



УДК 616.89-008.454

## ANXIETY DISORDERS: CLINICAL MANIFESTATIONS, DIAGNOSTICS, TREATMENT, AND EMPIRICAL RESEARCH DATA FROM PRIMARY AND TERTIARY HEALTHCARE SETTINGS

### ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ: ПРОЯВИ, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ ТА ЕМПІРИЧНІ ДАНІ ДОСЛІДЖЕННЯ НА ПЕРВИННІЙ І ТРЕТИННІЙ ЛАНКАХ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Lukianovich I.L./ Лук'янович І.Л.

*as. prof. / асистент кафедри психіатрії, наркології та психотерапії  
National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Pirogova, 56, 21018  
Вінницький національний медичний університет, Вінниця Пирогова 56, 21018*

Rymsha Sofiia Vitalievna/ Римша С.В.

*Head of Department, Professor, md /зав.кафедри, професор, д.м.н.  
National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Pirogova, 56, 21018  
Вінницький національний медичний університет, Вінниця Пирогова 56, 21018*

**Анотація:** Тривожні розлади є найпоширенішою групою психічних порушень, що суттєво впливають на якість життя, працездатність і соціальне функціонування. Сучасні міжнародні класифікації (ICD-11 та DSM-5-TR) конкретизують феноменологію тривоги, уточнюючи критерії діагностики й диференціації між генералізованою тривогою, панічним розладом, соціальною тривогою, специфічними фобіями, агорафобією тощо. Емпіричні дані, отримані за шкалами HADS, PHQ-9, PHQ-15, STAI у вибірках пацієнтів первинної та спеціалізованої ланок (N=61), демонструють високу частоту тривожно-депресивних симптомів і їхню коморбідність із соматичними скаргами, що відповідає глобальним тенденціям і українським реаліям воєнного часу. У статті узагальнено доказові підходи до лікування (КІПТ/іСВТ, SSRI/SNRI; уникати тривалого застосування бензодіазепінів), окреслено організаційні шляхи інтеграції психічного здоров'я у первинну медичну допомогу, а також наведено практичні алгоритми маршрутизації пацієнтів та моніторингу лікування.

**Ключові слова:** тривожні розлади; депресія; ICD-11; DSM-5-TR; HADS; PHQ-9; STAI; когнітивно-поведінкова терапія; фармакотерапія; первинна ланка; іСВТ.

#### Вступ.

Тривога — базовий захисний механізм людини, що допомагає адаптуватися до небезпеки. У сучасних умовах її інтенсивність часто досягає крайніх, напружених, бурхливих маніфестацій, які спонукають пацієнтів звертатися по медичну (зокрема психіатричну) допомогу. Декомпенсація тривожних розладів руйнує всі сфери життя: інтелектуальну, емоційну, соматичну, сімейну та професійну. Нерідко спостерігається поєднання тривожних і депресивних порушень; саме ця комбінація становить одну з найчастіших причин звернення на всіх рівнях охорони здоров'я та залишається складною як для діагностики, так і для лікування.



В умовах затяжного стресу та війни, що супроводжуються переміщенням населення, втратою житла, небезпекою для життя, роз'єднанням сімей і економічною нестабільністю, популяційний рівень тривожності зростає, а індивідуальні симптоми стають більш стійкими. Це ускладнює своєчасне виявлення і ведення на первинній ланці. Важливо підкреслити факт маскування тривоги під соматичні скарги (головний біль, серцебиття, абдомінальні симптоми, порушення сну), через що пацієнти часто потрапляють до лікарів загальної практики й вузьких спеціалістів без розпізнавання психопатологічного ядра стану.

Міжнародні системи класифікації (ICD-11 та DSM-5-TR) уточнюють діагностичні підходи й подають тривожні/страх-пов'язані розлади як групу з чітко окресленими критеріями та фокусами побоювання. Це спрощує маршрут пацієнта, поліпшує диференціальну діагностику та дозволяє швидше переходити до доказових втручань, включно з короткими психотерапевтичними програмами та фармакотерапією першої лінії [WHO, 2024; APA, 2022].

З огляду на актуальність проблеми тривожних і тривожно-депресивних розладів в Україні доцільно поєднати дані власного емпіричного дослідження з оглядом сучасних міжнародних рекомендацій і національних настанов, що дозволяє сформувавши практичний алгоритм на рівні сімейного лікаря та спеціалізованих служб (психіатр, психотерапевт) [NICE, 2020/2024; AAFP, 2022].

**Мета.** Визначити особливості тривожних і депресивних порушень у пацієнтів первинної та спеціалізованої ланок медичної допомоги на основі стандартизованих опитувальників; інтегрувати результати з сучасними класифікаційними та терапевтичними підходами; запропонувати практичні алгоритми скринінгу, лікування і маршрутизації на первинній ланці.

### **Матеріали та методи**

**Вибірка.** Пілотне дослідження охопило **61 пацієнта:**

- **30 осіб** на первинній ланці (сімейний лікар);
- **31 особа** у відділенні неврозів (третинний рівень).



**Інструменти.** Застосовано валідовані шкали:

- **HADS** (Госпітальна шкала тривоги та депресії: 14 пунктів, дві субшкали);
- **PHQ-9** (скринінг депресії; поріг  $\geq 10$  як індикатор великого депресивного розладу із прийнятними чутливістю/специфічністю) [AAFP, 2022];
- **PHQ-15** (соматичні симптоми);
- **STAI** (реактивна й особистісна тривожність);
- опитувальник **Тейлора** — за показами.

**Процедура.** Збір даних здійснювався при первинному зверненні та в процесі лікування у відділенні неврозів. Всі учасники надали письмову інформовану згоду. Для оцінювання застосовувалися стандартні методики; проводився описовий аналіз.

**Етичні аспекти.** Дослідження виконано відповідно до принципів конфіденційності та добровільності, без зовнішнього фінансування.

**Результати**

### 1) Пацієнти первинної ланки (N=30)

За **HADS** у **45%** виявлено виражені симптоми тривоги: **30%** — клінічно значуща тривога, **15%** — субклінічна. **94%** респондентів підтвердили часті відчуття сильного страху можливого несприятливого випадку.

За **STAI**:

- **90,32%** — стан вираженого напруження;
- **87,10%** — значно стривожені;
- **83,87%** — дратівливі;
- середні значення: **реактивна тривожність  $55,22 \pm 7,5$  бала, особистісна тривожність  $53,15 \pm 11,3$  бала.**

За **PHQ-9** ознаки депресії мали **60%**:

легка — **11 осіб**; помірна — **2**; середня — **3**; тяжка — **2**.

За **PHQ-15**: соматичні скарги повідомляли **100%** пацієнтів; у **50%** результат  $\geq 10$  балів.

### 2) Пацієнти спеціалізованої ланки (N=31, відділення неврозів)



- **55%** щоденно відчували виражений неспокій або дратівливість;
- **29%** — неспроможність контролювати хвилювання більшу частину часу;
- **61%** — надмірне занепокоєння з різних причин;
- **29%** — щоденне відчуття «місця собі не знаходжу».

За STAI:

- реактивна тривожність: висока у **98%**, **55,02±7,5 бала**;
- ситуативна/особистісна: висока у **87%**, **53,15±11,3 бала**.

**HADS:** тривога — **13,8±3,87**; депресія — **10,97±4,34**.

**Таблиця 1. Показники пацієнтів первинної ланки**

Показник	Значення	Коментар
HADS: тривога (виражена)	45% (30% клінічна; 15% субклінічна)	Висока частка на етапі первинного звернення
STAI: реактивна	55,22±7,5 бала	Виражений стан напруження
STAI: особистісна	53,15±11,3 бала	Схильність до тривоги
PHQ-9: депресія	60% (11 легка; 2 помірна; 3 середня; 2 тяжка)	Потребує менеджменту
PHQ-15: соматичні скарги	≥10 балів у 50%	Коморбідність соматичних симптомів

**Таблиця 2. Показники пацієнтів спеціалізованої ланки**

Показник	Значення	Коментар
Щоденний неспокій/дратівливість	55%	Висока частота симптомів
STAI: реактивна	55,02±7,5 бала (98% високі)	Переважає тривожність
STAI: ситуативна/особистісна	53,15±11,3 бала (87% високі)	Стійке напруження
HADS: тривога	13,8±3,87	Середня вираженість
HADS: депресія	10,97±4,34	Коморбідні депресивні прояви



## **Обговорення**

### **Узгодженість із міжнародними даними**

Отримані результати відповідають глобальним оцінкам поширеності тривожних розладів і підтверджують їхній значний тягар для системи охорони здоров'я. Дані ВООЗ та узагальнення GBD-2019 демонструють стабільність стандартизованих показників при значному зростанні абсолютної кількості випадків, що пов'язано з демографічними зрушеннями й покращенням виявлення [WHO, 2024; GBD-2019/IHME, 2021–2022].

Класифікаційні підходи **ICD-11** (група «Anxiety or fear-related disorders») та оновлення **DSM-5-TR** деталізують критерії, фокуси побоювання і коморбідні зв'язки, що полегшує диференціальну діагностику і вибір терапії [WHO, 2024; APA, 2022].

### **Український контекст воєнного часу**

Україна переживає унікальний травматичний контекст, що асоціюється з високими показниками тривоги, стресу та симптомів ПТСР серед різних груп населення (недислоковані, ВПО, біженці). Популяційні дослідження вказують на суттєве підвищення частки помірної/тяжкої тривоги та посттравматичних симптомів, що корелює з нашими даними щодо високої реактивної та особистісної тривожності в пацієнтів на різних рівнях допомоги [Lancet Regional Health – Europe, 2024; Nature Sci Reports, 2023].

### **Коморбідність і клінічні наслідки**

Коморбідність тривожних розладів із депресією і соматичними симптомами (PHQ-15  $\geq 10$  балів у 50% на первинній ланці) ускладнює ведення та підвищує ризик хронізації. Це потребує інтегрованого менеджменту, що поєднує психотерапевтичні й фармакологічні втручання, а також регулярний моніторинг за шкалами **GAD-7/HADS/PHQ-9/STAI** [AAFP, 2022; MSD Manual, 2025].

### **Доказова терапія**

**КПТ** є методом першої лінії для більшості тривожних розладів; ефективність підтверджена систематичними оглядами (у т. ч. в рутинній практиці) [Clinical Psychology: Science and Practice, 2023]. **Інтернет-КПТ (іСВТ)**



з підтримкою терапевта показує ефекти, порівнювані з очними форматами, що критично важливо для підвищення доступу в умовах дефіциту фахівців і воєнних обмежень [Cochrane Review, 2016].

Фармакотерапія першої лінії за міжнародними гайдлайнами — **SSRIs/SNRIs** (есциталопрам, сертралін; венлафаксин XR, дулоксетин). Рекомендовано продовжувати лікування **6–12 місяців після ремісії** для профілактики рецидиву. **Бензодіазепіни** не слід застосовувати як першу лінію та довгостроково через ризик залежності та підвищеної смертності [NICE CG113, 2020/2024; AAFP, 2022].

### Організація допомоги

Для первинної ланки доцільно впровадити короткі алгоритми:

1. **Скринінг** (GAD-7/HADS/PHQ-9) при соматичних скаргах, порушеннях сну, хронічному стресі.
2. **Пояснення діагнозу**, психоосвіта, спільне прийняття рішень.
3. **КПТ/іСВТ** як перша лінія; у разі середньої/тяжкої симптоматики — **SSRIs/SNRIs**.
4. **Моніторинг**: повторні вимірювання кожні 4–6 тижнів; корекція дози/перехід на інший препарат при частковій відповіді.
5. **Ескалація**: аугментація, мультидисциплінарна консультація при резистентності.

### Обмеження дослідження

Вибірка пілотного дослідження є зручною і відносно невеликою (**N=61**), але обмежує можливість узагальнення висновків. Не проводився повний статистичний аналіз підгруп (вік, стать, соціальні фактори) з перевіркою гіпотез; відсутні довготривалі спостереження. Самозвітні інструменти мають обмеження чутливості /специфічності. Надалі доцільно розширити вибірку, застосувати проспективний дизайн і розширити набір інструментів (у т. ч. біомаркери, поведінкові метрики).

### Практичні рекомендації

1. **Рутинний скринінг** (GAD-7/HADS/PHQ-9) на первинній ланці для



пацієнтів із соматичними скаргами, порушеннями сну, хронічним стресом.

2. **Психоосвіта:** пояснення механізмів тривоги, навички самодопомоги (сон, фізична активність, обмеження кофеїну/алкоголю).

3. **КПТ** як перша лінія; **iCBT** за браку доступу до очної терапії.

4. **SSRIs/SNRIs** при середній/тяжкій симптоматиці; титрування до ефекту; **6–12 місяців підтримки** після ремісії.

5. **Моніторинг** кожні 4–6 тижнів; корекція плану при частковій відповіді або побічних явищах.

6. **Маршрутизація:** раннє направлення до психіатра/психотерапевта при тяжких або резистентних випадках.

7. **Телемедицина та iCBT** — масштабувати доступ у воєнних умовах.

8. **Підготовка персоналу** та супервізії на первинній ланці; інтеграція психічного здоров'я у ПМД.

### **Висновки.**

Частота тривожно-депресивних симптомів у пацієнтів первинної ланки є високою, а у спеціалізованих — спостерігається переважання реактивної й особистісної тривожності з коморбідними депресивними проявами. Це відповідає глобальним тенденціям та українським реаліям воєнного часу. Доказові методи лікування — КПТ/iCBT і фармакотерапія SSRIs/SNRIs — у поєднанні з регулярним моніторингом шкалами GAD-7/HADS/PHQ-9 забезпечують найкращі шанси ремісії і профілактики рецидивів. Вектор розвитку системи — інтеграція психічного здоров'я у первинну медичну допомогу, цифрові платформи та мультидисциплінарна взаємодія.

### **Конфлікт інтересів та фінансування**

*Автори повідомляють про відсутність конфлікту інтересів та зовнішнього фінансування.*

### **Подяки**

*Автори висловлює подяку пацієнтам, медичному персоналу та адміністрації закладів за участь і сприяння проведенню дослідження.*



## Література:

1. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR). Washington, DC: APA Publishing, 2022. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.appi.org/dsm> (дата звернення: 28.12.2025).
2. **World Health Organization.** Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders (CDDR). Geneva: WHO, 2024. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263> (дата звернення: 28.12.2025).
3. **World Health Organization.** Anxiety disorders: Fact sheet. WHO Newsroom, 2025. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders> (дата звернення: 28.12.2025).
4. **Yang X., Fang Y., Chen H., та ін.** Global, regional and national burden of anxiety disorders from 1990 to 2019: results from the GBD-2019. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2021. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-psychiatric-sciences/article/9ABBDAE4017CDE11476B9DB51F75C32F> (дата звернення: 28.12.2025).
5. **GBD 2019 Mental Disorders Collaborators.** Global burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019. *The Lancet Psychiatry*, 2022. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.healthdata.org/research-analysis/library/global-regional-and-national-burden-12-mental-disorders-204-countries-and> (дата звернення: 28.12.2025).
6. **NICE.** Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management (CG113). London: National Institute for Health and Care Excellence, 2020 (reviewed 2024). [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG113> (дата звернення: 28.12.2025).
7. **DeGeorge K.C., Grover M., Streeter G.S.** Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder in Adults. *American Family Physician*, 2022. [Електронний ресурс].



Режим доступу: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2022/0800/generalized-anxiety-disorder-panic-disorder.html> (дата звернення: 28.12.2025).

8. **MSD Manual Professional**. Overview of Anxiety Disorders. Kenilworth, NJ: Merck & Co., 2025. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.msmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/anxiety-and-stressor-related-disorders/overview-of-anxiety-disorders> (дата звернення: 28.12.2025).

9. **Olthuis J.V., Watt M.C., Bailey K., Hayden J.A., Stewart S.H.** Therapist-supported Internet CBT for anxiety disorders in adults: Cochrane Review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011565.pub2/pdf/CD011565/CD011565.pdf> (дата звернення: 28.12.2025).

10. **Öst L.-G., Enebrink P., Finnes A., та ін.** CBT for adult anxiety disorders in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2023. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.psycnet.org/fulltext/2023-84176-001.pdf> (дата звернення: 28.12.2025).

11. **Fagan H.A., Baldwin D.S.** Pharmacological treatment of Generalised Anxiety Disorder: current practice and future directions. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 2023. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/14737175.2023.2211767> (дата звернення: 28.12.2025).

12. **Oregon Health Authority; OHSU**. Medication Treatment for Adults with GAD: Narrative Algorithm. 2025. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.ohsu.edu/sites/default/files/2025-04/Medication%20Treatment%20for%20Adults%20with%20GAD.pdf> (дата звернення: 28.12.2025).

13. **Lushchak O., Velykodna M., Bolman S., та ін.** Prevalence of stress, anxiety, and PTSD symptoms among Ukrainians after the first year of invasion. *The Lancet Regional Health – Europe*, 2024. [Електронний ресурс]. Режим доступу:



<https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762%2823%2900192-8/fulltext> (дата звернення: 28.12.2025).

14. **Chudzicka-Czupala A., Hapon N., Chiang S.-K.,** та ін. Depression, anxiety and post-traumatic stress during the 2022 Russo-Ukrainian war. *Scientific Reports*, 2023. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.nature.com/articles/s41598-023-28729-3.pdf> (дата звернення: 28.12.2025).

15. **МОЗ України.** Настанова 00729. Тривожний розлад. Київ: МОЗ, 2018. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3522> (дата звернення: 28.12.2025).

16. **МОЗ України.** Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на генералізований тривожний розлад (наказ №59 від 05.02.2007). [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://medstandart.net/browse/2309> (дата звернення: 28.12.2025).

***Abstract:** Anxiety disorders represent one of the most prevalent groups of mental health conditions, significantly affecting quality of life, functioning, and social adaptation. Modern international classifications (ICD-11 and DSM-5-TR) provide clearer diagnostic criteria and differentiation between generalized anxiety disorder, panic disorder, social anxiety disorder, specific phobias, and agoraphobia. Empirical data obtained using HADS, PHQ-9, PHQ-15, and STAI in samples from primary and specialized care settings (N=61) demonstrate a high prevalence of anxiety–depressive symptoms and their comorbidity with somatic complaints, which aligns with global trends and the psychological burden observed in Ukraine during wartime. The article summarizes evidence-based therapeutic approaches (CBT/iCBT, SSRIs/SNRIs, with avoidance of long-term benzodiazepine use) and outlines organizational pathways for integrating mental health care into primary healthcare. Practical algorithms for patient routing and treatment monitoring are also provided.*

***Key words:** anxiety disorders; depression; ICD-11; DSM-5-TR; HADS; PHQ-9; STAI; cognitive-behavioural therapy; pharmacotherapy; primary care; iCBT.*

Статтю надіслано: 28.12.2025 г.