci wsparcia społecznego i innych ograniczeń (poznawczych, finansowych), które uniemożliwiłyby dokonanie zmian w razie bezpośredniego zagrożenia (Summers *et al.*, 2019). Wszystkie wymienione cechy wyjaśniają rolę wieku jako czynnika ryzyka PTSD i depresji.

Istotnymi elementami obrazu PTSD w grupie Polaków 50+ są poczucie zagrożenia i unikanie. Strategia unikowa wydaje się charakterystyczna dla wielu starszych badanych i sprzyja podtrzymywaniu traumy (Chudzicka-Czupała *et al.*, 2023). Jednakże, jak wykazały badania z udziałem osób cywilnych, które przeżyły wojnę w Kosowie, strategia ta może odgrywać pozytywną rolę w krótkoterminowym łagodzeniu dyskomfortu psychicznego w odpowiedzi na zagrożenia (Kashdan *et al.*, 2009). Na tle powyższych danych niskie nasilenie objawów somatycznych wiązanych przez respondentów z wybuchem wojny i sytuacją rok później może zaskakiwać, niemniej może być to efekt różnego typu dolegliwości istniejących przed początkiem wojny lub wspomnianej strategii unikowej.

Także nasilenie cech PTSD i depresji w 2022 roku, czyli tuż po wybuchu pełnoskalowej wojny w Ukrainie, było czynnikiem ryzyka badanych zaburzeń w 2023 roku. W innych doniesieniach wykazano, że wyższe nasilenie PTSD w początkowym okresie wojny w Ukrainie (rok 2014) było pozytywnie powiązane z nasileniem PTSD w 2022 roku (Ho *et al.*, 2023).

Uzyskane w badaniach własnych dane dotyczące 2022 roku nie muszą jednak odzwierciedlać kondycji psychicznej wyłącznie w związku z wybuchem wojny w Ukrainie. Zakłócenia zdrowia psychicznego mogą być skutkiem pandemii COVID-19, niekorzystnej sytuacji polityczno-gospodarczej

i zmęczenia kilkuletnimi kryzysami (trauma/*crisis fatigue*) (Hisato *et al.*, 2022), ale też doświadczenia innego typu traum w przeszłości (Rzeszutek *et al.*, 2023). W badaniach niemieckich (Weierstall-Pust *et al.*, 2022), chociaż wojnę w Ukrainie i kryzys klimatyczny oceniano jako bardzo stresogenne, pandemia COVID-19 miała znacząco bardziej negatywny wpływ na kondycję psychiczną. Zestawienie czynników wywołujących stres wykazało, że zdaniem 44,6% Polaków przyczyną negatywnych emocji była wojna, 39,2% – sytuacja polityczna, a 27,2% – pandemia (Brągiel i Gambin, 2023).

Podobnie jak w innych doniesieniach stwierdzono, że płeć żeńska miała wpływ na wyższe nasilenie cech PTSD i depresji w 2022 roku (zob. Ho *et al.*, 2023; Riad *et al.*, 2022), co jest wyjaśniane czynnikami biologicznymi i psychospołecznymi (zob. Olf, 2017), ale też częstszym angażowaniem się kobiet w działania pomocowe na początku wojny i większym narażeniem na traumatyczne informacje/obrazy (Kyliushyk i Jastrzebowska, 2023). Kobiety, również na terenach objętych wojną, cechują się wyższym nasileniem także innych zakłóceń zdrowia psychicznego niż mężczyźni (Anjum *et al.*, 2023; Charlson *et al.*, 2019; Chudzicka-Czupała *et al.*, 2023; Ho *et al.*, 2023; Zasiékina *et al.*, 2023).

Nie wykazano wpływu stanu zdrowia ani zobowiązań na nasilenie i zmienność objawów PTSD i depresji, chociaż w wielu badaniach podkreślano związek między obecnością chorób przewlekłych a wyższym nasileniem PTSD (Chudzicka-Czupała *et al.*, 2023). Akcentowano też związek między wyższym wykształceniem a mniejszym nasileniem PTSD (Zasiékina *et al.*, 2023), natomiast wyniki własnych badań wskazują na tendencję odwrotną – wyższe nasilenie cech PTSD u osób lepiej wykształconych na początku wojny. Wyższe wykształcenie pełni funkcję wspierającą wobec zdrowia psychicznego (np. przez wspomaganie poczucia kontroli czy zdolności do rezyliencji) (Niemeyer *et al.*, 2019), ale przez różne mechanizmy poznawcze i zachowania (np. potrzebę śledzenia bieżących informacji) ponad trzykrotnie zwiększa poczucie zagrożenia wojną (Bodas *et al.*, 2015). Tendencja do spadku nasilenia cech PTSD w 2023 roku – mocniej zaznaczona wśród osób deklarujących pomocanie – wymagałaby poszerzonych analiz, ale może wskazywać, że aktywność pomocowa redukuje nasilenie cech PTSD.

Spadek liczby osób spełniających kryteria PTSD i depresji w 2023 roku należy traktować jako efekt działania licznych czynników pozostających w interakcji: unikania/zaprzeczania problemom psychicznym, nieświadomości trudności psychicznych raportowanych w użytych metodach samoopisowych (zob. Kurapov *et al.*, 2023), zmęczenia wojną, wyczerpania sposobów pomagania adekwatnych do potrzeb (Kyliushyk i Jastrzebowska, 2023), dynamiki problemów społeczno-gospodarczych w Polsce czy udzielania pomocy Ukrainie przez inne kraje. Jednak starsze generacje Polaków doświadczyły w przeszłości różnego typu traum, co wyjaśnia wyższą – w stosunku do szacunków z innych krajów – częstość PTSD w naszej populacji (Rzeszutek *et al.*, 2023).

OGRANICZENIA I KONKLUZJE

Ograniczenia badań mogą się wiązać przede wszystkim z niewielką liczebnie grupą respondentów. Niechęć do udziału w badaniach może być wskaźnikiem zmęczenia nakładającymi się stresorami, czyli pandemią COVID-19 i zmianami społeczno-gospodarczymi – nie tylko w Polsce. Nie kontrolowano czynników potencjalnie odpowiedzialnych za nasilenie PTSD i depresji czy odgrywających rolę zasobów odpornościowych – zmiennych osobowościowych oraz indywidualnych historii życia. Nie uwzględniono miejsca zamieszkania respondentów, a należy sądzić, że większe nasilenie problemów ze zdrowiem psychicznym mogło cechować mieszkańców wschodnich województw. Przewaga osób z wykształceniem wyższym mogła przeszkodzić w ujawnieniu pełnego wpływu edukacji na kondycję psychiczną. Zaangażowania w działania pomocowe nie kontrolowano w sposób szczegółowy – bazowano jedynie na deklaracjach respondentów. Ocena kondycji psychicznej miała charakter retrospektywny (w odniesieniu do początku wojny), więc parametry dotyczące PTSD czy depresji mogły być w rzeczywistości znacząco wyższe.

W podsumowaniu wyników badania należy podkreślić, że czynnikami sprzyjającymi zakłóceniom zdrowia psychicznego starszych Polaków mogą być, oprócz wojny, negatywne skutki pandemii COVID-19, przemiany społeczno-gospodarcze i przeszłe traumy – w związku z czym kondycja psychiczna osób starszych zamieszkujących tereny nieobjęte wojną jest często pomijana. Śledzenie dynamiki zakłóceń zdrowia psychicznego pozwoliłoby projektować odpowiednie formy wsparcia psychologicznego osób w wieku senioralnym.

Konflikt interesów

Autorka nie zgłasza żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do publikacji.

Wkład autorów

Koncepcja i projekt badania; gromadzenie i/lub zestawianie danych; analiza i interpretacja danych; napisanie artykułu; krytyczne zrecenzowanie artykułu; zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu: EMS.

Piśmiennictwo

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5™ (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc., 2013.
- Anjum G, Aziz M, Hamid HK: Life and mental health in limbo of the Ukraine war: how can helpers assist civilians, asylum seekers and refugees affected by the war? *Front Psychol* 2023; 14: 1129299.
- Bodas M, Siman-Tov M, Kreitler S et al.: Perception of the threat of War in Israel – implications for future preparedness planning. *Isr J Health Policy Res* 2015; 4: 35.
- Bragiel A, Gambin M: Depressive symptoms and psychological pain experienced by Polish adults in the context of both the war in Ukraine and the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord Rep* 2023; 12: 100487.
- Centrum Badania Opinii Społecznej: Polacy o wojnie na Ukrainie w rok po jej wybuchu. Komunikat z badań. 28/2023. Available from: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2023/K_028_23.PDF.
- Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A et al.: New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2019; 394: 240–248.
- Chudzicka-Czupała A, Hapon N, Chiang SK et al.: Depression, anxiety and post-traumatic stress during the 2022 Russo-Ukrainian war, a comparison between populations in Poland, Ukraine, and Taiwan. *Sci Rep* 2023; 13: 3602.
- Cloitre M, Shevlin M, Brewin CR et al.: The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatr Scand* 2018; 138: 536–546.
- Cook JM, McCarthy E, Thorp SR: Older adults with PTSD: brief state of research and evidence-based psychotherapy case illustration. *Am J Geriatr Psychiatry* 2017; 25: 522–530.
- Davison EH, Kaiser AP, Spiro III A et al.: From late-onset stress symptomatology to later-adulthood trauma reengagement in aging combat veterans: taking a broader view. *Gerontologist* 2016; 56: 14–21.
- Długosz P: War trauma and strategies for coping with stress among Ukrainian refugees staying in Poland. *J Migr Health* 2023; 8: 100196.
- Dückers ML, Alisic E, Brewin CR: A vulnerability paradox in the cross-national prevalence of post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry* 2016; 209: 300–305.
- Eshel Y, Kimhi S, Marciano H et al.: Predictors of PTSD and psychological distress symptoms of Ukraine civilians during war. *Disaster Med Public Health Prep* 2023; 17: e429.
- Fox R, Hyland P, Coogan AN et al.: Posttraumatic stress disorder, complex PTSD and subtypes of loneliness among older adults. *J Clin Psychol* 2022; 78: 321–342.
- Frazier P, Greer C, Gabrielsen S et al.: The relation between trauma exposure and prosocial behavior. *Psychol Trauma* 2013; 5: 286–294.
- Frounfelker R, Gilman SE, Betancourt TS et al.; WHO World Mental Health Survey Collaborators: Civilians in World War II and DSM-IV mental disorders: results from the World Mental Health Survey Initiative. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2018; 53: 207–219.
- Glück TM, Tran US, Lueger-Schuster B: PTSD and trauma in Austria's elderly: influence of wartime experiences, postwar zone of occupation, and life time traumatization on today's mental health status – an interdisciplinary approach. *Eur J Psychotraumatol* 2012; 3. DOI: 10.3402/ejpt.v3i0.17263.
- Hisoto T, Nandy S, Monga EM et al.: Psychological distress among healthcare students in Poland from COVID-19 to war on Ukraine: a cross-sectional exploratory study. *Front Public Health* 2022; 11: 1186442.
- Ho GWK, Vang ML, Martsenkovskiy D et al.: Investigating the latent structure of the International Trauma Questionnaire to assess ICD-11 posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD in an adult civilian sample during the Ukraine war. *J Trauma Stress* 2023; 36: 820–829.
- Hoppen TH, Morina N: The prevalence of PTSD and major depression in the global population of adult war survivors: a meta-analytically informed estimate in absolute numbers. *Eur J Psychotraumatol* 2019; 22: 1578637.
- Horáčková K, Ševčovičová A, Hrstka Z et al.: Consequences of Holocaust on physical health of survivors: bibliography review. *Cent Eur J Public Health* 2020; 28: 237–244.
- Hyland P, Shevlin M, Brewin CR et al.: Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatr Scand* 2017; 136: 313–322.
- Kacprzak I: Badanie: Mocny lęk Polaków przed wojną i uchodźcami. Do walki stanęłaby jedna piąta badanych. *Rzeczpospolita*. 20.02.2023. Available from: <https://www.rp.pl/spoleczenstwo/art-37986811-badanie-mocny-lek-polakow-przed-wojna-i-uchodzcami-do-walki-stanelaby-jedna-piata-badanych>.
- Karatzias T, Shevlin M, Ben-Ezra M et al.: War exposure, posttraumatic stress disorder, and complex posttraumatic stress disorder among parents living in Ukraine during the Russian war. *Acta Psychiatr Scand* 2023; 147: 276–285.
- Kashdan TB, Morina N, Priebe S: Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *J Anxiety Disord* 2009; 23: 185–196.
- Kokozka A, Jastrzębski A, Obrębski M: Ocena psychometrycznych właściwości polskiej wersji Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta-9 dla osób dorosłych. *Psychiatria* 2016; 13: 187–193.
- Kokun O: The Ukrainian population's war losses and their psychological and physical health. *J Loss Trauma* 2023; 28: 434–447.
- Kroenke K, Spitzer RL: The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatr Ann* 2002; 32: 509–515.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB: The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med* 2002; 64: 258–266.
- Kurapov A, Kalaitzaki A, Keller V et al.: The mental health impact of the ongoing Russian-Ukrainian war 6 months after the Russian invasion of Ukraine. *Front Psychiatry* 2023; 14: 1134780.
- Kyliushyk I, Jastrzebowska A: Aid attitudes in short- and long-term perspectives among Ukrainian migrants and Poles during the Russian war in 2022. *Front Sociol* 2023; 8: 1084725.
- Laboratorium Badań Medioznawczych UW: Wojna w Ukrainie w opinii Polaków. Sondaż telefoniczny LBM UW. Warszawa, sierpień 2022. Available from: <https://www.lbm.uw.edu.pl/18-publikacje/raporty-empiryczne>.
- Lis-Turlejska M, Łuszczynska A, Szumiał S: PTSD prevalence among Polish World War II survivors. *Psychiatr Pol* 2016; 50: 923–934.
- Lis-Turlejska M, Szumiał S, Drapała I: Posttraumatic stress symptoms among Polish World War II survivors: the role of social acknowledgement. *Eur J Psychotraumatol* 2018; 9: 1423831.
- Matanov A, Giacco D, Bogic M et al.: Subjective quality of life in war-affected populations. *BMC Public Health* 2013; 13: 624.
- Mottola F, Gnisci A, Kalaitzaki A et al.: The impact of the Russian-Ukrainian war on the mental health of Italian people after 2 years of the pandemic: risk and protective factors as moderators. *Front Psychol* 2023; 14: 1154502.
- Niemeyer H, Bieda A, Michalak J et al.: Education and mental health: do psychosocial resources matter? *SSM Popul Health* 2019; 7: 100392.
- Nowak P, Łucka I: Młody Polak po doświadczeniach wojennych. Siła transgeneracyjnej transmisji traumy. *Psychiatr Psychol Klin* 2014; 14: 84–88.
- Olf M: Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: an update. *Eur J Psychotraumatol* 2017; 8 (sup4): 1351204.
- Pless Kaiser A, Cook JM, Glick DM et al.: Posttraumatic stress disorder in older adults: a conceptual review. *Clin Gerontol* 2019; 42: 359–376.
- Riad A, Drobov A, Krobot M et al.: Mental health burden of the Russian-Ukrainian war 2022 (RUW-22): anxiety and depression levels among young adults in Central Europe. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19: 8418.
- Roszik-Volovik X, Brandão AP, Kollárovics N et al.: Research group as helpers due to the war in Ukraine: focus group experiences of women researchers. *Front Psychiatry* 2023; 14: 1139252.
- Rzeszutek M, Dragan M, Lis-Turlejska M et al.: Exposure to self-reported traumatic events and probable PTSD in a national sam-

- ple of Poles: why does Poland's PTSD prevalence differ from other national estimates? *PLoS One* 2023; 18: e0287854.
- STATISTA: Number of civilian casualties in Ukraine during Russia's invasion verified by OHCHR from February 24, 2022 to June 30, 2023. Available from: <https://www.statista.com/statistics/1293492/ukraine-war-casualties/> [cited: 30 June 2023].
- Summers A, Leidman E, Pereira Figueira Periquito IM et al.: Serious psychological distress and disability among older persons living in conflict affected areas in eastern Ukraine: a cluster-randomized cross-sectional household survey. *Confl Health* 2019; 13: 10.
- UNHCR Operational Data Portal: Ukraine Refugee Situation. Available from: <https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine> [cited: 30 June 2023].
- UNHCR Regional Bureau for Europe: Ukraine situation flash update #51. 21 July 2023. Available from: <https://reporting.unhcr.org/ukraine-situation-flash-update-51> [cited: 30 June 2023].
- Weierstall-Pust R, Schnell T, Heßmann P et al.: Stressors related to the Covid-19 pandemic, climate change, and the Ukraine crisis, and their impact on stress symptoms in Germany: analysis of cross-sectional survey data. *BMC Public Health* 2022; 22: 2233.
- World Health Organization: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 11th ed. 2019. Available from: <https://icd.who.int/en>.
- Zasiiekina L, Zasiiekin S, Kuperman V: Post-traumatic stress disorder and moral injury among Ukrainian civilians during the ongoing war. *J Community Health* 2023; 48: 784–792.