

# ZDROWIE PSYCHICZNE I ZASOBY OSOBISTE A ODPORNOŚĆ

Część 2: Psychosomatyka a doświadczanie choroby

POD REDAKCJĄ EWY WILCZEK-RUŻYCZKI



# **ZDROWIE PSYCHICZNE I ZASOBY OSOBISTE A ODPORNOŚĆ**

Część 2: Psychosomatyka a doświadczanie choroby

**POD REDAKCJĄ EWY WILCZEK-RUŻYCKI**

Kraków 2024

Rada Wydawnicza Uniwersytetu Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie:  
Klemens Budzowski, Maria Kapiszewska, Zbigniew Maciąg, Jacek M. Majchrowski

Recenzja:  
dr. hab. Antoni Wontorczyk, prof. UJ

Redaktor prowadzący: Halina Baszak Jaroń

Redakcja: Carmen Stachowicz

Korekta: Filip Rekucki-Szczurek

Projekt okładki: Oleg Aleksejczuk

Zdjęcia na okładce: pixabay.com

Skład: Jakub Aleksejczuk

e-ISBN 978-83-67491-40-2  
DOI: 10.48269/978-83-67491-40-2

Copyright© Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie  
Kraków 2024

Żadna część tej publikacji nie może być powielana ani magazynowana  
w sposób umożliwiający ponowne wykorzystanie,  
ani też rozpowszechniana w jakiegokolwiek formie  
za pomocą środków elektronicznych, mechanicznych, kopiujących,  
nagrywających i innych, bez uprzedniej pisemnej zgody właściciela praw autorskich

Na zlecenie:



Wydawca: Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2024

# SPIS TREŚCI

Ewa Wilczek-Rużyczka	
Wstęp .....	7
Dorota Kubacka-Jasiecka	
Środowiskowa interwencja kryzysowa na rzecz zdrowia we współczesności .....	11
Maria Pąchalska	
Wielowymiarowe następstwa choroby zakaźnej COVID-19 ....	29
Irena Milaniak	
Poczucie niepewności wśród biorców przeszczepu narządu z uwzględnieniem okresu pandemii COVID-19. Teoria i przegląd badań .....	81
Michał Kupczyk	
Depresja w społeczeństwie podczas pandemii COVID-19 a wpływ terapii poznawczo-behawioralnej .....	101
Andrzej Mirski	
Negatywne i pozytywne konsekwencje stresu z perspektywy zdrowia i rozwoju .....	117
Karol Mausch, Ewa Ryś	
Sens życia a zdrowie psychiczne osób chorych onkologicznie – wyniki badań empirycznych .....	139

Karol Mausch, Ewa Ryś	
Charakterystyka profili osób chorych onkologicznie – analiza skupień .....	159
Małgorzata Woś, Aleksandra Świerczyńska, Edyta Steczko	
Diagnostyka okulistyczna w nieorganicznych zaburzeniach widzenia u dzieci .....	175
Celestyna Grzywniak	
Rola psychologa w diagnozie i terapii dzieci z zespołem PANDAS, czyli z autoimmunologicznym pediatrycznym zespołem zaburzeń neuropsychiatrycznych po infekcji streptokokami .....	193
Anna Bar	
Depresja i wypalenie zawodowe wśród nauczycieli szkół masowych i specjalnych – analiza porównawcza .....	205
Dominika Zapotoczna	
Pozytywne efekty zastosowania techniki wizualizacji u pacjentów somatycznych .....	233

## Ewa Wilczek-Rużyczka

Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie, Wydział Psychologii,

Pedagogiki i Nauk Humanistycznych

<https://orcid.org/0000-0003-2261-8939>

# WSTĘP

Zdrowie psychiczne związane jest z całym szeregiem doświadczeń człowieka, które są powiązane pośrednio lub bezpośrednio ze zdrowiem. Pozytywny wymiar zdrowia psychicznego oznacza rozwijanie swoich mocnych stron, czyli kompetencji pozwalających na konfrontację i harmonijne przechodzenie do trudności, niepowodzeń i zagrożeń. Każdy człowiek, na co zwrócił uwagę amerykański psychiatra i psycholog Milton Erickson, posiada zarówno deficyty i ograniczenia, jak i zasoby: mocne strony, talenty, inteligencję, doświadczenia, które mogą być pomocne i użyteczne w życiu, pomagając radzić sobie z problemami oraz pokonywać trudności. Zasoby to wszystko, z czego człowiek może czerpać w życiu codziennym, co jest źródłem jego siły i mocy do realizacji jego potrzeb i celów.

Natomiast Stevan E. Hobfoll w opracowanej teorii zachowania zasobów (*conservation of resources*, COR) założył, że ludzie dążą do poszukiwania, uzyskania i ochrony zasobów – czyli tego, co jest dla nich cenne, a źródłem stresu może być zarówno subiektywna, jak i obiektywna strata tych zasobów. Zgodnie z teorią COR jednostki są obdarzone zasobami nieproporcjonalnie (nie po równo) z przyczyn społecznych, ekonomicznych i biologicznych, przez co istnieją różnice indywidualne możliwości i efektywności wykorzystywania zasobów, co determinuje różnice w radzeniu sobie ze stresem.

\* \* \*

Publikacja zawiera opracowanie wybranych zagadnień z dziedziny psychologii zdrowia, a przedstawiona w niej analiza poszczególnych aspektów nie stanowi zwartego i systematycznego ujęcia problemu. Starano się jednak przybliżyć czytelnikowi podstawowe zagadnienia z psychologii zdrowia, a w pewnym zakresie też psychosomatyki – szczególnie te, które ujmują tę problematykę z uwzględnieniem holistycznego podejścia do funkcjonowania człowieka w obszarze zdrowia.

W części drugiej publikacji skoncentrowano się na zagadnieniach i problemach związanych z chorobami psychosomatycznymi przebiegającymi pod postacią zaburzeń funkcji lub zmian organicznych, dotyczących poszczególnych narządów czy układów, w których przebiegu istotną rolę odgrywają czynniki psychiczne. Choroby te stanowią grupę zaburzeń, w których obecność objawów somatycznych wskazuje na prawdziwą chorobę ciała, ale objawów tych nie można wyjaśnić zakłóceniem stanu fizycznego. Przyczyną chorób psychosomatycznych może być niewłaściwe przetwarzanie negatywnych emocji, a w celu ich rozładowania należałoby za każdym razem odreagować wszystkie składniki: komponent psychiczny, motoryczny, wegetatywny. Jednak takie zachowania nie zawsze są możliwe i nie zawsze są akceptowane przez samą osobę czy też jej otoczenie, a to skutkuje nasileniem reakcji wegetatywnej. W niniejszej części zawarto również zagadnienia dotyczące sytuacji stresogennych i ich konsekwencji dla zdrowia psychicznego, wynikających zarówno z drastycznego pogorszenia się ogólnego stanu zdrowia i następujących wskutek tego interwencji medycznych, jak i zagrożeń oraz ograniczeń związanych z wybuchem pandemii COVID-19. Ponadto przedstawione zostały okoliczności i konsekwencje coraz częstsze występowania w społeczeństwie depresji i wypalenia zawodowego u pracowników służb społecznych, a także możliwości środowiskowej interwencji kryzysowej i psychoedukacyjnej na rzecz zdrowia w jakże trudnych realiach współczesności.

\* \* \*

Niniejsza publikacja stanowi zbiór wybranych treści prezentowanych w ramach 21. Europejskiego Sympozjum Somatoterapii i Edukacji Psychosomatycznej pt. „Zdrowie psychiczne – teoria, badania naukowe i praktyka”, zorganizowanego w dniach 17–18 września 2022 r. w Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego.



**Dorota Kubacka-Jasiecka**

Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie, Wydział Psychologii,

Pedagogiki i Nauk Humanistycznych

<https://orcid.org/0000-0002-8017-032X>

# ŚRODOWISKOWA INTERWENCJA KRYZYSOWA NA RZECZ ZDROWIA WE WSPÓŁCZESNOŚCI

## Streszczenie

Opracowanie ukazuje niekorzystny wpływ współczesnych przemian społeczno-kulturowych ponowoczesności – ich konsekwencje i zagrożenia zarówno dla zdrowia jednostek, jak i społeczności. Zjawiska globalizacji i uniwersalizacji otaczającej nas rzeczywistości oraz rozpowszechniana przez nie ideologia neoliberalizmu utrudniają oraz zniekształcają procesy adaptacji społecznej, zwłaszcza młodych, dopiero wchodzących w dorosłość pokoleń. Opracowanie przedstawia możliwości i propozycje środowiskowej interwencji kryzysowej jako działalności prewencyjnej, przede wszystkim aktywności na rzecz zmian systemowych oraz zdrowia społeczności. Warunkiem pozytywnych, korzystnych przemian staje się praca nad kształtowaniem wspólnotowych postaw i odpowiedzialności obywatelskiej. Inna droga naprawy to wychowanie oraz indywidualna interwencja w kryzysach dorastania pomagająca w kształtowaniu dojrzałej i autonomicznej tożsamości oraz krytycznej samoświadomości.

**Słowa kluczowe:** ponowoczesność, globalizacja, środowiskowa interwencja kryzysowa, psychologia społeczności, odpowiedzialność obywatelska, zdrowa i dojrzała tożsamość

## Health-oriented environmental crisis intervention in the postmodern world

### Abstract

The paper is a presentation of the negative impact of present-day socio-cultural transformations of postmodernity: their outcomes and threats which affect the health of both individuals and society. The widespread phenomena of globalisation and universalisation and the related popularisation of the neoliberal ideology impede and distort the process of social adaptation, in particular in relation to the generations of young people who enter adulthood. The article presents the possibilities and examples of environmental crisis interventions as preventive and precautionary measures, especially as regards activities oriented towards systemic changes aimed at the improvement of the population health. Positive and beneficial changes are preconditioned by the work on shaping community-minded attitudes and civic responsibility. Another method is based on education and individual interventions in connection with the adolescence crisis which help form young adults' mature and autonomous identity and critical self-awareness.

**Key words:** postmodernity, globalisation, environmental crisis intervention, community psychology, civic responsibility, healthy and mature identity

### Wprowadzenie

Celem opracowania jest ukazanie niekorzystnego wpływu i zagrożeń dla zdrowia jednostek oraz społeczności, które niosą współczesne przemiany społeczno-kulturowe. Przedstawione zostaną postulaty konieczności przeciwdziałania niekorzystnym konsekwencjom nowoczesności. Aktualnie wskazuje się możliwości pomocy i wsparcia ze strony nowego ujęcia interwencji kryzysowej, gotowej podjąć się wyzwania pomocy we współczesnych kryzysach tożsamości i w stanach kryzysowych indywidualnym klientom, ale przede wszystkim pomocy środowiskowej na rzecz zdrowia społeczności.

### Czas współczesności – czas przemian społeczno-kulturowych

Narastające problemy przemian współczesnego świata oraz ich konsekwencje zagrażają procesom rozwoju i dorastania, utrudniają i zaburzają funkcjonowanie oraz sprzyjają stanom kryzysowym, zwłaszcza kryzysom tożsamości – indywidualnym, ale również pokoleniowym, prowadząc do dezadaptacji i patologizacji.

Przełom wieków XX i XXI charakteryzuje niespotykane dotychczas tempo radykalnych przemian związanych z gwałtownym skokiem cywilizacyjnym, dotyczących wszystkich dziedzin naszego życia. Na plan pierwszy wysuwa się wyjątkowo szybki i zaawansowany postęp technologiczny, powodujący znaczące zmiany środowiska naturalnego człowieka, przemiany społeczno-kulturowe, a przede wszystkim form przekazu informacji i sposobu komunikacji (Janda-Dębek 2010). „Świat zmienia się tak szybko, że wszystko: kariery zawodowe, domy, role społeczne nabierają powoli charakteru tymczasowego, przejściowego” (Bennis, Slater 1998, s. 1 [wszystkie tłum. – D.K.-J.]). Tempo i gwałtowność przemian współczesności pociągają za sobą zmiany naszej egzystencji oraz psychologicznej kondycji człowieka, co stanowi znaczące wyzwanie dla kolejnych pokoleń. Alvin Toffler (1998) pół wieku temu po raz pierwszy zwrócił uwagę na zjawisko „szoku przyszłości”, „porażenia przyszłością” – dysproporcji między tempem przemian środowiska a ograniczoną zdolnością ludzi do podążania za ich gwałtownością i szybkością: „Zmiany zachodzą na naszych oczach z siłą nieokiełznanego żywiołu. To rozpędzenie powoduje dla nas wszystkich konsekwencje zarówno psychologiczne, jak i socjologiczne [...] rozpętany nurt zmian tak potężnych, że pękają od niego instytucje, zmienia się system wartości i ulegają erozji nasze korzenie. W tym procesie zmian przyszłość atakuje teraźniejszość” (s. 13). Dalej autor ten, cytując Eriksona, pisze: „W społeczeństwie naszym naturalną kolejną rzeczą tempo zmian będzie obecnie ulegało stałemu przyspieszeniu, przekraczając granice możliwości przystosowawczych, zarówno samego człowieka, jak i jego instytucji” (s. 45).

Nasze czasy bywają nazywane epoką społeczeństwa informatycznego, ponowoczesnego, konsumpcyjnego oraz zglobalizowanego, którą charakteryzują: przenikanie się kultur, hedonistyczne zachowania, chaos w systemie wartości i relatywizm moralny. Z psychologicznego punktu widzenia globalizacja polega na „stopniowej uniwersalizacji życia ludzi w różnych jego wymiarach” (Kowalik 2015, s. 19). Ludzie niezależnie od regionu czy kraju, w którym mieszkają, podporządkowują się tym samym zasadom regulacji życia społecznego ustanawiającym nowy porządek świata.

Większość badaczy sygnalizuje powiązania globalizacji z ideologią neoliberalną, która z jednej strony może być postrzegana jako

oferta rozwiązania powstających problemów; z drugiej – stała się ona wygodnym uzasadnieniem wprowadzanych zmian społecznych napędzających jej rozwój. W świetle haseł neoliberalizmu zasadniczym zabezpieczeniem bytu każdego człowieka są prawa obywatelskie, gwarantujące wszystkim ludziom wolność osobistą, sprawiedliwość społeczną, dążenie do pokoju i demokracji. Ważna pozostaje racjonalność działania w zorganizowanym społeczeństwie, zapewniająca funkcjonowanie oparte na wymienionych wartościach. Tym samym globalizacja stanowi postępowy proces społeczny, do którego ludzie powinni się przystosować.

### **Konsekwencje i psychospołeczne zagrożenia**

Pozostaje jednakże pytanie o ocenę zjawisk i procesów globalizacji i uniwersalizacji warunków życia ludzi na całym świecie. Stanisław Kowalik (2015) wymienia następujące korzyści z globalizacji: łatwiejsze porozumiewanie się ludzi, skuteczniejszą współpracę, zmniejszenie konfliktów i różnic światopoglądowych oraz łatwiejszą integrację społeczną.

Natomiast niepowodzenia i błędy wdrażania globalizacji wypaczają jej założenia. Ujednolicenie wyglądu, ubioru i zachowania ludzi oddziałuje negatywnie, zmniejszając zainteresowanie innymi i ich atrakcyjność; dalszą konsekwencją ujednolicenia może być osłabienie lub utrata indywidualnego poczucia tożsamości (Giddens 2007). Racjonalność eliminuje spontaniczność i autentyczność, pokazywanie bowiem swoich emocji jest sprzeczne z propagowanym stylem współżycia społecznego; wpisuje się tu amerykańskie *keep smiling*, czy młodzieżowe stereotypowe „wszystko OK”, „wszystko pod kontrolą”. Patrząc z psychologicznej perspektywy i oceniając konsekwencje globalizacji dla funkcjonowania jednostek i społeczności w dłuższych okresach, osąd ten nie wypada już tak pozytywnie i optymistycznie, przy zastrzeżeniu, że rzetelna ocena konsekwencji zachodzących współcześnie przemian nie jest obecnie w pełni możliwa.

Współczesność zglobalizowaną cechują zasadnicze sprzeczności – mówi się o „społeczeństwie ryzyka” w świecie spostrzeganym jako ogólnie zagrażający. Wszystko może być odrzucone

lub zmodyfikowane wobec nowych faktów, idei i mody stanowiąc o „płynności rzeczywistości”, przy czym zmiany te mają charakter typowo neurotyczny (Bauman 2006; Skynner, Cleese 1992).

Wobec niejasności zasad i ról społecznych egocentryzm, wraz z akcentowaniem swego Ja, stanowi wyraz swoistej postawy obronnej. Podobną funkcję zdaje się pełnić odwracanie się od przyszłości a trzymanie się terażniejszości, mimo jej „płynności” i sprzeczności. Z kolei Mirosława Marody (2014, s. 29) zauważa, że współcześnie powoli zatracamy poczucie sensu życia, którego najważniejszym źródłem była zawsze przynależność do wybranej wspólnoty społecznej: „Deficyt niekwestionowanego sensu [życia, działania – przyp. D.K.-J.] jest źródłem największych współczesnych niepokojów”. Dochodzi do korozji wielu tradycyjnych społecznych reguł, zasad etycznych, prestiżu instytucji i autorytetów (Giddens 2007, 2008).

Funkcjonowanie we współczesności skutkuje zagubieniem aksjologicznym, poczuciem osamotnienia i alienacji (Obuchowski 2001). Jedną z przyczyn jest osłabienie więzi wspólnotowych, zanikanie tradycyjnych wartości rodzinno-społecznych. Postawy indywidualizmu, utrata wzajemnego szacunku i zaufania charakteryzują nasze ponowoczesne współżycie społeczne.

Obserwowane znaczące zjawiska, jak: nietrwałość i przelotność zdarzeń, relacji międzyludzkich, indywidualnych utożsamień, rodzą poczucie tymczasowości wszystkiego, co ważne. Przekonanie o nietrwałości naszego świata zmienia nasz stosunek do ludzi, idei i społecznych wartości, wreszcie – nas samych. Sytuacja ta szczególnie dotyczy ludzi z trudem nadążających za współczesnością, coraz mniej przystosowanych i coraz bardziej wyobcowanych.

Opisane zjawiska pociągają za sobą daleko idące konsekwencje psychologiczne. Przypadkowość i krótkotrwałość więzi z ludźmi czy z rzeczami powoduje stałe poczucie niepewności. Rosnący niepokój, rozpowszechniająca się depresja, egotyzacja, częste symptomy somatycznego przemęczenia charakteryzują neurotyczną osobowość współczesnych czasów (por. Horney 1976). Narasta wzajemna niechęć, podejrzliwość, wraz z poczuciem beznadziejności i bezradności; stanom tym towarzyszy utrata emocjonalnego zaangażowania i instrumentalny charakter wzajemnych kontaktów. Poglądy Zygmunta Baumana (2006, 2008, 2012) charakteryzującego świat współczesny

wraz z jego nieuniknionymi, w znaczącej mierze negatywnymi konsekwencjami, określają pogarszającą się kondycję społeczną jako tzw. straty uboczne procesów przemian doby ponowoczesności.

Zasadnicze sprzeczności dotyczą współwystępowania dążenia do niezależności wolności wyboru w procesie kształtowania stabilnej, autonomicznej tożsamości indywidualnej i wspólnotowej z postawami podporządkowania się oczekiwaniom społecznym (nawet presji), narzucającym konieczność bezkompromisowego liczenia się z modą i propagowanymi wzorcami kulturowymi. Rodzi się gotowość do przyjmowania coraz to nowych utożsamień i czujność, aby zrobić to we właściwym czasie. Naturalne dążenie do wspólnotowości zostaje przeciwstawione „gorączkowemu” wyznaczaniu granic, groźeniu terenów niedostępnych dla „obcych”.

W ujęciu Kowalika najpoważniejsze konsekwencje procesów ponowoczesnych przemian to patologiczujące zmiany relacji społecznych określone jako: schizoidyzacja, melancholizacja oraz infantylizacja. Do schizoidyzacji<sup>1</sup> dochodzi skutkiem współwystępowania gloryfikacji prawa do wolności i swobód obywatelskich z presją podporządkowania się regulacjom życia publicznego i instytucji państwa; oznacza ona oczekiwanie od obywatela inicjatywy i niezależności przy jednoczesnym uniemożliwieniu ich wyrażania, co skutkuje niepewnością i poczuciem bezradności. Infantylizacja – w ujęciu Kowalika – opisuje patologiczną beztroskę, unikanie myślenia o problemach celem redukcji napięcia i lęku. Uchyłaniu się od zobowiązań i odpowiedzialności towarzyszy koncentracja na terażniejszości, zanurzanie się w kulturze masowej i wirtualnym świecie. Melancholizacja dotyczy rozpowszechniania się tzw. depresyjnej relacji uprzedzeniowej, będącej skutkiem rozbieżności między wyobrażeniem ładu społecznego a chaosem i niepewnością rzeczywistości, cierpieniem ludzi rządzonych niewłaściwie i niesprawiedliwie, wobec czego pozostajemy bezsilni. Niekorzystna konstelacja czynników ekonomicznych, politycznych i społeczno-kulturowych może powodować łączenie wymienionych postaw i zachowań *de facto* patologicznych.

<sup>1</sup> Termin nawiązuje do etiologicznej hipotezy schizofrenii, tzw. podwójnego wiązania (Laing 1978) zaburzającego racjonalność i logiczność myślenia, skutkiem „wdrukowywania” w dzieciństwie wzajemnie sprzecznych komunikatów.

## Psychologia społeczności inspiracją interwencji środowiskowej

Nowy model kryzysowej interwencji środowiskowej na rzecz społeczności podejmujący wyzwania współczesności odwołuje się do idei i postulatów praktycznych psychologii społeczności (*community psychology*), stosunkowo nowej dziedziny nauki i praktyki. Psychologia społeczności rozwija się zawsze w powiązaniu ze społecznością, w której funkcjonuje (Burton, Kagan 2009).

Psychologia społeczności narodziła się i ukształtowała w wyniku współoddziaływania wielu zjawisk o charakterze ekonomicznym, psychospołecznym czy ideologicznym. Nawiązała do podejścia ekologicznego, haseł teorii systemów, postulatów ruchów środowiskowych oraz konieczności pracy interdyscyplinarnej; akcentuje korzyści łączenia wymienionych nurtów w pracy dla środowiska, „[...] dąży do rozumienia i podnoszenia jakości życia jednostek, społeczności i społeczeństw” (Kloos i in. 2012, s. 12). Tak szeroki kontekst określił jej charakter: złożoność, interdyscyplinarność, uwzględnianie aspektów ideologicznych i aksjologicznych, przede wszystkim ukierunkowanie na dobro i szeroko rozumiane zdrowie publiczne.

Dla psychologii społeczności istotne znaczenie mają wszelkie zjawiska rozwijające się i funkcjonujące w zastanej rzeczywistości polityczno-społecznej (np. Kagan i in. 2011). Szczególne znaczenie ma przeciwdziałanie nasilaniu się zachowań dysfunkcyjnych i patologicznych powiązanych z narastającymi trudnościami współczesnych przemian, wraz z ich daleko idącymi konsekwencjami dla kondycji psycho-fizycznej ludzi.

Aktualnie obserwujemy narastanie protestacyjnych ruchów społecznych – równościowych, feministycznych i innych na rzecz dobrostanu i zdrowia społeczności, które stanowią pokłosie negatywnych przemian ponowoczesności. Jednakże, jak zauważa Martyna Bunda (2018), głos upominający się o poszanowanie społeczeństwa obywatelskiego jest często *de facto* ignorowany przez władzę, obserwujemy bierność instytucji państwa wobec naruszania demokratycznego ładu społecznego.

Hasła i postulaty psychologii społeczności koncentrują się raczej na prewencji niż na oferowaniu działań naprawczych. Łączy je idea robienia wszystkiego tego, co możliwe i właściwe dla osób

dyskryminowanych i żyjących w warunkach opresji (por. Lipowska-Teutsch 1997, 2010; Kubacka-Jasiecka 2010, 2011, 2018).

Wymienione idee i zasady psychologii społeczności znajdują pełne odzwierciedlenie w nowym nurcie środowiskowej interwencji kryzysowej, której najważniejszym zadaniem staje się działanie na rzecz kształtowania tożsamości wspólnotowej – kolektywnej, a także stymulowanie zaangażowania obywatelskiego sprzyjającego „uwalnianiu odpowiedzialności” społecznej za siebie, innych i ich los. Podkreśla się znaczenie inicjowania ruchów społecznych i włączania ich w działalność formalnie funkcjonujących organizacji społecznych i rządowych. Cytując Lee Ann Hoff (1995, s. 5): „[...] aby skutecznie pomagać konieczna jest koncentracja nie tylko na ich [klientów – przyp. D.K.-J.] wzmożonym napięciu emocjonalnym, ale również na czynnikach społecznych, kulturowych i materialnych, które mają wpływ na zachowanie ludzi w sytuacjach stresowych”. I dalej: „Pomaganie ludziom [...] polega na [...] ustabilizowaniu harmonijnych relacji z osobami bliskimi, ustanowieniu swego miejsca i relacji w obrębie większej społeczności” (s. 146).

Zdolność samoorganizowania się, kształtowania aktywności wspólnoty, stanowi jeden z centralnych postulatów interwencji środowiskowej, które warunkują możliwość podejmowania oraz rozwiązywania problemów nurtujących obywateli danej społeczności, a także działania na rzecz usuwania trudności i przeciwdziałania niekorzystnym przemianom ponowoczesności. Siłą sprawczą dynamicznych przemian, koniecznych celem podnoszenia jakości życia i dobrostanu społeczności, jest aktywne uczestnictwo w życiu wspólnoty (por. Speer, Christens 2015; Elias, Neigher, Johnson-Hakim 2015). Aktywne uczestnictwo samych przedstawicieli społeczności przez optowanie na rzecz zmian systemowych winno być wspierane przez interwencję prowadzoną z zewnątrz przez profesjonalistów i samorządowców.

Nowe zadania sterowania procesami przekształceń i kontrolowania przemian wymagają od interwencji środowiskowej kierowania się wartościami humanistycznymi i demokratycznymi, wraz z chęcią zaangażowania się na rzecz społeczności.

Istotną kwestią wyróżniającą psychologię społeczności wraz z interwencją środowiskową pozostaje podkreślanie znaczenia

problematyki aksjologicznej, wkraczanie bowiem psychologii w praktykę społeczną pociąga za sobą zawsze konfrontację z problematyką wartości. Wartości bowiem organizują społeczne zachowania, umożliwiają ocenę sprawiedliwości porządku prawnego i społecznego. Pozwalają również na rozstrzyganie dylematów i sytuacji konfliktowych typowych dla pracy pomocowej w społeczności. Najważniejsze obowiązujące w społeczeństwie obywatelskim zasady i wartości demokratyczne to: społeczna równość, zwalczanie uprzedzeń i poszanowanie mniejszości oraz tolerancja. Philip G. Zimbardo i Floyd L. Ruch mówią wręcz o misji psychologii, ponieważ „[...] zmiany życia ludzkiego nieuchronnie wiążą się z wyborami opartymi na wartościach” (1999, s. 632). Jako interwenci winniśmy więc rezygnować z bezpiecznych postaw obiektywizmu i neutralności aksjologicznej, a opowiadać się po stronie wartości moralnych i demokratycznych.

Przejdźmy do oczekiwań stawianych wobec nurtu środowiskowego interwencji – łączenia indywidualnej pracy interwencyjnej w stanach kryzysowych z oddziaływaniem środowiskowym na rzecz zmiany społecznej; interwencji w społeczności zarówno o charakterze prewencyjnym, jak i zaradczym. Tak rozumiana działalność interwencyjna w społeczności wymaga opracowania programów edukacyjnych i treningowych dla osób podejmujących pracę interwencyjną w paradygmacie społeczno-politycznym, również szkolenia paraprofesjonalistów i wolontariuszy.

Reasumując, badacze i praktycy psychologii środowiskowej jako aktualnie najpilniejsze wyzwania dla jej działalności wskazują:

- problemy ekologiczne – podnoszenie jakości życia społeczności z poszanowaniem praw przyrody i interesu przyszłych pokoleń (por. Bańka 2018),
- umacnianie relacji jednostki ze społecznością, wspieranie otwartej, bezpośredniej komunikacji, umiejętności dialogu, mediacji i negocjacji na rzecz harmonijnego współżycia środowiska lokalnego,
- podkreślanie znaczenia przyjmowanych wartości dla wyborów i decyzji życiowych,
- zwiększanie samoskuteczności obywateli – wiary we własne możliwości, poczucia sprawstwa i siły (tzw. optymizm społeczny [Keplinger, Cieślak 2010]),

- promowanie zdrowego stylu życia – edukacja prozdrowotna na rzecz konstruktywnego zmagania się z trudnościami (Keplinger, Cieślik 2010),
- zapobieganie patologizacji społecznej – narastającemu konsumeryzmowi, stanom depresji, uzależnieniom, młodzieżowym zamachom samobójczym itp.

Natomiast najważniejsze zadania i umiejętności potrzebne psychologom funkcjonującym w społeczności można sprowadzić do trzech grup (por. Kubacka-Jasiecka 2011, s. 87):

1. Umiejętności związane z działaniami w społeczności na rzecz indywidualnych klientów: umiejętności i kompetencje społeczne, umiejętności współdziałania z interdyscyplinarnymi zespołami, organizowanie sieci formalnego i nieformalnego wsparcia społecznego, mobilizowanie, edukowanie, wspieranie profesjonalistów i wolontariuszy dla interwencji naprawczych.
2. Umiejętności związane z działaniami nastawionymi na pozytywną zmianę jakości życia środowiska lokalnego (wymiar mezospołeczny); należą tu umiejętności: rozwiązywania sporów i mediacji w kryzysach społeczności, typowania, selekcji, szkolenia tzw. liderów społeczności, pracowników „pierwszej linii frontu” jak policja, służba zdrowia, służby ratownicze, a także służby pomocy społecznej, sądownictwa i administracji.
3. Ostatni rodzaj to umiejętności związane z działaniami nastawionymi na zmianę systemu społecznego (wymiar makrospołeczny):
  - a) diagnozowanie zakłóceń funkcjonowania systemów i wynikających z nich patologicznych zjawisk społecznych,
  - b) organizowanie zespołów interdyscyplinarnych podejmujących problematykę prewencji, zdrowia społeczności oraz wdrażania pożądanych, wielopłaszczyznowych zmian w systemach społecznych,
  - c) aktywizowanie prasy oraz decydentów zarządzających zmianami społecznymi,
  - d) selekcjonowanie, edukowanie i przygotowanie do pracy w społeczności – profesjonalistów, paraprofesjonalistów i wolontariuszy.

## Psychologowie w pracy środowiskowej

Zdaniem psychologów społeczności Jamesa G. Kelly'ego, Lonnie R. Snowdena i Ricardo F. Muñoz (1977), wkład psychologów w organizowanie społecznych sieci wsparcia środowiskowego oraz w funkcjonowanie służb prewencji czy interwencji kryzysowych w społeczności może być wyjątkowy i niezastąpiony. Społeczne procesy pozytywnych, prozdrowotnych przemian mogą istotnie przyspieszyć, kiedy psychologowie zaangażują się w działalności w społeczności jako inicjatorzy i rzecznicy wspierający ich realizację.

Zgodnie z poglądami i stanowiskiem wyrażonym przez Victorię E. Scott i Susan M. Wolfe (2015)<sup>2</sup> możliwości zatrudnienia psychologów w społeczności okazały się zaskakująco duże i obiecujące<sup>3</sup>. Wymienia się możliwości zatrudnienia w agencjach bezdochodowych – tzw. non-profit, oraz w organizacjach społecznościowych, tzw. pozarządowych, świadczących usługi i pomoc interwencyjną bezpośrednio na rzecz społeczności lokalnych.

Usługi pośrednie obejmują udział w inicjowaniu i organizowaniu środowiska, miejsc pracy, edukacji kulturalnej, rozrywki czy odpoczynku. Psychologowie społeczności mogą obejmować stanowiska kierownicze, nadzorując pracę poszczególnych organizacji, przygotowując innowacyjne programy psychoedukacyjne, interwencyjne, prozdrowotne, wychowawcze itp.; oceniają ich realizację, pozyskują dotacje czy granty na działalność w społeczności. Ponadto można wymienić udział w służbach zdrowia publicznego (upowszechnianie podstawowej wiedzy medycznej oraz zachowań o charakterze profilaktycznym). Ważna rola przypada służbom partnerującym organizacjom i placówkom edukacyjnym wprowadzającym do szkół programy wychowawcze i psychoedukacyjne.

Szczególnie znaczący może być wkład psychologów w nurt działalności naprawczej ukierunkowanej na deficyty funkcjonowania społecznego – wobec grup ryzyka kryzysowego, osób

---

<sup>2</sup> Autorki opierają się na doświadczeniu w Stanach Zjednoczonych i w krajach, w których psychologia społeczności zyskała aprobatę i popularność, a przede wszystkim poparcie kręgów rządowych.

<sup>3</sup> W zależności od wiedzy, kompetencji i doświadczenia psychologa dają one szerokie możliwości otrzymania pracy, stanowiska czy awansu zawodowego.

dysfunkcyjnych z problemami adaptacji w swoim społeczno-kulturowym środowisku.

Reasumując, podstawowe role oczekujące na psychologów społeczności to: a) role ułatwiające funkcjonowanie i zapewniające bezpieczeństwo społeczności, b) role edukacyjne – budowanie świadomości obywatelskiej, edukowanie psychologów i paraprofesjonalistów, c) role reprezentacyjne wobec mediów i przedstawicieli władzy, d) funkcje organizacyjne i kontrolne. Ich efektywne wykonywanie wymaga odpowiedniej wiedzy i kompetencji, przede wszystkim motywacji i nastawienia na inicjowanie pożądaných przemian systemowych (Kagan i in. 2011).

Pozostaje więc zapytać, czy współcześni psychologowie są przygotowani do działalności środowiskowej, czy są zainteresowani takimi wyzwaniami i na nie otwarci? Czy posiadają odpowiednią wiedzę i kompetencje do podjęcia w ich środowisku nowych zadań? Wyzwania te zakładają uwzględnienie w programach podstawowych i podyplomowych studiów psychologicznych problematyki psychologii społeczności i interwencji kryzysowej oraz budowania wiedzy o człowieku funkcjonującym w różnych realiach społeczno-kulturowych, aby mogli oni stać się czujnymi obserwatorami, inicjatorami i rzecznikami przemian społecznych. Wyżej nakreślone role zawodowe i zadania psychologów w społeczności są istotnie odrębne od tradycyjnej roli i etosu pracy zawodowej psychologa z klientem czy pacjentem „twarzą w twarz”. W polskich realiach musimy być ponadto świadomi stosunkowo niewielkiego zainteresowania absolwentów psychologii pracą środowiskową na rzecz społeczności.

Najważniejszą aktualnie kwestią pozostaje problem zwiększenia zainteresowania psychologów, wzbudzenia motywacji do specjalizowania się w realizowaniu zadań szeroko rozumianej interwencji kryzysowej, z uwzględnieniem jej nurtu środowiskowego. W przekonaniu autorki problem ten dotyka konieczności modyfikacji tradycyjnego, tzw. etosu, zaangażowania zawodowego psychologów. Poszerzenie zakresu dotychczasowej pracy psychologów o pracę z grupą rodzinną, grupami wsparcia, treningi interpersonalne, czy terapię grupową oczywiście przekracza klasyczne ramy funkcjonowania psychologów, jednakże wszystkie te formy, mimo grupowego kontekstu, opierają się zasadniczo na kontakcie diadycznym.

Natomiast nadal zbyt często można napotkać postawy zdecydowanego odcinania się od społecznej działalności środowiskowej.

Otwarcie się psychologów na potrzeby szerszych społeczności i rzeczywista gotowość do konfrontacji z przedstawicielami dysfunkcyjnych systemów społeczno-politycznych oraz dążenie do ich zmiany, mogą stać się w przyszłości warunkiem efektywności i satysfakcji zawodowej psychologów. Zdaniem Augustyna Bańki zmiany te nie są żadną „melodią przeszłości, efemerydą, ale ogólnym trendem, który w najbliższym czasie będzie się stopniowo umacniać” (1996, s. 87). Przydatność naukowa psychologii w najbliższej przyszłości zależeć będzie od jej zdolności do skutecznej transformacji tradycyjnej roli zawodowej psychologów – przewidywał już 20 lat temu Janusz Reykowski (1999). Podobnie uważają Zimbardo i Ruch, pisząc: „[...] wkroczyliśmy w królestwo działalności społecznej, gdzie wiedza jest narzędziem, instrumentem służącym dokonywaniu zmian” (1999, s. 645).

Równocześnie należy zdać sobie sprawę, że społeczno-polityczne zaangażowanie psychologów stawia ich wobec szeregu niełatwych dylematów, a nawet obaw o utratę pozycji zawodowej, czy posady.

### **Zamiast podsumowania. Interwencja środowiskowa – perspektywy przyszłości**

Czy przedstawione wyżej rozważania uwzględniające psychospołeczną kondycję naszego społeczeństwa pozwalają na nadzieję ukształtowania się społeczności obywatelskiej na podstawie wartości demokracji liberalnej? Wspólnoty narodowej zdolnej do przywrócenia ładu moralnego i prawnego oraz wartości demokratycznych stanowiących o bezpieczeństwie, dobrobycie i zdrowiu – zadowoleniu zintegrowanej społeczności?

Ukazany obraz polskiego społeczeństwa przedstawiany przez naukowców, sondaże, czy publicystów może okazać się zbyt wystraszony, a przez to pesymistyczny. Spróbujmy jednakże, nie tracąc całkowicie nadziei na korzystne zmiany, rozważyć możliwości i drogi naprawy. Oddajmy głos Cezaremu Michalskiemu: „[...] dziś priorytetem jest [...] ocalenie i odbudowanie tożsamości i instytucji liberalnej Polski – świeckiej, zintegrowanej z Zachodem, szanującej

własność prywatną, budującej bogactwo oraz rozwój przedsiębiorczości i pracy, a nie opartej na rozdawnictwie i socjalu. Dziś te liberalne wartości [...] potrzebują pomocy i obrony [...], żeby przywrócić nadzieję na zmiany, konieczne jest przekazanie – precyzyjnie, optymistycznie i praktycznie wskazań działania i ich konsekwencji” (2017, s. 28).

Reasumując, ukształtowanie społeczeństwa obywatelskiego staje się w świetle przytaczanych wypowiedzi nie tylko wyrazem powinności moralnej, ale przede wszystkim koniecznością dziejową. Samoorganizowanie się i aktywizowanie społeczności obywatelskiej wydaje się dzisiaj szczególnie ważnym i aktualnym zadaniem środowiskowej pracy interwencyjnej w naszych krajowych realiach. Gwarancją współpracy zarówno wewnątrz społeczności, jak i między społecznością, samorządem i władzą. W tym celu podstawowym zadaniem interwencji środowiskowej jest z jednej strony przeciwdziałanie bierności, bezradności, „uśpieniu” społeczności; z drugiej strony są to świadome i efektywne działania edukacyjne przygotowujące obywateli dobrze wykształconych, otwartych na zmiany, kreatywnych i zdolnych do obrony swoich wartości; odważnie realizujących siebie i swoje zamierzenia.

W tym miejscu winno się przywołać pełne sceptycyzmu poglądy Baumana (2018) nawiązującego do rozważań Becka (1995), dotyczące ponowoczesnego procesu indywidualizacji prowadzącego do wirtualno-egoistycznego zagubienia młodego pokolenia w „dżungli własnego Ja [...]” (Bauman 2018, s. 65). Autorzy podważają możliwość i efektywność organizowania zbiorowych obywatelskich działań; ich zdaniem nie istnieje żadna „wspólna sprawa”, nie sumują się bowiem problemy niezainteresowanych innymi, skupionych wyłącznie na własnym życiu jednostek. Zjawisko osłabienia relacji międzyludzkich akcentują również, oprócz cytowanych powyżej badaczy współczesności, Erich Fromm (1993) czy Robin Skynner i John Cleese (1994). Dla Baumana ponowoczesna indywidualna tożsamość staje się surogatem wspólnoty społecznej, która *de facto* w rzeczywistości nie istnieje; w tych realiach „istnieje tylko nadzieja na budowanie wspólnoty zależnych jednostek [...] kształt naszego społecznienia, a więc i naszego społeczeństwa, które budujemy zależy od sformułowania zadania indywidualizacji i od reakcji na tak

sformułowane zadanie” (Bauman 2018, s. 176). Podobnie pesymistyczne poglądy w tej kwestii wypowiada Theodor Adorno (1990, 2010), a w Polsce m.in. Iwona Butmanowicz-Dębicka (2014) akcentująca negatywny wpływ ponowoczesnej kultury masowej, potęgującej bezradność i bierność jednostek niezdolnych do stawienia wspólnie jakiegokolwiek oporu niezadawalającej rzeczywistości

Cytowani autorzy wyrażają nadzieję, że w tym stanie rzeczy drogą wyjścia i naprawy stają się indywidualne zmiany psychiki jednostek – kształtowanie współczesnych ludzi świadomych swej siły i możliwości, o dojrzałej, autonomicznej tożsamości, zdolnych do obywatelskiego sprzeciwu i podjęcia konstruktywnej aktywności na rzecz przemiany wypaczeń ponowoczesnej teraźniejszości. Największe znaczenie przypisuje się procesowi wychowania dzieci i młodzieży w taki sposób, aby byli oni zdolni przystosować się do rzeczywistości, jednak przy zachowaniu dystansu i krytycyzmu wobec niekorzystnych wypaczeń procesów zglobalizowanego świata.

Winniśmy zdawać sobie sprawę z wagi i znaczenia sygnalizowanych problemów, a przede wszystkim wymagań czasu i wysiłku „pracy od podstaw” – konieczności psychologicznej pomocy w wychowaniu kolejnych, świadomych pokoleń na wyższym poziomie kulturowym. Należy pamiętać o przygotowaniu nowych, dostosowanych do wymagań czasu programów edukacyjnych, wychowawczych i interwencyjnych akcentujących konieczność wspierania jednostek nieprzystosowanych, zagubionych i niedojrzałych, a także zagrożonych kryzysami tożsamości. Proponowane w tej sytuacji, jako jedynie słuszne, możliwe i uzasadnione, indywidualne działania interwencji kryzysowej pierwszego nurtu należy uznać wyłącznie za pożądane uzupełnienie pracy środowiskowej, a nie całkowitą negację jej znaczenia i roli dla zdrowia społeczności.

Na dzień dzisiejszy, mimo wszystko, dla podbudowania optymizmu i nadziei na przyszłość warto przytoczyć działaczom i interwenującym na rzecz przemian społecznych, a także nam wszystkim mądre słowa Zimbarda i Rucha (1999, s. 645), którzy stwierdzają: „Chociaż nasze możliwości (jako jednostek) w zakresie działania i osiągnięcia rezultatów są w danym momencie ograniczone przez [...] właściwości systemu, to nie jesteśmy na stałe zdani na jego łaskę, ponieważ systemy można zmieniać. Uczymy się wreszcie, że wszystko

to, co istnieje w systemach społecznych nie jest nieuchronne [...]. Zaczynamy sobie zdawać sprawę, że przez planowanie i wspólne działania możemy zmienić nasz świat społeczny w taki sposób, aby lepiej zaspokajał nasze, ludzkie potrzeby”. Na kierunek tych pożądanych przemian wskazuje wypowiedź Mariusza Janickiego i Wiesława Władyki (2017), wyrażających oczekiwanie, że idee społeczeństwa otwartego na nowoczesność i współczesne cywilizacyjne trendy zbudują naszą przyszłą, lepszą perspektywę: „Może czas na [...] pokazanie nowych perspektyw Polski jako nieodwołanie zachodnio europejskiego kraju” (s. 14).

Wzmacnia również naszą nadzieję optymistyczne przesłanie abp. Desmond’a Tutu i Dalajlamy XIV (za: Szostkiewicz 2017, s. 19), u podstaw którego leży wiara, że „Nasza przyszłość jak jednostek, narodów i ludzkości nie jest z góry przesądzona. Nie rządzi nami mroczne fatum. To my sami ją stworzymy codziennymi decyzjami, działaniami lub zaniechaniami. Mamy więc wielką moc w naszych rękach, reszta zależy od tego jaki z niej zrobimy użytek”.

## Bibliografia

- Adorno T.W. (1990), *Sztuka i sztuki. Wybór esejów*, tłum. K. Krzemień-Ojak, wybór i wstęp K. Sauerland, Warszawa.
- Adorno T.W. (2010), *Osobowość autorytarna*, tłum. M. Pańków, przedm. do wyd. pol. M. Herer, Warszawa.
- Bańka A. (1996), *O profesjonalizmie pedagogicznym i jego związkach z nauką oraz etyką*, „Czasopismo Psychologiczne”, t. 2, nr 2, s. 81–100.
- Bańka A. (2018), *Psychologia środowiskowa jakości życia i innowacji społecznych*, Poznań–Katowice.
- Bauman Z. (2006), *Płynna nowoczesność*, tłum. T. Kunz, Kraków.
- Bauman Z. (2008), *Zindywidualizowane społeczeństwo*, tłum. O. Kubińska, W. Kubiński, Gdańsk–Sopot.
- Bauman Z. (2012), *Straty uboczne. Nierówności społeczne w epoce globalizacji*, tłum. J. Hunia, Kraków.
- Bennis W., Slater P. (1998), *The Temporary Society: What Is Happening to Business and Family Life In America under the Impact of Accelerating Change*, San Francisco.
- Bunda M. (2018), *Klauzula zniewolenia*, „Polityka”, nr 2, s. 26–28.
- Burton M., Kagan C. (2009), *Towards a really social psychology. Liberation psychology beyond Latin America*, [w:] *The psychology of*

- Liberation. Theory and Applications*, eds. M. Montero, C.C. Sonn, New York, s. 51–72.
- Butmanowicz-Dębicka I. (2014), *Współczesna kultura masowa jako źródło zagrożeń społecznych i degradacji jednostek w świetle teorii Theodora W. Adorno*, „Czasopismo Psychologiczne”, t. 20, nr 2, s. 183–189.
- Elias M.J., Neigher W.D., Johnson-Hakim S. (2015), *Guiding Principles and Competencies for Community Psychology Practice*, [w:] *Community Psychology: Foundations for practice*, eds. V.C. Scott, S.M. Wolfe, Los Angeles, s. 35–62.
- Fromm E. (1993), *Ucieczka od wolności*, wyd. 3, tłum. O. Ziemilska, A. Ziemilski, przedm. F. Ryszka, Warszawa.
- Giddens A. (2007), *Nowoczesność i tożsamość: „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*, tłum. A. Szulżycka, Warszawa.
- Giddens A. (2008), *Konsekwencje nowoczesności*, tłum. E. Klekot, Kraków.
- Hoff L.A. (1995), *People in crisis: Understanding and helping*, 4<sup>th</sup> ed., San Francisco.
- Horney K. (1976), *Neurotyczna osobowość naszych czasów*, tłum. H. Grzegołowska, Warszawa.
- Janda-Dębek B. (red.) (2010), *Psychologia współczesnego człowieka*, Wrocław.
- Janicki M., Władyka W. (2017), *500 plus demokracja*, „Polityka”, nr 38, s. 12–14.
- Kagan C., Burton M., Duckett P., Lawthom R., Siddiquee A. (2011), *Critical community psychology*, Chichester.
- Kelly J.G., Snowden L.R., Muñoz R.F. (1977), *Social and community interventions*, „Annual Review of Psychology”, vol. 28, s. 323–361.
- Keplinger A., Cieślik A. (2010), *Pokonywanie bierności. Psychologiczne refleksje na przykładzie projektu „Want2Learn – chcę się uczyć”*, [w:] *Psychologia współczesnego człowieka*, red. B. Janda-Dębek, Wrocław, s. 139–155.
- Kloos B., Hill J., Thomas E., Wandersman A., Elias M., Dalton J. (2012), *Community Psychology. Linking Individuals and Communities*, 3<sup>rd</sup> ed., Belmont.
- Kowalik S. (2015), *Uśpione społeczeństwo. Szkice z psychologii globalizacji*, Warszawa.
- Kubacka-Jasiecka D. (2010), *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*, Warszawa.

- Kubacka-Jasiecka D. (2011), *Interwencja kryzysowa w społeczności. Nowe zadania i szanse dla absolwentów psychologii*, [w:] *Kryzysy, katastrofy, kataklizmy w perspektywie jednostkowej i społecznej*, red. K. Popiołek, A. Bańka, Poznań, s. 69–89.
- Kubacka-Jasiecka D. (2018), *Kształtowanie się wspólnoty polskiej społeczności – imperatyw moralny czy uświadomiona konieczność dziejowa?*, „Czasopismo Psychologiczne”, t. 24, nr 2, s. 405–416.
- Laing R.D. (1978), *Rozszczepione Ja*, [w:] *Przełom w psychologii*, wybór i wstęp K. Jankowski, tłum. K. Jankowski, A. Kołyszko, P. Kołyszko, Warszawa, s. 125–148.
- Lipowska-Teutsch A. (1997), *Ideologiczny i polityczny kontekst interwencji kryzysowej*, [w:] *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*, red. D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch, Kraków, s. 255–262.
- Lipowska-Teutsch A. (2010), *Interwencja kryzysowa i czas, w którym żyjemy*, [w:] *Interwencja w kryzysie, kryzys w interwencji. Refleksje, analizy, krytyka*, red. B. Zadumińska, Kraków, s. 107–112.
- Marody M. (2014), *Dorastanie pokoleń w czasie przemian współczesności*, „Polityka”, nr 51/52, s. 28–32.
- Michalski C. (2017), *Obudzić Polskę liberalną*, „Newsweek Polska”, nr 38, s. 26–28.
- Obuchowski K. (2001), *Od przedmiotu do podmiotu*, wyd. 2, Bydgoszcz.
- Reykowski J. (1999), *O zmieniającym się znaczeniu psychologii w zmieniającym się świecie*, Referat plenarny XXX Zjazdu PTP. Materiały Zjazdu, Warszawa.
- Scott V.C., Wolfe S.M. (2015), *Community Psychology: Foundations for practice*, Los Angeles.
- Skyner R., Cleese J. (1992), *Życ w rodzinie i przetrwać*, tłum. A. Dozdziuk, Warszawa.
- Speer P.W., Christens B.D. (2015), *Community Organizing*, [w:] red. V.C. Scott, S.M. Wolfe, *Community Psychology: Foundations for practice*, Los Angeles, s. 220–236.
- Szostkiewicz A. (2017), *Osiem filarów radości*, „Polityka”, nr 51/52, s. 18–20.
- Toffler A. (1998), *Szok przyszłości*, tłum. W. Osiatyński, E. Ryszka, E. Woydyłło-Osiatyńska, wyd. 2. uzupełn., Poznań.
- Zimbardo P.G., Ruch F.L. (1999), *Psychologia i życie*, red. wyd. pol. I. Kurcz, B. Wojciszke, tłum. E. Czerniawska, J. Łuczyński, J. Radzicki, J. Suchecki, Warszawa.

**Maria Pąchalska**

Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie, Wydział Psychologii, Pedagogiki i Nauk Humanistycznych

<https://orcid.org/0000-0003-4918-1984>

# WIELOWYMIAROWE NASTĘPSTWA CHOROBY ZAKAŻNEJ COVID-19

„Ucz się z dnia wczorajszego, żyj dniem dzisiejszym, pokładaj nadzieję w tym co jutro i nigdy nie przestawaj zadawać pytań”

Albert Einstein

## Streszczenie

W opracowaniu przedstawiono wielowymiarowe problemy zdrowotne pacjentów, którzy zakażili się koronawirusem zespołu ostrej niewydolności oddechowej (SARS-CoV-2) i zachorowali na COVID-19 lub NeuroCOVID-19. Omówiono istotę zakażenia i definicje przypadków COVID-19 według WHO, zaprezentowano oś czasu COVID-19 i występujących objawów oraz różnice między ostrymi i przewlekłymi stadiami choroby. Przedstawiono również wielośrodkowe badania prowadzone od początku wybuchu pandemii COVID-19, które dostarczają wiedzy na temat wielowymiarowej (mnogiej i złożonej) symptomatologii w zakresie wielu układów organizmu, w tym układów: oddechowego, kostno-stawowego, krążenia i pokarmowego u pacjentów, którzy przeżyli COVID-19, jak również ośrodkowego układu nerwowego u pacjentów, którzy przeżyli NeuroCOVID-19. Podkreślono konieczność wielospecjalistycznej diagnozy i terapii tych pacjentów, w tym terapii neurologicznej, neuropsychiatrycznej oraz psychologicznej, neuropsychologicznej i neurologopedycznej.

Aby przybliżyć złożoność problematyki zaburzeń, jakie pojawiają się po NeuroCOVID-19, zaprezentowano studium przypadku artystki, która

po zakażeniu SARS-CoV-2 przeżyła ciężki NeuroCOVID-19, przebywała w 13-tygodniowej pocovidowej śpiączce i w następstwie doznała czteroosobowego niedowładu, zaburzeń poznawczych oraz zespołu stresu pourazowego (PTSD). W terapii wykorzystano program neurodiagnozy oparty na metodologii Indeksu Mózgu Ludzkiego (*Human Brain Index*, HBI) oraz autorski program neuroterapii opartej na funkcjonalnym neuromarkerze PTSD. Dzięki temu udało się zintegrować zdestabilizowany system Ja chorej. Artystka osiągnęła spektakularny sukces w procesie zdrowienia i wróciła do malowania. Opracowanie kończy podsumowanie wyzwań, jakie dla współczesnego systemu opieki zdrowotnej stanowią COVID-19 i NeuroCOVID-19.

**Słowa kluczowe:** COVID-19, NeuroCOVID-19, badania wieloosobowe, diagnoza, terapia

## Multidimensional implications of COVID-19 infectious disease

### Abstract

This work describes the multidimensional health problems experienced by patients who contracted COVID-19 or NeuroCOVID-19 after being infected with coronavirus (SARS-CoV-2). The nature of this infection and the WHO Case Definitions for COVID-19 are discussed, as well as the timeline of COVID-19, the symptomatology, and the differences between the acute and chronic stages of the disease. Multicenter studies conducted since the beginning of the COVID-19 pandemic are also presented, in order to describe the complex multidimensional symptoms across multiple body systems, including the respiratory, osteo-articular, cardiovascular and gastrointestinal systems, as well as CNS system in patients after NeuroCOVID-19. Emphasised is the need for multidimensional diagnosis and therapy for these patients, including neurological, neuropsychiatric, psychological, neuropsychological and speech-language therapy services.

In order to familiarize the reader with the complexity of the disorders that arise following NeuroCOVID-19, the case study of an artist who underwent severe NeuroCOVID-19 after SARS-CoV-2 infection which caused a 13-week post COVID coma and subsequent quadriplegia, cognitive impairment and post-traumatic stress disorder (PTSD) is presented. The artist was offered a proprietary neurodiagnosis program based on the methodology of the Human Brain Index (HBI), and authorial neurotherapy program based on the functional neuromarkers of PTSD. As a result, she was able to re-integrate her destabilized Self system. She made spectacular progress, and resumed her painting career, achieving recognition from experts. The chapter concludes with a summary of the challenges posed to the contemporary Health Care System by COVID-19 and NeuroCOVID-19.

**Key words:** COVID-19, NeuroCOVID-19, multicenter studies, diagnosis, therapy

## Wprowadzenie

Proces uczenia się o istocie zakażenia SARS-CoV-2 oraz chorobie COVID-19 – po raz pierwszy zaobserwowanej w mieście Wuhan w prowincji Hubei początkiem grudnia 2019 r. i ogłoszonej światu przez chińskie biuro WHO 31 grudnia 2019 r., której czynnik został zidentyfikowany 7 stycznia 2020 r. – nadal trwa (Pąchalska 2022; Morga i in. 2023; Zajac 2023; Li i in. 2023). Lepsze zrozumienie choroby, jak również jej wielowymiarowych następstw, ułatwia zdefiniowanie:

- 1) istoty zakażenia koronawirusem zespołu ostrej niewydolności oddechowej (SARS-CoV-2);
- 2) przypadków COVID-19 według WHO;
- 3) występujących objawów na osi czasu trwania choroby COVID-19;
- 4) różnic między ostrymi i przewlekłymi stadiami choroby.

Zakażenie SARS-CoV-2 powoduje chorobę koronawirusową 2019 (COVID-19). Analiza filogenetyczna kompletnego genomu wirusa wykazała, że SARS-CoV-2 jest bliskim krewnym SARS-CoV-1 – ma 89,1% podobieństwa nukleotydów i 79% podobieństwa genetycznego (Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses 2020).

Jak wirus przedostaje się do naszego organizmu?

W drogach oddechowych powietrze wchodzi w kontakt z mieszaniną różnych typów zdrowych komórek oddechowych. Niektóre komórki oddechowe mają rzęski, które przesuwają śluz, i właśnie te komórki są głównym celem koronawirusa SARS-CoV-2. Składa się on tylko z kilku części, które razem tworzą wysoce skuteczny drobnoustrój. Wirus posiada zewnętrzną błonę z trzema rodzajami białek: kolcem, otoczką i białkami błonowymi. Wewnątrz wirusa znajduje się zespół białek nukleokapsydu, które utrzymują w całości jego materiał genetyczny: pojedynczą nić wirusowego RNA.

Białko kolca, czyli białko szczytowe (białko S) koronawirusa SARS-CoV-2 jest odpowiedzialne za nawiązanie kontaktu z komórką gospodarza i rozpoczęcie infekcji. Wirus jest glikozylowany, co oznacza, że ma warstwę cukru, która ukrywa go przed układem odpornościowym organizmu. Wiele wariantów SARS-CoV-2 charakteryzuje

się mutacjami w białku kolca (jak np. Alfa, Beta, Gamma, Delta, Lambda, Mu). Mogą one wpływać na jego funkcje, a niektóre z nich sprawiają, że wirus jest bardziej zakaźny. Wiele z tych mutacji jest unikalnych dla każdego wariantu, ale niektóre, takie jak D416G Omicron, występują w każdym z wariantów, o których mówimy. Kiedy wirus zbliża się do komórki gospodarza, jego kolce otwierają się i znajdujące się w nich białko wiąże się z enzymem ACE2. Kolejno, za pośrednictwem białek szczytowych, wirus zakaża komórki, które przyłączają się do enzymu konwertującego angiotensynę 2 (ACE2) (por. Zhou i in. 2020).

Po tym, jak białka kolca nawiążą kontakt, furina odcina zewnętrzną część białka kolca, zwaną podjednostką S1. Uwalnia się wewnętrzny rdzeń białka kolca, zwany podjednostką S2, która jest odcinana przez TMPRSS2. Białko kolca rozwija się i zakotwicza w błonie komórkowej gospodarza – następuje przyciąganie wirusa bliżej błony komórkowej i fuzja błony wirusowej, która umożliwia genomowi wirusa przedostanie się do wnętrza komórki gospodarza. Wewnątrz komórki rybosom spotyka się z wirusowym RNA i zaczyna odtwarzać swój kod genetyczny. Rezultatem jest długi łańcuch białkowy zawierający białka niestrukturalne (*non-structural proteins*, nsps), które początkowo są ze sobą połączone, ale niektóre z nich są w stanie wydostać się z łańcucha. Nsp3 jest pierwszym, które może rozszczepić swoich sąsiadów, tnie i uwalnia pierwszy nsp, który jest w stanie złapać rybosom i zająć go w taki sposób, że może on odczytywać tylko wirusowe RNA, a nie mRNA komórek gospodarza. Oznacza to, że wirus przejmuje kontrolę nad maszyną translacyjną komórki gospodarza i przekształca ją w fabrykę wirusów. W międzyczasie nsp3 kontynuuje proces u innych sąsiadów, zanim się odetnie i uwolni. Ostatecznie produkcja nsps zostaje zatrzymana, ponieważ w wirusowym RNA znajduje się pseudowęzeł. Zapobiega on przedostawaniu się pozostałego RNA, które koduje proteiny zaangażowane w replikację genomu wirusa przed przejściem przez rybosom. Do tej pory powstaje już drugie cięcie nsps, które przecina siebie i swoich sąsiadów. Translacja może albo zatrzymać się w tym miejscu, albo pseudowęzeł w wirusowym RNA może ześlizgnąć się, umożliwiając odczytanie pozostałego wirusowego RNA. Drugi nsp tnący jest teraz w stanie przeciąć wszystkie pozostałe białka. Ze względu

na pseudowęzeł translacja wirusowego RNA często zatrzymuje się przedwcześnie. W rezultacie komórka gospodarza wytwarza mniej nsps przetwarzających RNA z węzła niż różne modyfikujące błonę nsps przed pseudowęzła. Trzy nsps, które są wbudowane w błonę endoplazmatycznego retikulum (ER), powodują jej zakrzywienie. Zakłóca to arkuszowy kształt ER i tworzy strukturę zwaną pęcherzykiem z podwójną błoną (DMV). DMV tworzą bezpieczne, zamknięte środowisko do kopiowania genomu wirusa. Wewnątrz DMV nowo utworzone nsps staną się maszyną do tworzenia nowego wirusowego RNA. Początkowo tworzona jest komplementarna nić działająca jako odniesienie, które staje się następnie szablonem dla nowej nici do oryginalnego genomu wirusowego.

Oprócz pełnej długości genomu wirusowego tworzony jest również zestaw krótszych nici RNA, które są nazywane subgenomowym mRNA i przetwarzane przez komórkę gospodarza. Tworzą one białka, które trafiają do nowej cząsteczki wirusa. Subgenomowe mRNA przedostaje się do cytozolu przez pory nsp w DMV i po wyjściu wraca do rybosomu. Następnie ulega translacji w celu utworzenia głównych białek, które zbudują nową cząsteczkę wirusa SARS-CoV-2: białka kolca, błony, otoczki i nukleokapsydu. Białko nukleokapsydu rozpoczyna następnie pakowanie RNA do postaci, która stanie się zawartością nowych cząstek wirusa. Po wytworzeniu otoczki kolczastej i białek błonowych w błonie ER przechodzą one do innego przedziału błonowego zwanego ERGIC. W ERGIC białka błonowe są w stanie przyłączyć białka nukleokapsydu i genom wirusowy, co powoduje, że błona wygina się do wewnątrz, a nowa cząstka wirusowa ostatecznie pączkuje. Gdy przedział błonowy zawierający cząsteczkę wirusa połączy się z zewnętrzną błoną komórkową, cząsteczki wirusa są następnie uwalniane z komórki. Ale to tylko pierwsza fala cząstek SARS-CoV-2, które zostaną wydalone. Ostatecznie komórka gospodarza wytwarza tak wiele cząstek wirusa, że umiera i uwalnia całą falę nowych cząstek wirusa do otaczającej tkanki, gotowych do rozprzestrzeniania się i infekowania pobliskich komórek. Na tym kończy się cykl życia pojedynczego koronawirusa SARS-CoV-2.

Dla celów niniejszego opracowania ważne jest, że białko S koronawirusa SARS-CoV-2 pobudza odpowiedź zapalną w komórkach śródbłonna (endotelium) naczyń włosowatych, które tworzą barierę

kręć-mózg (*brain-blood barrier*, BBB) (por. Suprewicz i in. 2023). Uszkodzenie tej bariery stwarza koronawirusowi możliwość zakażenia mózgu i uszkodzania komórek oraz połączeń nerwowych, a także możliwość rozwoju NeuroCOVID-19.

Jaka jest globalna skala inwazji wirusa SARS-CoV-2?

Wirus SARS-CoV-2<sup>1</sup> szybko rozprzestrzenił się na całym świecie i spowodował pandemię, której rozmiary można uznać za wyjątkową katastrofę. Globalne statystyki pokazują, że do 24 listopada 2024 r. zgłoszono do WHO 776 947 553 potwierdzone przypadki COVID-19, w tym 7 010 681 zgonów. W Polsce od 4 marca 2020 r. potwierdzono 6 765 138 zakażeń, w tym 120 848 zgonów (stan na koniec listopada 2024 r.). Mówiąc obrazowo, z mapy Polski zniknęły prawie cztery miasta takie jak Sopot. Tak duża liczba zgonów spowodowała, że w wielu polskich domach przeżywano żałobę. Dodatkową traumą była utrata pracy, problemy finansowe i codzienne kłopoty związane z funkcjonowaniem podstawowych instytucji użyteczności publicznej: mieszanka ta stworzyła złożony i niepokojący obraz emocjonalnego krajobrazu świata i Polski. Chociaż światowe statystyki nie wskazują już liczby wyleczonych, proste obliczenia pokazują, że 760 426 530 osób na świecie, w tym 5 335 776 osób w Polsce przeżyło tę chorobę. Należy podkreślić, że pomimo podania ogromnej liczby szczepionek (łącznie 13 355 264 024 dawek), wiele osób zaraziło się wirusem i zachorowało na COVID-19. Wielospecjalistyczne badania wykazują, że spora liczba ozdrowieńców zmaga się z różnorodnymi następstwami tej choroby (Aknin i in. 2021; Morga i in. 2023; Pączalska 2022).

Dlaczego niektórzy pacjenci uzyskują gorsze wyniki leczenia?

Uzyskanie gorszych wyników w leczeniu oraz wysoka śmiertelność wiążą się z wieloma czynnikami, m.in. z chorobami współistniejącymi, do których należy otyłość z jej niekorzystnymi następstwami,

---

<sup>1</sup> Istnieje siedem koronawirusów, z których cztery są stosunkowo łagodne. Trzy ostre to: SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*); MERS (*Middle East Respiratory Syndrome*); oraz wywołujący obecną pandemię SARS-CoV-2, który jest techniczną nazwą nowego wirusa. Chorobą wywołwaną przez SARS-CoV-2 jest COVID-19 (Wilson, Betteridge, Fish 2020).

choroby układu krążenia, w tym istniejąca wcześniej patologia mikronaczyniowa, nadciśnienie tętnicze, a także cukrzyca, przewlekłe choroby układu oddechowego oraz zaburzenia układu odpornościowego, które mogą dodatkowo ułatwiać neuroinwazję koronawirusa (Wang i in. 2020; MacLeani in. 2020). Kilka badań donosi o czynnikach predykcyjnych śmiertelności u pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19 w przypadku obecności przewlekłych chorób neurologicznych, duszności, wydłużonego czasu od początku objawów choroby do hospitalizacji, a także wysokiego poziomu prokalcytoniny (marker świadczący o ciężkości przebiegu zakażenia służący do rozpoznania sepsy) i limfocytopenii (obniżony poziom limfocytów) (García-Azorín i in. 2020).

Jérôme Hadjadj wraz z zespołem (2020) stwierdzają, że COVID-19 charakteryzuje się różnymi wzorcami rozwoju choroby, które sugerują zróżnicowane odpowiedzi immunologiczne osoby zakażonej. Autorzy przeprowadzili zintegrowaną analizę immunologiczną w kohorcie 50 pacjentów z COVID-19 o różnym nasileniu choroby. Stwierdzono odmienny fenotyp u pacjentów w ciężkim i krytycznym stanie, polegający na wysoce upośledzonej odpowiedzi interferonu (IFN) typu I (charakteryzującej się brakiem IFN- $\beta$  oraz niską produkcją i aktywnością IFN- $\alpha$ ), co było związane z utrzymującą się wiremią we krwi i zaostroszoną odpowiedzią zapalną. Zapalenie było częściowo powodowane przez transkrypcyjny czynnik jądrowy  $\kappa B$  i charakteryzowało się zwiększoną produkcją i sygnalizacją czynnika nowotworów  $\alpha$  i interleukiny 6<sup>2</sup>. Dane te sugerują, że niedobór IFN typu I we krwi może być cechą charakterystyczną ciężkiego COVID-19 i stanowić uzasadnienie dla połączonych podejść terapeutycznych.

Za najważniejszą przyczynę zaburzeń oddechowych wciąż uważa się dysfunkcję oddechową spowodowaną pierwotnym uszkodzeniem płuc przez wirusa SARS-CoV-2 (Wu i in. 2020), jednak do niewydolności oddechowej mogą przyczynić się warunkowo pękające neurony w obszarze pnia mózgu, które mają kluczowe

---

<sup>2</sup> Dlatego też stosowanie w leczeniu COVID-19 preparatu zawierającego przeciwciała monoklonalne przeciw interleukinie 6 (np. Tocilizumab) w wielu przypadkach zapobiega ciężkim powikłaniom tej choroby lub zgonowi pacjenta.

znaczenie dla generowania rytmu oddechowego (Zubair i in. 2020), a SARS-CoV-2 może wpływać na te mechanizmy kontroli oddechowej, prowadząc do pośredniej dysfunkcji oddechowej (Mishra i in. 2020). Wskaźnik śmiertelności różni się znacznie w zależności od kraju objętego pandemią koronawirusa, jednak liczba zgonów najbardziej koreluje z wiekiem. Zgony osób w wieku 60 lat i starszych stanowiły ponad 80% wszystkich zgonów w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii (Glynn 2020; Wu i in. 2020). Osoby starsze są bardziej podatne na COVID-19 i mają wyższe ryzyko zachorowalności i śmiertelności niż ogół populacji (Finelli i in. 2021).

Jakie wyzwania generuje wirus SARS-CoV-2 dla współczesnych systemów opieki zdrowotnej?

Najnowsze dowody sugerują, że wirus SARS-CoV-2 oprócz objawów ze strony układu oddechowego może wywoływać również inne objawy. Posiada np. mechanizmy neuroinwazyjne i dlatego może spowodować długoterminowe następstwa neurologiczne, neuropsychologiczne i neuropsychiatryczne, co zaobserwowano w poprzednich pandemiach (Pallanti i in. 2020; Wu i in. 2020; Wilson, Betteridge, Fish 2020; Aknin i in. 2021; Pąchalska 2022). Tak szerokie spektrum zaburzeń sprawia, że konieczne są konkretne i dobrze zorganizowane interwencje, a więc zapewnienie ciągłości między podstawową opieką zdrowotną, medycyną ratunkową oraz opieką specjalistyczną. Liczne dowody zebrane od osób, które przeżyły zakażenie wirusem SARS-CoV-1 w 2003 r., wskazują, że oprócz zespołu przewlekłego zmęczenia po zakażeniu rozwinęły się u nich trwałe współistniejące choroby psychiczne (Pallanti i in. 2020).

Złożoność patologii COVID-19 i jej działanie na mózg i system Ja osoby zakażonej wymagają wykonania odpowiednich badań przesiewowych, które muszą wykraczać poza wpływ psychospołeczny, biorąc pod uwagę oddziaływanie stresu i neurozapalenia mózgu. Wymaga to multidyscyplinarnego podejścia do leczenia i zapobiegania następstwom SARS-CoV-2 w zakresie zdrowia psychicznego. Można zatem zgodzić się z wieloma uczonymi, którzy uważają, że zakażenie wirusem SARS-CoV-2 i przebycie COVID-19 wywarło niszczyielski wpływ na człowieka (Wilson, Betteridge, Fish 2020; Aknin i in. 2021; Pąchalska 2022) oraz jego własny system Ja, destabilizując

odpowiednio u różnych osób ich Ja biologiczne, poznawcze, społeczne czy kulturowe (por. Pąchalska 2022). Wiązało się również ze znacznym obciążeniem systemu opieki zdrowotnej, społeczeństwa i ekonomii oraz wymagało różnych programów pomocy i wsparcia (Wu i in. 2020).

### **Definicje przypadków COVID-19 według WHO**

W badaniach naukowych stosuje się klasyfikację przypadków COVID-19 według WHO (por. Ellul i in. 2020), która obejmuje:

- 1) potwierdzone występowanie COVID-19: dotyczy osób z laboratoryjnym potwierdzeniem zakażenia SARS-CoV-2, niezależnie od objawów klinicznych, testem amplifikacji kwasu nukleinowego (np. RT-PCR) lub zwalidowanym testem przeciwciał na obszarze o ustalonym krążeniu wirusa – wymagany jest jeden pozytywny test RT-PCR lub identyfikacja wirusa na sekwencjonowaniu (jeden lub więcej negatywnych testów nie wyklucza zakażenia, jeśli istnieje podejrzenie kliniczne choroby); na obszarze bez ustalonego krążenia wirusa wymagany jest jeden pozytywny wynik testu RT-PCR dla dwóch różnych docelowych genomów wirusa lub jeden pozytywny wynik z częściowym lub całkowitym sekwencjonowaniem genomu;
- 2) prawdopodobieństwo występowania COVID-19 u pacjenta:
  - a) u którego test na obecność wirusa SARS-CoV-2 jest niejednoznaczny;
  - b) u którego nie można było wykonać testu z jakiegokolwiek powodu;
- 3) podejrzenie występowania COVID-19 u pacjenta:
  - a) z ostrą chorobą układu oddechowego (gorączka i co najmniej jedna oznaka lub objaw niewydolności oddechowej) oraz historią podróży lub zamieszkania w miejscu zgłaszającym chorobę COVID-19 w ciągu 14 dni przed wystąpieniem choroby;
  - b) z ostrą chorobą układu oddechowego, który miał kontakt z potwierdzonym lub prawdopodobnym przypadkiem w ciągu ostatnich 14 dni przed wystąpieniem objawów;
  - c) z ciężką chorobą układu oddechowego, która wymaga hospitalizacji w przypadku braku alternatywnego wyjaśnienia obrazu klinicznego.

## COVID-19: oś czasu rozwoju choroby

Pacjenci zaczynają mieć objawy 2–14 dni po kontakcie z wirusem SARS-CoV-2 (średnio w 5. dniu). Stan zdrowia zwykle poprawia się w ciągu 7–10 dni lub zaczyna się pogarszać 7 dni po wystąpieniu pierwszych objawów, często w 9–10 dniu (Esendağlı i in. 2021). Może być wymagane wsparcie na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM), a zgon następuje zwykle 14–28 dni po wystąpieniu objawów. W ciężkich przypadkach COVID-19 objawy mogą utrzymywać się do 6 miesięcy po wyzdrowieniu. U pacjentów leczonych na oddziale intensywnej terapii, u których wystąpił zespół ostrej niewydolności oddechowej (*Acute Respiratory Distress Syndrome*, ARDS) i którzy przeszli inwazyjną wentylację mechaniczną (IMV), mogą rozwinąć się trwałe następstwa i zwłóknienie płuc. Złe czynniki prognostyczne zgłaszane u pacjentów to: zaawansowany wiek, choroby współistniejące, palenie tytoniu, otyłość, predyspozycje genetyczne, ciąża, nadmierny wzrost markerów stanu zapalnego, limfopenia i oporna na leczenie hipoksemia (Cheng, Wang, Wang 2020; De Micheli i in. 2020; Mao i in. 2020).

## COVID-19: stadia choroby

Hasan K. Siddiqi i Mandeep R. Mehra (2020) zaproponowali 3-stopniowy system klasyfikacji objawowej choroby COVID-19, obejmujący rosnące nasilenie: objawów klinicznych, przebiegu klinicznego i odpowiedzi na leczenie.

1. Stadium I, łagodne/wczesne zakażenie: charakteryzuje się łagodnymi niespecyficznymi objawami, takimi jak gorączka, złe samopoczucie i suchy kaszel. Wirus replikuje się głównie w układzie oddechowym. Na tym etapie niezbędne jest leczenie objawowe. Stosuje się próbne leczenie niektórymi lekami przeciwwirusowymi, aby zapobiec progresji, ograniczyć przenoszenie wirusa i przyspieszyć powrót do zdrowia na tym etapie.
2. Stadium II, umiarkowane zakażenie/zajęcie płuc: przebiega w dwu etapach – etap IIa bez niedotlenienia, etap IIb z niedotlenieniem. Stadium to charakteryzuje się wirusowym zapaleniem płuc. Wirus kontynuuje replikację i osadza się w płucach. Objawy:

gorączka, kaszel, niedotlenienie, nacieki radiologiczne, podwyższone limfopenia i ostre markery stanu zapalnego. Większość pacjentów na tym etapie wymaga hospitalizacji i leczenia. Leki przeciwwirusowe są stosowane na warunkach badań klinicznych. W stadium IIa należy unikać stosowania kortykosteroidów, w stadium IIb stosuje się terapię kortykosteroidami i tlenem.

3. Stadium III, ciężkie/pozapłucne ogólnoustrojowe zapalenie: obserwuje się u niewielkiej liczby pacjentów. IL-2, IL-6, IL-7, GCSE, białko zapalne makrofagów 1-alfa, TNF-alfa, CRP, ferrytyna, D-dimery są podwyższone; troponina i pro-BNP również mogą być podwyższone. Może wystąpić wstrząs septyczny lub kardiogeny, wazoplegia, niewydolność oddechowa, zapaść krążeniowo-oddechowa, a także zmiany ogólnoustrojowe, takie jak zapalenie mięśnia sercowego. Na tym etapie stosuje się leczenie immunomodulujące: kortykosteroidy, tocilizumab (inhibitor IL-6) lub anakinrę (antagonista receptora IL-1) i dożylną globulinę immunologiczną w celu zahamowania ogólnoustrojowego stanu zapalnego i zapobiegania niewydolności wielonarządowej, która może rozwinąć się później.

### Różnice między ostrymi i przewlekłymi stadiami choroby

Długoterminowe następstwa COVID-19 są wciąż przedmiotem badań i opisów różnych specjalistów (Aknin i in. 2021; Morga i in. 2023). Dlatego też, jak zauważają Dorina Esendağlı i jej zespół (2021), istotne jest zdefiniowanie różnic między ostrymi i przewlekłymi stadiami choroby. Zgodnie z definicjami stosowanymi w wytycznych National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (por. Oronsky i in. 2021), czas trwania objawów dla poszczególnych stadiów to:

- ostry COVID-19 (*acute COVID-19*): obecność oznak i objawów choroby od początku do 4 tygodni; trwający objawowy COVID-19: oznaki i objawy między 4 a 12 tygodniem;
- zespół pocovidowy (*post-COVID syndrome*, PCS): oznaki i objawy trwające dłużej niż 12 tygodni i niewyjaśnione inną diagnozą;
- długi COVID-19 (*long-COVID-19*): szeroki zakres bieżących problemów zdrowotnych, które utrzymują się lub rozwijają po ostrym zakażeniu COVID-19; stany te mogą trwać tygodnie,

miesiące lub lata<sup>3</sup>. U chorego mogą wystąpić, jak zauważają Pfaff i in. (2023), jeden, dwa, ale i więcej zespołów chorobowych (przy czym jedno z nich mogą być nowe, zaś inne, już występujące, ulegać gwałtownemu zaostrzeniu).

Podczas diagnozowania długiego COVID-19 brane są pod uwagę następujące kryteria: objawy pacjenta, które rozpoczęły się w ostrym okresie, utrzymują się, pogarszają, nawracają lub pojawiają się nowe objawy; pogorszenie, utrata jakości życia i stanu funkcjonalnego w porównaniu ze stanem sprzed COVID-19; oraz obecność trwałych lub postępujących patologii radiologicznych i innych nieprawidłowości w płucach (Esendağlı i in. 2021).

Istnieje jednak wiele skomplikowanych sytuacji, które utrudniają definicję zespołu post-COVID-19. Nie jest łatwo określić ramy czasowe dla ostrych i przewlekłych objawów. Trudno jest również odróżnić post-COVID-19 od wcześniej znanych powikłań po intensywnej terapii (niedożywienie, bezruch, lęk itp.), ARDS, wentylacji mechanicznej (barotrauma, zwłóknienie płuc, odma opłucnowa itp.) i powikłań po intubacji (uraz, obrzęk i/lub zwężenie tchawicy itp.). Aby odróżnić wcześniejsze choroby współistniejące od skutków COVID-19, konieczne jest poznanie stanu wyjściowego pacjenta sprzed choroby. Ważne jest, aby rozróżnić, czy wynik kliniczny jest spowodowany powikłaniami post-COVID-19 lub po infekcji wirusowej (nadwrażliwość oskrzeli, problemy konstytucjonalne itp.), czy też jest to infekcja wtórna (oporne infekcje bakteryjne, grzybicze itp.). Należy również wziąć pod uwagę problemy po stosowaniu kortykosteroidów (osłabienie mięśni, cukrzyca, osteoporoza, infekcje, supresja nadnerczy itp.), skutki po immunosupresji (anty-IL-6/1), zespół pourazowy (lęk, panika itp.), stan po zakrzepicy

---

<sup>3</sup> Ta definicja długiego COVID-19 została opracowana przez Departament Zdrowia i Opieki Społecznej USA (U.S. Department of Health and Human Services, HHS) we współpracy z Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorobom (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) i innymi partnerami. Długi COVID jest w literaturze określany wieloma nazwami, w tym stanami po COVID, po ostrym COVID-19, długotrwałym COVID, długoterminowymi skutkami COVID i przewlekłym COVID. Termin „podostre następstwa zakażenia SARS CoV-2” (*post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection*, PASC) jest również używany w odniesieniu do podzbioru długiego COVID (por. Pfaff i in. 2023).

(zawał mięśnia sercowego, udar mózgu, zatorowość płucną itp.) oraz stan po niedokrwieniu (zawał, ograniczenie funkcjonalne itp.).

Długoterminowe następstwa COVID-19, które są zgłaszane przez ozdrowieńców, w późniejszym terminie są z dnia na dzień coraz lepiej rozumiane. Po wypisaniu ze szpitala obserwuje się pewne objawy, takie jak kaszel, duszność wysiłkowa, bóle mięśni i zmęczenie, czasami trwające miesiącami, szczególnie u niektórych pacjentów, którzy doświadczyli ciężkiego przebiegu COVID-19. Przewlekła niewydolność oddechowa i trwałe zwłóknienie płuc mogą rozwinąć się u pacjentów, którzy zostali zaintubowani w wyniku ARDS i otrzymali IMV. Występują również pozapłucne schorzenia ogólnoustrojowe, takie jak cukrzyca, problemy nerwowo-mięśniowe i patologie serca oraz zaburzenia ze strony ośrodkowego układu nerwowego (OUN).

Długoterminowe następstwa COVID-19 stanowią więc wielkie wyzwanie dla współczesnej medycyny. Ocena tych objawów nie jest łatwa, gdyż COVID-19 czy NeuroCOVID-19 mogą wywoływać również inne choroby lub współwystępować z nimi, nie tylko w czasie trwania ostrego okresu od zakażenia, ale i na długo po jego zakończeniu, jako długi COVID-19 lub jako zespół post-COVID-19 (Akinin i in. 2021; Pąchalska 2022; Pąchalska, Nowaczyk 2021).

Maxime Taquet wraz z zespołem (2021) przeprowadzili wiarygodne badania dotyczące częstości występowania i współwystępowania cech długiego covidu, ich związku z wiekiem, płcią lub ciężkością zakażenia, oraz stopnia, w jakim są one specyficzne dla COVID-19 lub NeuroCOVID-19. W retrospektywnych badaniach kohortowych opartych na powiązanych danych z elektronicznej dokumentacji medycznej (EHR) 81 mln pacjentów, w tym 273 618 osób, które przeżyły COVID-19, autorzy ocenili częstość występowania i współwystępowania objawów długiego covidu w ciągu 3–6 miesięcy po rozpoznaniu COVID-19. Porównano grupy pacjentów, u których zdiagnozowano COVID-19 z kohortą pacjentów, u których w tym samym okresie zdiagnozowano grypę. Uzyskano to za pomocą analizy Kaplana-Meiera i modelu proporcjonalnego ryzyka Coxa. Częstość występowania atopowego zapalenia skóry wykorzystano jako kontrolę negatywną. Wyniki badań pozwoliły stwierdzić, że wśród osób, które przeżyły COVID-19 (średnia wieku: 46,3 [SD 19,8]), ponad połowa badanych (57,1%) miała jedną lub więcej

cech długiego covidu odnotowanych w ciągu całego 6-miesięcznego okresu (tj. łącznie z fazą ostrą), a 36,55% miało te objawy między 3 a 6 miesiącem. Częstość występowania poszczególnych cech była następująca:

- 1) nieprawidłowe oddychanie (18,71% w okresie od 1 do 180 dni vs. 7,94% w okresie od 90 do 180 dni),
- 2) zmęczenie/złe samopoczucie (12,82% vs. 5,87%),
- 3) ból w klatce piersiowej/gardle (12,60% vs. 5,71%),
- 4) ból głowy (8,67% vs. 4,63%),
- 5) inny ból (11,60% vs. 7,19%),
- 6) objawy brzuszne (15,58% vs. 8,29%),
- 7) bóle mięśni (3,24% vs. 1,54%),
- 8) zaburzenia poznawcze, w tym uwagi i pamięci roboczej (7,88% vs. 3,95%),
- 9) zaburzenia emocjonalne, w tym lęk/depresja (22,82% vs. 15,49%).

Wszystkie cechy były zdecydowanie częściej zgłaszane przez osoby z zespołem post-COVID-19 niż przez osoby po grypie (z ogólną nadwyżką częstości występowania objawów wynoszącą 16,6% i współczynnikami ryzyka między 1,44 a 2,04, wszystkie na poziomie istotności  $p < 0,001$ ). Objawy zgłaszane post-COVID-19 występowały częściej i tworzyły bardziej powiązaną sieć. Znaczące różnice w częstości występowania i współwystępowania objawów długiego covidu były związane z płcią, wiekiem i ciężkością choroby. Autorzy konkludują, że cechy kliniczne długiego covidu występowały i współwystępowały często, a także wykazywały pewną specyficzność dla COVID-19, chociaż obserwowano je również po grypie. Zaobserwowano różne profile kliniczne długiego covidu w zależności od danych demograficznych i ciężkości choroby. Najbardziej znane zaprezentowano poniżej.

#### COVID-19: objawy zmęczenia i osłabienie mięśni

Osoby hospitalizowane z powodu COVID-19 po 6 miesiącach od zakażenia zgłaszają często występowanie objawów zmęczenia i osłabienia mięśni (Zajac 2023). Camelia Corina Pescaru i jej zespół (2022), wyjaśniając mechanizm tych zaburzeń, przeprowadzili analizę danych zawartych w 33 artykułach zawierających dane dotyczące uszkodzenia mięśni w następstwie zakażenia SARS-CoV-2.

Do wyszukiwania artykułów autorzy użyli następujących słów kluczowych: SARS-CoV-2, COVID-19, osłabienie mięśni, choroba mięśni, zmęczenie mięśni, zaburzenia neurologiczne. W celu zebrania informacji wykorzystano bazy PubMed, Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effects i Health Technology Assessment Database. Wybrano również najnowsze artykuły opublikowane w latach 2019–2022 (po wybuchu pandemii). Na podstawie przeanalizowanych artykułów autorzy stwierdzili, że konsekwencje wynikające z zakażenia wirusem SARS-CoV-2 mogą mieć bezpośredni wpływ na mięśnie szkieletowe, ponieważ zarówno serce, jak i tkanka mięśni szkieletowych wykazują silną ekspresję ACE2, co sugeruje potencjalną podatność na zakażenie SARS-CoV-2 w obu typach tkanek. Ponadto stwierdzono, że uszkodzenie układu mięśniowo-szkieletowego jest w pierwszej kolejności spowodowane efektami zapalnymi, burzą cytokin i katabolizmem mięśni. Jednak miopatia, polineuropatia i terapie, takie jak kortykoidy, były również uważane za ważne czynniki powodujące zmęczenie mięśni i niezdolność do pracy (Leung i in. 2005). Programy rehabilitacji pulmonologicznej i wczesna mobilizacja miały duży wpływ podczas ostrej fazy i procesu rekonwalescencji po chorobie i pomogły pacjentom zmniejszyć duszność, zwiększyć zdolność do wysiłku fizycznego, przezwyciężyć zaburzenia psychiczne i poprawić jakość ich życia (por. Cheng, Wang, Wang 2020; De Micheli i in. 2020; Mao i in. 2020).

#### COVID-19: komplikacje pulmonologiczne

Esendağlı i in. (2021) zauważają, że w miarę upływu czasu mamy do czynienia z coraz większą różnorodnością skutków i powikłań choroby COVID-19 u osób, które ją przeżyły, a także z obawami dotyczącymi wyników klinicznych i profili objawów u różnych pacjentów. Ponieważ w omawianej chorobie płuca są najbardziej zaangażowanymi narządami, a długotrwałe i utrzymujące się skutki post-COVID-19 są głównie związane z układem płucnym, kluczowe jest zdefiniowanie i przewidywanie wyników oraz określenie osób, u których może dojść do zwłóknienia i utraty funkcji płuc. Autorzy podsumowują aktualną literaturę dotyczącą powikłań płucnych, w tym zajęcia płuc, w zespole post-COVID i postępowania w tych

stanach. Kaszel, który jest jednym z początkowych objawów ostrej choroby COVID-19, jest częsty i może być równie często spotykany w zespole post-COVID-19, wraz z objawami takimi jak przewlekłe zmęczenie, ból głowy i rozległy ból. W dwóch badaniach częstość występowania kaszlu wynosiła 7–10% (Forcina i in. 2019). Przyczyna kaszlu u niektórych pacjentów nie jest jasna. Jednak w przeciwieństwie do kaszlu utrzymującego się po przeziębieniu lub grypie, przewlekłemu kaszlowi w zespole post-COVID często towarzyszą inne objawy wielosystemowe, które mogą wskazywać na wieloczynnikową patogenezę lub wspólne mechanizmy leżące u podstaw tych objawów. Kaszel może wynikać z zajęcia neuronów czuciowych błędniaka przez SARS-CoV-2 lub z odpowiedzi neurozapalnej, lub z obu tych czynników łącznie, i może prowadzić do obwodowej i ośrodkowej nadwrażliwości w drogach oddechowych (Wang i in. 2021). Po postawieniu diagnozy różnicowej przewlekłego kaszlu (zgodnie z wytycznymi) można rozpocząć leczenie. Jednakże, chociaż wytyczne służą jako punkt odniesienia dla obecnego podejścia do ostrego i przewlekłego kaszlu, optymalne postępowanie w przypadku kaszlu związanego z COVID-19 pozostaje wciąż niejasne (Esendağlı i in. 2021).

#### COVID-19: ból covidowy

Klinicyści zauważają, że osoby hospitalizowane z powodu COVID-19 zgłaszają odczuwanie różnego rodzaju bólu (Zajac 2023). Kilka bolesnych objawów może wystąpić w fazie ostrej, ale także jako powikłania krótko- lub długoterminowe (Al-Ramadan i in. 2021). Bóle: głowy, mięśniowe, stawów, gardła, brzucha czy też bóle w klatce piersiowej zwykle towarzyszą objawom ze strony układu oddechowego, ale mogą również występować u ozdrowieńców jako izolowane objawy kliniczne lub mogą być wyrażane niezależnie od nasilenia COVID-19 nawet do kilku miesięcy (Disser i in. 2020).

Marco Cascella i in. (2021) stwierdzają, że chociaż po zakażeniu SARS-CoV-2 dominują objawy oddechowe COVID-19, oznaki i objawy zajęcia pozapłucnego (np. OUN) są zwykle uwzględnione w obrazie klinicznym choroby. Autorzy, biorąc pod uwagę szerokie spektrum objawów klinicznych i złożoność ich patogenezę, wprowadzają termin „ból covidowy” jako termin parasolowy, przydatny do

ujęcia wszystkich tych objawów klinicznych w osobnym rozdziale choroby. Ukazują również mechanizm molekularny, próbując wyjaśnić podstawowe procesy patofizjologiczne ostrych i przewlekłych objawów bólowych po COVID-19. Autorzy podsumowują podstawowe koncepcje w tej dziedzinie, aktualne problemy badawcze oraz wyznaczają potencjalne kierunki przyszłych badań.

#### COVID-19: objawy kardiologiczne u dorosłych

U pacjentów z COVID-19 często występują objawy choroby serca, w tym objawy uszkodzenia mięśnia sercowego, ale ich przyczyny nie zostały ustalone. Możliwe przyczyny uszkodzenia mięśnia sercowego obejmują: niedotlenienie; kardiomiopatię stresową (Giustino i in. 2020); uszkodzenie niedokrwienne spowodowane dysfunkcją mikronaczyń serca, zapaleniem małych naczyń serca (Fox i in. 2020), zapaleniem śródbrzońka (Varga i in. 2020) lub nasierdziową chorobą wieńcową (z pęknięciem blaszki miażdżycowej lub niedokrwieniem na żądanie); obciążenie prawej komory i przedsionka serca (ostre serce płucne) z przyczynami obejmującymi zatorowość płucną (Wichmann i in. 2020; Klok i in. 2020), zespół niewydolności oddechowej dorosłych i zapalenie płuc (Huette i in. 2020); zapalenie mięśnia sercowego (Shi i in. 2020); oraz zespół ogólnoustrojowej odpowiedzi zapalnej (burza cytokinowa) (Rizvii in. 2022). Jednak udział każdej z tych przyczyn w uszkodzeniu mięśnia sercowego i niekorzystnych wynikach sercowo-naczyniowych w tej sytuacji nie został określony. Autorzy podkreślają wpływ wcześniej istniejącej choroby sercowo-naczyniowej (Zajac 2023). Objawy i oznaki choroby serca u pacjenta z COVID-19 mogą wynikać z ostrego procesu chorobowego, z wymagań hemodynamicznych w kontekście przewlekłej (wcześniej istniejącej) choroby serca lub mogą być spowodowane ostrym zaostrzeniem choroby przewlekłej. Istnieją ważne dowody na związek między występującą wcześniej chorobą sercowo-naczyniową (taką jak nadciśnienie tętnicze i choroba wieńcowa) a ryzykiem i ciężkością zakażenia COVID-19 (Figliozzi 2020). Przyczyny tego związku nie zostały ustalone. Proponowane mechanizmy obejmują upośledzoną rezerwę fizjologiczną (sercowo-naczyniową i płucną), upośledzoną odpowiedź immunologiczną, zwiększoną odpowiedź zapalną, podatność na dysfunkcję śródbrzońka wywołaną

przez SARS-CoV-2 oraz efekty, w których pośredniczy receptor konwertazy angiotensyny 2 (Chatterjee, Cheng 2020).

Niektóre leki badane pod kątem COVID-19 również mogą mieć niekorzystny wpływ na układ sercowo-naczyniowy<sup>4</sup>. Zaangażowanie układu renina–angiotensyna–aldosteron (RAAS) we wnikanie wirusa sprawia, że istotne jest rozważenie wpływu leków modulujących ten układ (Zajac 2023). Kompleksowa wiedza na temat szczególnych objawów sercowo-naczyniowych COVID-19 i roli RAAS w rokowaniu tej choroby zakaźnej jest niezbędna do optymalnego leczenia pacjentów (Goha i in. 2020).

#### COVID-19: funkcjonowanie przewodu pokarmowego

Wiele prac opisuje zaburzenia związane z funkcjonowaniem przewodu pokarmowego (Li i in. 2023). Daniel E. Freedberg i Lin Chang (2022) podają, że objawy żołądkowo-jelitowe występują u połowy pacjentów z ostrym COVID-19, u 10–25% pacjentów utrzymują się one 6 miesięcy po COVID-19 i są oceniane jako najbardziej uciążliwy objaw u 11% wszystkich pacjentów. Objawy te obejmują zgagę, zaparcia, biegunkę i ból brzucha, a ich częstość występowania zmniejsza się wraz z upływem czasu. Długotrwałe objawy żołądkowo-jelitowe wiążą się z zaburzeniami psychicznymi (lęk i depresja), które poprzedzają COVID-19, a także z objawami zdrowia psychicznego, które utrzymują się również po wyzdrowieniu z COVID-19. Przyczyna długich objawów żołądkowo-jelitowych COVID jest nieznaną, a hipotezy obejmują: samego wirusa SARS-CoV-2, który infekuje przewód pokarmowy; COVID-19, któremu mogą towarzyszyć zmiany mikrobiomu jelitowego, głęboka ogólnoustrojowa reakcja zapalna i krytyczna choroba; i/lub wpływ stresu pandemicznego na funkcjonowanie przewodu pokarmowego i postrzeganie objawów, które mogą być niezwiązane ani z SARS-CoV-2, ani z COVID-19. Klinicyści donoszą, że często wymieniany jest pocovidowy zespół jelita drażliwego (por. Zajac 2023).

<sup>4</sup> Dobrym przykładem jest stosowanie antybiotyku Sumamed u osób z zaburzeniami rytmu serca. Wydłuża on bowiem odcinek Q–T w EKG, co jeszcze zwiększa zaburzenia rytmu serca i może doprowadzić do groźnych, zagrażających życiu arytmii komorowych. Jest to tzw. zespół *torsade de pointes* (Zajac 2023).

### COVID-19: cukrzyca

Marcos M. Lima-Martínez i in. (2020) stwierdzili, że cukrzyca jest jedną z najczęstszych chorób współistniejących u osób z COVID-19, a częstość jej występowania waha się od 7 do 30%. Diabetycy zakażeni SARS-CoV-2 mają wyższy wskaźnik przyjęć do szpitala, ciężkie zapalenie płuc i wyższą śmiertelność w porównaniu z osobami bez cukrzycy. Przewlekła hiperglikemia może upośledzać odporność wrodzoną i humoralną. Ponadto cukrzyca wiąże się z przewlekłym stanem zapalnym o niskim stopniu nasilenia, który sprzyja rozwojowi nadmiernej odpowiedzi zapalnej, a tym samym pojawieniu się zespołu ostrej niewydolności oddechowej. Ostatnie dowody wykazały, że SARS-CoV-2 może również powodować bezpośrednio uszkodzenie trzustki, które może pogorszyć hiperglikemię, a nawet wywołać cukrzycę u osób, które wcześniej na nią nie chorowały. Strategie terapeutyczne powinny mieć na celu ułatwienie pacjentom dostępu do systemu opieki zdrowotnej. Kontrola stężenia glukozy we krwi i chorób współistniejących musi być zindywidualizowana w celu zmniejszenia częstości występowania powikłań i zmniejszenia obciążenia systemów opieki zdrowotnej. Autorzy dokonali przeglądu mechanizmów patofizjologicznych, które wyjaśniają dwukierunkowy związek między COVID-19 a cukrzycą, jego wpływ na rokowanie i leczenie hiperglikemii w tej grupie pacjentów.

Warto zauważyć, że niewyrównana metabolicznie cukrzyca typu II wpływa niekorzystnie na przebieg infekcji COVID-19. Po jej przebyciu ten typ cukrzycy może się zaostrzyć i wymagać weryfikacji leczenia i insulinoterapii. Pediatrzy alarmują o pojawiającej się wręcz epidemii cukrzycy typu I u dzieci po przebytych COVID-19 (ma to związek z zaburzeniami autoimmunologicznymi) (Zając 2023).

### COVID-19: zaburzenia w pracy nerek

U pacjentów, którzy przebyli COVID-19, mogą wystąpić również zaburzenia w pracy nerek (Nogueira i in. 2022; Shemies i in. 2022). Wieloośrodkowe badanie przeprowadzone przez Claudio Ronco, Thiago Reisa i Faeqa Husaina-Syeda (2020) wykazało, że około 45% pacjentów nie miało znaczącego uszkodzenia nerek spowodowanego chorobą wirusową; u 34% rozwinęło się ostre uszkodzenie

nerek (*acute kidney injury*, AKI) bez potrzeby leczenia nerkozastępczego (*renal replacement therapy*, RRT), a u 26% rozwinęło się AKI COVID-19 z potrzebą RRT (AKI-RRT). Z kolei systematyczny przegląd badań wykonany przez Molly Fisher i in. (2020) wykazali, że RRT zastosowano tylko w 7% przypadków COVID-19 z objawami nerkowymi. Metodą pierwszego wyboru jest zwykle ciągła terapia nerkozastępcza, głównie dlatego, że jest to odpowiednia metoda dla pacjentów niestabilnych hemodynamicznie (Shemies i in. 2022).

Letícia Bitencourt wraz z zespołem (2021) przeprowadzili kompleksowe wyszukiwanie w bazach danych PubMed, Cochrane, Scopus i SciELO, używając głównie terminów „SARS-CoV-2”, „COVID-19”, „przewlekła choroba nerek”, „przeszczep nerki”, „ostre uszkodzenie nerek” i „dysfunkcja nerek”. Stwierdzili oni, że u ozdowieńców z COVID-19 związany z błoną enzym konwertujący angiotensynę 2 jest receptorem dla SARS-CoV-2, a ta interakcja może prowadzić do zaburzenia równowagi układu renina–angiotensyna (RAS), związanego z gorszymi objawami klinicznymi COVID-19, w tym z ostrym uszkodzeniem nerek, stanem hiperzapalnym i zmianami hematologicznymi. Rozwój ostrego uszkodzenia nerek jest związany głównie ze zmianami immunologicznymi i bezpośrednimi zmianami cytopatycznymi wywołanymi przez wirusa, co prowadzi do wyższej śmiertelności. Jeśli chodzi o przewlekłą chorobę nerek, pacjenci w stadium niekońcowym mają gorsze rokowanie, podczas gdy pacjenci hemodializowani wydają się mieć łagodny przebieg COVID-19, prawdopodobnie z powodu mniejszych szans na wpływ burzy cytokinowej. Co więcej, obecny protokół leczenia jest niekorzystny dla procesu transplantacji nerek. Związek między COVID-19 a immunosupresją u biorców przeszczepu nerki był szeroko dyskutowany w celu ustalenia, czy zwiększa on śmiertelność i jak oddziałuje z lekami immunosupresyjnymi. Autorzy konkludują, że nerki i układ RAS odgrywają fundamentalną rolę w zakażeniu SARS-CoV-2 i konieczne są dalsze badania, aby w pełni zrozumieć reperkusje wywołane przez COVID-19 w chorobach nerek.

Oprócz wymienionych powyżej problemów zdrowotnych warto jednak wspomnieć, że po przejściu infekcji SARS-CoV-2 pacjenci skarżą się na różnorodne dolegliwości, np. uporczywe dzwonienie

czy silny szum w uszach, wysypki skórne, wypadanie włosów<sup>5</sup>, nieregularne miesiączki i bardziej nasilony zespół pomenopauzalny (Shemies i in. 2022).

Wciąż niewiadomo, kto i dlaczego jest najbardziej narażony na długi COVID-19, jakie może on powodować krótko- i długotrwałe konsekwencje zdrowotne, czy mogą one powodować przewlekłe schorzenia, czy też ostatecznie ustąpią. Ludzie mogą być wielokrotnie zarażeni wirusem SARS-CoV-2. Za każdym razem, gdy dana osoba jest zakażona (pierwszy raz lub ponownie), istnieje ryzyko wystąpienia długiego COVID-19 (Pfaff i in. 2023). Wciąż prowadzone są badania nad powikłaniami po COVID-19, zaś Centrum Kontroli Zapobiegania Chorobom (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) przypomina, że szczepienia przeciwko COVID-19 to najlepszy sposób, aby uniknąć zarówno zakażenia, jak i długotrwałych skutków tej choroby (por. Wolkin i in. 2022).

### **NeuroCOVID-19: mechanizm dostania się wirusa do OUN**

SARS-CoV-2 może mieć bezpośredni wpływ na OUN, a następnie wywołać odpowiedź immunologiczną (Troyer, Kohn, Hong 2020). Kliniczne działania oparte na neuronauce w celu zmniejszenia następstw dla zdrowia psychicznego związanych z SARS-CoV-2 opisują różne mechanizmy dostania się wirusa do OUN (Pallanti i in. 2020; Pąchalska 2022). U pacjentów, u których zdiagnozowano wirusowe zapalenie mózgu, sekwencjonowanie genów wykazało obecność SARS-CoV-2 w płynie mózgowo-rdzeniowym, potwierdzając tym samym jego potencjał neuroinwazyjny (Zhou i in. 2020). Wysłunięto kilka hipotez wyjaśniających, w jaki sposób SARS-CoV-2 dostaje się do OUN:

1) rozprzestrzenianie krwiotwórcze przez szpik kostny, np. megakariocytów<sup>6</sup>, które wędrują do mózgu, zatykają drobne naczynia

<sup>5</sup> Nadmierną utratę włosów obserwuje się u 22% hospitalizowanych pacjentów w ciągu pół roku od wypisu ze szpitala. Jest to tzw. łysienie telogenowe, czyli stan, kiedy większość włosów znajduje się w fazie spoczynku (tzw. fazy telogenowej). Wpływ na tę sytuację może mieć m.in. długotrwały stres (Yang i in. 2020).

<sup>6</sup> W lutym 2021 r. patolodzy z Johns Hopkins Medicine w Baltimore oraz Brigham and Women's Hospital w Bostonie zaprezentowali w „JAMA

krwionośne (kapilary) i powodują niedokrwienny udar mózgu (Pallanti i in. 2020);

- 2) transport wsteczny neuronów i przejście przez jamę nosową i kość sitową, która wspiera opuszkę węchową (Lee, Minko 2021);
- 3) neuronalne szlaki wsteczne, które doprowadzają do uszkodzenia mózgu i dysfunkcji ośrodka sercowo-oddechowego w pniu mózgu, co objawia się zaburzeniami neurologicznymi i niewydolnością oddechową u zakażonych (Wilson, Betteridge, Fish 2020);
- 4) rozprzestrzenianie się wirusa albo jego białka S po całym organizmie za pośrednictwem krwiobiegu (naczynia tętnicze różnych narządów) przez dysfunkcję komórek śródbłonna zaopatrzonych ACE2 (Varga i in. 2020) oraz destabilizacja BBB w bardzo ważnych regionach mózgu<sup>7</sup>.

Klinicyści muszą wziąć pod uwagę bezpośredni wpływ SARS-CoV-2 na OUN i układ odpornościowy, dlatego też monitorowanie pacjentów po zakażeniu SARS-CoV-2 i przebyciu COVID-19 powinno być prowadzone niezależnie od psychospołecznych konsekwencji kwarantanny, w zależności od stanu neurologicznego, psychosensorycznego i zapalnego. Należy ocenić markery stanu zapalnego, w tym morfologię krwi z rozmazem, białko hsC-reaktywne, D-dimery, dehydrogenazę mleczanową, transaminazy, azotemię (mocznicę), kreatyninę, kinazę kreatynową oraz IL-6 (Pallanti i in. 2020; Troyer, Kohn, Hong 2020).

---

Neurology” dowody na to, że duże komórki szpiku kostnego, znane jako megakariocyty, które wytwarzają płytki krwi do krzepnięcia i gojenia ran, migrują do mózgu w drodze wywołanej destrukcyjną aktywności wirusa SARS-CoV-2. Mogą one całkowicie blokować przepływ odżywczej krwi przez poszczególne naczynia włosowate w mózgu i powodować objawy neurologiczne, neuropsychologiczne i psychiatryczne (Pączalska, Grzywniak, Kobos 2023).

<sup>7</sup> Zwiększa to znacznie ryzyko inwazji tego wirusa do mózgu, a także pozwala wyjaśnić występowanie objawów neurologicznych u pacjentów z Neuro-COVID-19. Warto dodać, że układ naczyniowy mózgu jest niezwykle rozgałęziony, dlatego nawet małe ognisko procesu zapalnego może być bardzo szkodliwe dla tkanki nerwowej. Uszkodzenie tkanki nerwowej może być znacznie bardziej rozległe u pacjentów z COVID-19 i schorzeniami współistniejącymi, mającymi związek z uszkodzeniem naczyń mózgowych (Morga i in. 2023).

Emily A. Troyer, Jordan N. Kohn i Suzi Hong (2020) wykazali, że cytokiny obwodowe zaangażowane w odpowiedzi przeciwwirusowe mogą wywoływać również odpowiedzi neurozapalne i objawy neuropsychiatryczne. We krwi pacjentów z COVID-19 stwierdzono zwiększone wydzielanie cytokin prozapalnych i chemokin, takich jak IL-6, IFN $\gamma$ , MCP1 i IP-10 (Tay i in. 2020). Zgłoszono również hiperketonemię (zaburzenia gospodarki elektrolitowej) (Pallanti i in. 2020). Interleukina (IL-6), czynnik martwicy nowotworów TNF- $\alpha$ , IL-8, IL-10 i IL-2R są znacznie wyższe wśród śmiertelnych przypadków COVID-19: podobne zjawisko zgłaszano już wcześniej w przypadku zakażenia SARS-CoV-1 (Tay i in. 2020; Yang i in. 2020). Autorzy podkreślają również, że limfocyty T posiadające ACE2 (Li i in. 2023) odgrywają decydującą rolę w utrzymaniu homeostazy immunologicznej. Z kolei limfopenię (zwiększony stosunek neutrofilii do limfocytów) zaobserwowano u około 80% pacjentów z SARS-CoV-2 (Tay i in. 2020). Niedobór IFN typu I jest cechą charakterystyczną ciężkiego przebiegu COVID-19 i występuje jeszcze przed rozwojem choroby (Wang i in. 2020). Dlatego też uważa się, że pacjenci z COVID-19 mogą odnieść korzyści z podawania IFN w połączeniu z terapiami przeciwzapalnymi ukierunkowanymi na IL-6 lub TNF- $\alpha$  (Pallanti i in. 2020). Takie postępowanie w leczeniu może służyć jako przykład świadczący o tym, że ocena pacjentów za pomocą markerów ich odpowiedzi immunologicznej jest korzystna i może stanowić ważny krok naprzód w leczeniu NeuroCOVID-19 (Hadjadj i in. 2020). Biorąc pod uwagę wszystkie powyższe dowody, przydatne byłoby poszukiwanie przeciwciał w płynie mózgowo-rdzeniowym u tych pacjentów, u których podejrzewa się zajęcie OUN (Pallanti i in. 2020).

### **NeuroCOVID-19: złożone dysfunkcje mózgowe**

Jak wykazały wielośrodkowe badania, u ozdowieńców obserwuje się coraz częściej objawy różnorodnych, często poważnych, długotrwałych dysfunkcji mózgowych (Aknin i in. 2021, Pąchalska, Nowaczyk 2021; Stueck 2021; Pąchalska 2022; Narayanan i in. 2024), które wymagają odrębnego nazewnictwa, w związku z czym wprowadzono

termin NeuroCOVID-19. Ma to na celu, jak zauważają Stefano Pallantii in. (2020):

- 1) zwrócenie uwagi na problematykę dysfunkcji mózgowych w następstwie zakażenia SARS-CoV-2, w tym zaoferowanie właściwej diagnozy i terapii,
- 2) zaalarmowanie decydentów oraz opinii publicznej o zaistniałych w związku z tym zagrożeniach.

Złożone następstwa NeuroCOVID-19 zostały podzielone przez Lare B. Akinin i jej zespół (2021) na dwie grupy, tj. na następstwa:

- 1) łagodne, np. ilościowe zaburzenia węchu (anosmia, hiposmia), utrata smaku (ageusia, hipogeusia) (Dickman 2001), utajone mrugania (heterophila) (Akinin i in. 2021, s. 301), bóle głowy, zawroty głowy, dezorientacja;
- 2) poważniejsze, np. zaburzenia poznawcze, drgawki, majaczenia (w tym zespół zachodzącego słońca, czyli stan zmieszania, w którym osoba czuje się oderwana od rzeczywistości, jakby śniła), psychoza oraz głównie niedokrwienne udary mózgu (Almeria i in. 2020; Akinin i in. 2021), a także odkryte i opisane stosunkowo niedawno powikłania, które mogą się wiązać z powstawaniem i pękaniem tętniaków mózgu (Morga i in. 2023)<sup>8</sup>.

Podwyższona sygnalizacja immunologiczno-zapalna jest dużym zagrożeniem dla OUN, gdyż wiążą się z nią różnorodne dysfunkcje mózgowe (Pąchalska, Góral-Półrola, Chojnowska-Ćwiąkała 2021). Jest ona np. istotnym mechanizmem patoologii zaburzeń nastroju (Pfau, Ménard, Russo 2018). Wpływa bowiem na funkcjonowanie mózgu, którego pośrednikiem jest oś mikrobiota–jelita–mózg<sup>9</sup>

<sup>8</sup> W literaturze przedmiotu opisano istotę, częstość występowania oraz następstwa tętniakowatego krwotoku podpajęczynówkowego (aSAH) (Petridis i in. 2017; Zacharia i in. 2010).

<sup>9</sup> Wykazano, że u zwierząt mikrobiota uczestniczy w regulacji emocji przez oddziaływanie pomiędzy jelitem a mózgiem. W przypadku dysbiozy (zaburzenia w składzie mikrobioty) ta regulacja jest mniej skuteczna i sprzyja zaburzeniom nastroju. Badania ujawniają, w jaki sposób różnice i zmiany w składzie mikrobioty jelitowej wpływają na normalną fizjologię i przyczyniają się do chorób, od stanów zapalnych po otyłość. Wykazano również, że mikrobiota jelitowa komunikuje się także z OUN – prawdopodobnie przez szlaki nerwowe, hormonalne i immunologiczne, a tym samym wpływa na funkcjonowanie mózgu i zachowanie. Badania na zwierzętach wolnych od zarazków i zwierzętach narażonych na infekcje bakteriami chorobotwór-

(Cryan, Dinan 2012; Zajac 2023). Czynniki zapalne mają szczególnie wpływ na neurorozwoj (Khandaker i in. 2014). Zbieżne dowody sugerują, że narażenie matki na stan zapalny w czasie ciąży jest związane z późniejszym rozwojem zaburzeń neuropsychiatrycznych u jej potomstwa, a nawet utraty dziecka po porodzie<sup>10</sup> (Gumusoglu, Stevens 2019). Podczas infekcji tkanki kosmków płodowych wydzielają szereg cytokin i chemokin zapalnych i immunoregulacyjnych, przyczyniając się do ich obecności na styku płód–matka. Pallanti i in. (2020) podkreślają, że zakażenie SARS-CoV-2 w okresie ciąży i dzieciństwa może prowadzić do manifestacji zaburzeń neurorozwojowych. Osoby zarażone SARS-CoV-2, a także potomstwo zarażonych matek, powinno być oceniane pod kątem stanu neuropsychiatrycznego, neuroimmunologicznego i zapalnego w badaniach podłużnych, aby lepiej zdiagnozować ewentualną patologię i umożliwić wczesną interwencję terapeutyczną (Pfau, Ménard, Russo 2018; Bidzan i in. 2020; Bidzan-Bluma i in. 2020).

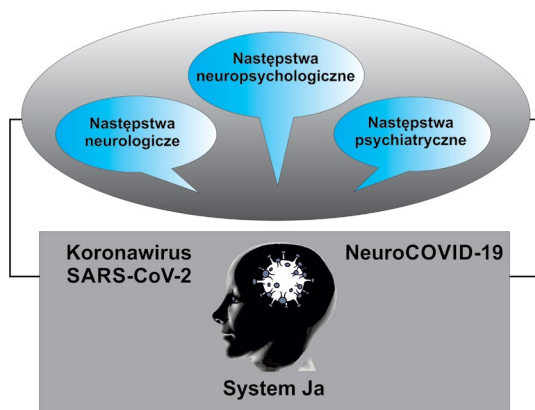
## NeuroCOVID-19: wielowymiarowe następstwa

Wielowymiarowe następstwa po zakażeniu SARS-CoV-2 i przebyciu NeuroCOVID-19 zostały najogólniej podzielone na trzy rodzaje (por. Pąchalska, Kaczmarek, Kropotov 2021). Są to następstwa: (1) neurologiczne, (2) neuropsychologiczne i (3) psychiatryczne (rycina 1). Zostaną one omówione kolejno poniżej.

---

czymi, bakteriami probiotycznymi lub antybiotykami sugerują rolę mikrobioty jelitowej w regulacji lęku, nastroju, funkcji poznawczych i bólu. W związku z tym pojawiająca się koncepcja osi mikrobiota–jelita–mózg sugeruje, że modulacja mikrobioty jelitowej może być praktyczną strategią opracowywania nowych leków na złożone zaburzenia OUN (Cryan, Dinan 2012).

<sup>10</sup> Stratę dziecka oznacza się fioletowym motylkiem. Położne i pielęgniarki na całym świecie nakleją symbol motylka na łóżku, pościeli czy karcie szpitalnej. W ten sposób chcą uchronić mamę, która straciła dziecko, przed nietaktownymi pytaniami, nawet takimi, które wynikają z niewiedzy związanej choćby z tym, że ktoś dopiero przyszedł na zmianę w szpitalu. Gdy zobaczymy fioletowego motyla zachowajmy właściwą kompetencję komunikacyjną z rodziną, która doznała tej tragedii (Zajac 2023).



Rycina 1. Neurologiczne, neuropsychologiczne i psychiatryczne następstwa zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 oraz przebycia NeuroCOVID-19

Źródło: opracowanie własne.

### Następstwa neurologiczne po zakażeniu SARS-CoV-2 i przebyciu NeuroCOVID-19

Około 40–88% pacjentów z ciężką postacią COVID-19 ma objawy neurologiczne (Mao i in. 2020), wraz z neurodegeneracją, neurozapaleniem i objawami demielinizacji (Zanin i in. 2020). Z nasileniem przebiegu choroby neurologicznej, np. stwardnienia rozsianego w następstwie COVID-19, jak zauważają Céline Louapre i in. (2020), korelują wiek, inna niepełnosprawność neurologiczna oraz otyłość jako niezależne czynniki ryzyka.

Chociaż wirusy mogą wnikać i infekować mózg, nie jest jasne, czy robi to wyłącznie wirus SARS-CoV-2, gdyż objawy neurologiczne mogą być wynikiem nadmiernej stymulacji układu odpornościowego (Pensato i in. 2020). Zakażenie SARS-CoV-2 może zaatakować OUN i wywołać zmiany demielinizacyjne kręgosłupa (Zanin i in. 2020). Nie możemy jednak zakładać, że wszystkie objawy neurologiczne są konsekwencją bezpośredniego zajęcia OUN i należy wziąć pod uwagę przede wszystkim nowe objawy neurologiczne o nagłym początku. Podkreśla się, że model zaangażowania dominującego narządu jest niezbędny do zapewnienia konkretnych i terminowych interwencji terapeutycznych (Troyer, Kohn, Hong 2020). Udary mózgu nie są rzadkością, a NeuroCOVID-19 może się w takiej formie objawiać (por. Narayanan i in. 2024). Zdarzenia naczyniowo-mózgowe

dominowały u pacjentów w wieku powyżej 50 lat. Zaburzenia stanu psychicznego, pomimo występowania w każdym wieku, były najczęściej zgłaszane u osób w wieku 70 lat i miały nieproporcjonalną reprezentację w stosunku do zdarzeń naczyniowo-mózgowych u osób młodych (Wilson, Betteridge, Fish 2020).

Dysfunkcja zwojów podstawy mózgu i powiązane zaburzenia jako następstwa zakażenia SARS-CoV-2 i przebycia COVID-19 oraz beta-koronawirus z rzędu Nidovirales, należący do rodziny Coronaviridae i podrodziny Coronavirinae (Park 2020), są związane z takimi ośrodkowymi i obwodowymi skutkami neurologicznymi jak bóle i zawroty głowy, a także odpowiednio ilościowe zaburzenia węchu (anosmia, hiposomia) i smaku (ageusia, hipogeusia) (Dickman 2001; Akinin i in. 2021), które mogą występować przy braku innych objawów klinicznych (Ellul i in. 2020). Mimo różnic w mechanizmie działania i objawach klinicznych występuje niezwykle podobieństwo w domenie neurologicznej między SARS-CoV-2 a innymi wirusami: m.in. wirusem hiszpańskiej grypy, który w 1918 r. wywołał pandemię nazywaną matką wszystkich pandemii (Taubenberger, Morens 2006), czy wirusem śpiączkowego zapalenia mózgu von Economo (łac. *encephalitis lethargica*)<sup>11</sup>, występującym epidemicznie w Europie od 1915 r., a później pandemicznie w latach 1917–1924 (wirus ten nawracał każdego roku między styczniem a marcem) (von Economo 1917; Dickman 2001; Steardo i in. 2020). Warto dodać, że w niektórych państwach europejskich monitoruje się schorzenia neurologiczne, głównie udar mózgu, jako potencjalne następstwa przebytej infekcji wirusowej (w tym wirusa grypy) (Zajac 2023).

Ana M. Franceschi wraz z zespołem (2020) podkreślają, że zwoje podstawy mózgu i inne struktury mózgowia mogą być dotknięte nie tylko procesami neurozapalnymi, ale także krwawieniem do

---

<sup>11</sup> Warto dodać, że przypadki *encephalitis lethargica* opisuje książka światowej sławy neurologa Olivera Sacksa z 1973 r. Chory odczuwał senność i zasypiał na 1–2 tygodnie. Następnie albo zdrowiał, choć mogły nadal występować u niego zaburzenia rytmu snu, inwersja snu (senność w dzień i bezsenność w nocy) lub bezsenność, albo zapadał w stan mutyzmu akinetycznego i umierał. Faza ostra mogła przechodzić w fazę przewlekłą, której towarzyszyły różne objawy neurologiczne, w tym parkinsonizm; mogła też ulec zatrzymaniu i nie postępować; faza przewlekła pojawiała się również bez poprzedzającej fazy ostrej (Dickman 2001).

mózgu, dlatego często możemy obserwować różnorodne dysfunkcje zwojów podstawy mózgu i powiązane z nimi zaburzenia (Dickman 2001). Adnan I. Quereshi i in. (2020) wykazali, że ostry udar niedokrwienny mózgu był rzadki u pacjentów po zakażeniu SARS-CoV-2 i występował w obecności innych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego. Ryzyko wypisu do miejsca docelowego innego niż dom lub zgonu wzrosło 2-krotnie wraz z wystąpieniem ostrego udaru niedokrwiennego u pacjentów z COVID-19.

Złożoność patologii COVID-19 wymaga odpowiednich badań przesiewowych pod kątem objawów neurologicznych i psychosensorycznych u osób z dodatnim wynikiem testu na obecność SARS-CoV-2, niezależnie od tego, czy mają objawy ze strony układu oddechowego, czy są bezobjawowe. 1/3 pacjentów z dodatnim wynikiem COVID-19 wykazuje łagodne następstwa, np. ilościowe zaburzenia węchu (anosmia, hiposmia), utratę smaku (ageusia, hipogeusia), utajone mruganie (heterophila), bóle głowy, zawroty głowy, dezorientację, które występują nawet u pacjentów bezobjawowych (Pallanti i in. 2020). Jednak COVID-19, zwłaszcza, gdy ma ciężki przebieg, ma również poważne następstwa, np. zaburzenia poznawcze, drgawki i napady epilepsji<sup>12</sup>, zaburzenia świadomości, splątanie, nadpobudliwość (Priftis i in. 2020), a także majaczenie, psychozę, TIA, udar mózgu, krwotok mózgowy, niedowład połowiczny, afazje, apraksje. Należą tu również dopiero niedawno odkryte i opisane powikłania, które mogą się wiązać z powstawaniem i pękaniem tętniaków mózgu (Petridis i in. 2017; Morga i in. 2023). Epidemiologię aSAH, który jest formą udaru krwotocznego, trudno ocenić, jednak, jak zauważają Enrico Giordan i in. (2020), dotyka on do 30 tys. osób rocznie w Stanach Zjednoczonych.

Globalną zapadalność powiększa możliwość powstawania zmiany morfologii tętniaka po zachorowaniu na COVID-19 (Fiani i in. 2021). Nie należy jednak zapominać, że częstość występowania aSAH jest związana z licznymi czynnikami ryzyka: niemodyfikowalnymi (wiek, płeć, pochodzenie etniczne, uwarunkowania

<sup>12</sup> Cytokiny prozapalne mogą powodować: przerwanie BBB, w wyniku czego wirus przedostaje się do mózgu, występowanie wzrostu poziomu glutamianu i asparagianu oraz obniżenie poziomu GABA, upośledzenie funkcji kanałów jonowych, a wreszcie wysoki poziom cytokin, który może wywołać epilepsję (Morga i in. 2023).

rodzinne, lokalizacja i wielkość tętniaka) oraz modyfikowalnymi (niekontrolowane nadciśnienie tętnicze, wskaźnik masy ciała BMI, palenie tytoniu i używanie narkotyków, hormonalna terapia zastępcza) (Zajac 2023), czy wreszcie z przebyciem ciężkiej choroby wirusowej, w tym NeuroCOVID-19 (Morga i in. 2023).

Zbieżne dane wskazują, że w chorobie NeuroCOVID-19 występują stany zapalne i hipercytokinemia (nadmierne wydzielanie cytokin), które mogą powodować degeneracyjne zmiany naczyńowe predysponujące do tworzenia tętniaków mózgu, zmiany ich wielkości lub morfologii, a w rezultacie do aSAH, którego śmiertelność wynosi 45–65%. Około 12% zgonów występuje natychmiast po aSAH (Petridis i in. 2017; Morga i in. 2023). Około 55% tych, którzy przeżyją, odzyskuje zdolność do samodzielnego funkcjonowania, podczas gdy 20% osób wymaga pomocy innych w wykonywaniu czynności życia codziennego (International Study of Unruptured Intracranial Aneurysms Investigators 2003; Zacharia i in. 2010; Etminan i in. 2019; Taquet i in. 2021). Nowsze badania przeprowadzone na dużej liczbie osób, które przeżyły aSAH, wykazują, że mogą u nich występować długotrwałe deficyty neurologiczne i neuropsychiatryczne (Roquer i in. 2020; Morga i in. 2020), zwłaszcza jeżeli główną przyczyną aSAH był NeuroCOVID-19 (Morga i in. 2023).

#### Następstwa neuropsychologiczne po zakażeniu SARS-CoV-2 i przebyciu NeuroCOVID-19

U osób w trakcie rekonwalescencji po zakażeniu SARS-CoV-2 oraz przebyciu NeuroCOVID-19 obserwuje się, oprócz dobrze znanych trudności ze zmęczeniem i pogorszeniem kondycji, problemy poznawcze, emocjonalne i behawioralne, które wymagają skierowania do neuropsychologa i/lub usług neuropsychiatrycznych (Wilson, Betteridge, Fish 2020; Pąchalska 2022). Do najlepiej poznanych należą zaburzenia uwagi, pamięci roboczej i funkcji wykonawczych (por. Pąchalska 2022). Stwierdza się tu również zaburzenia orientacji wzrokowo-przestrzennej, afazję, apraksję i agrafię oraz utratę pamięci długotrwałej. Opisano również rzadsze następstwa NeuroCOVID, np. pocowidową prozopagnozję (por. Pąchalska, Góral-Półroła, Chojnowska-Ćwiąkała 2021).

W przeszłości dwa podobne ludzkie koronawirusy, SARS-CoV-1 i zespół oddechowy na Bliskim Wschodzie (MERS-CoV), spowodowały w 2003 i 2012 r. epidemie ciężkiego ostrego zespołu oddechowego. Podczas tych dwóch pandemii powikłania neuropsychiatryczne obejmowały narkolepsję, drgawki, zapalenie mózgu, encefalopatię, zespół Guillaina-Barrègo (GBS) oraz zaburzenia nerwowo-mięśniowe i psychiatryczne. Te następstwa neuropsychiatryczne były ściśle związane z zachorowalnością i ryzykiem śmiertelności. Dane wskazują, że SARS-CoV-2 wykazuje analogiczne właściwości neurotropowe<sup>13</sup>, a jego zakażenie może powodować ostre i długotrwałe konsekwencje neuropsychiatryczne (Huang i in. 2021).

Lucia Crivelli i in. (2022) przeprowadzili metaanalizę zaburzeń procesów poznawczych na skutek choroby COVID-19 u dorosłych bez wcześniejszej historii zaburzeń poznawczych. Wyszukiwania w bazach danych informacyjnych Medline, Web of Science i Embase przeprowadzono od 1 stycznia 2020 r. do 13 grudnia 2021 r. zgodnie z wytycznymi Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). Porównano całkowity wynik Montrealskiego Testu Oceny Funkcji Poznawczych (Montreal Cognitive Assessment, MoCA) z ozdowieńcami po NeuroCOVID-19 oraz z osobami zdrowymi. Spośród 6202 artykułów uwzględniono 27 badań z udziałem 2049 osób (średni wiek = 56,05 lat, czas oceny wahał się od fazy ostrej do 7 miesięcy po zakażeniu). Wyniki pozwoliły stwierdzić, że u ozdowieńców po NeuroCOVID-19 występują zaburzenia funkcji wykonawczych, uwagi oraz pamięci roboczej. Metaanaliza, która została przeprowadzona z podgrupą 290 osób, wykazała różnicę w wyniku MoCA między pacjentami po NeuroCOVID-19 a grupą kontrolną (średnia różnica = -0,94, przedział ufności = 95% [CI] -1,59, -0,29; P = 0,0049). Okazało się, że rekonwalescenci z COVID-19 mają niższe ogólne zdolności poznawcze w porównaniu ze zdrowymi osobami z grupy kontrolnej w ocenianym przedziale do 7 miesięcy po zakażeniu.

W 2020 r. londyńscy neuropsycholodzy rozpoczęli przesiewowe badania procesów poznawczych, emocjonalnych i zachowania

---

<sup>13</sup> Neurotropowe koronawirusy RNA mogą zakłócać BBB, atakować OUN i wpływać na interakcje neuroimmunologiczne przez makrofagi, mikroglej lub astrocyty.

u wszystkich ozdowieńców po COVID-19 i NeuroCOVID-19, skierowanych na oddział neuropsychologii klinicznej i psychologii zdrowia klinicznego w szpitalu St. George's w Londynie, na podstawie odpowiednio przygotowanych protokołów badań i znanych baterii testów neuropsychologicznych (Wilson, Betteridge, Fish 2020). Po czterech latach stwierdzili oni występowanie u wielu z tych chorych różnorodnych trudności poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych. Wiązały się one ze specyfiką biologicznych następstw zakażenia SARS-CoV-2, w tym z pocovidowymi udarami mózgu. (por. Narayanan i in. 2024).

Nie jest niczym niezwykłym, że poważne choroby zakaźne, do których zaliczamy COVID-19 i NeuroCOVID-19, powodują takie skutki, ale skala pandemii oznacza, że tysiące, a nawet dziesiątki tysięcy ludzi mogą już mieć te objawy, a niektórzy z nich mogą w rezultacie mieć problemy na całe życie (Pensato i in. 2020). „Systematyczny przegląd i metaanaliza 81 badań oceniających pacjentów 12 tygodni lub dłużej po klinicznej diagnozie COVID-19 wykazały, że najczęstszymi objawami długiego COVID były zmęczenie i zaburzenia poznawcze, co wiązało się ze znacznym upośledzeniem funkcji. Znaczenie tej kwestii polega na wysokiej częstości występowania objawów neurologicznych i neuropsychologicznych w długiej fazie COVID, co pociąga za sobą znaczną zachorowalność w tej populacji. Ponadto taki stan wiąże się z wysokimi kosztami opieki zdrowotnej, przy czym niektóre szacunki oscylują wokół 3,7 biliona dolarów” (Tavares-Júnior i in. 2024, s. 2 [tłum. – M.P.]).

### Następstwa psychiatryczne po zakażeniu SARS-CoV-2 i przebyciu NeuroCOVID-19

Zakażenie SARS-CoV-2 może mieć następstwa psychiatryczne, gdyż prowadzi do wystąpienia objawów psychicznych wpływających na domeny poznawcze, afektywne, behawioralne i percepcyjne. Przyczyniają się do tego występujące u pacjentów zaburzenia: mózgowo-naczyniowe, ilościowe (np. śpiączka) i jakościowe (np. majaczenie, splątanie, zespół zachodzącego słońca), świadomości oraz zaburzenia nerwowo-mięśniowe, które częściej występują u pacjentów w podeszłym wieku i u osób z wieloma chorobami współistniejącymi lub z ciężką infekcją (Chen i in. 2020 ). Taquet

i in. (2021) stwierdzają, że u pacjentów z NeuroCOVID-19 często są zgłaszane objawy psychiczne, w tym zaburzenia lękowe i zaburzenia nastroju, zespół stresu pourazowego (PTSD), depresja. Wilson, Betteridge, Fish (2020) zaobserwowali, że zgłaszane są również nietypowe objawy, które obejmują, oprócz zaburzeń świadomości, również inne zaburzenia neuropozmawcze, które dodatkowo utrudniają i opóźniają diagnozę i leczenie oraz mają krótko- i długoterminowy wpływ na zdrowie pacjentów (Ritchie, Chan, Watermeyer 2020).

Jednym z najbardziej znanych zaburzeń, jakie mogą pojawić się po przebyciu NeuroCOVID-19, jest tzw. mgła mózgowa, która oznacza zmętnienie świadomości (*clouding of consciousness*), a nawet lżejszą postać delirium – zaburzenia świadomości charakteryzujące się poczuciem dezorientacji w przestrzeni i czasie, upośledzeniem funkcji intelektualnych czy trudnościami w utrzymaniu uwagi i pamięci roboczej (por. Pąchalska, Kaczmarek, Kropotov 2021). Uważa się, że mgła mózgowa jest wynikiem zaburzenia regulacji neuroprzekaźników, czyli substancji odpowiedzialnych za przenoszenie sygnału między neuronami w układzie nerwowym, zwłaszcza serotoniny, dopaminy, kwasu gamma-aminomasłowego (*gamma-aminobutyric acid*, GABA) i acetylocholino.

Le Shi i in. (2021) podkreślają negatywny wpływ na zdrowie psychiczne ozdrowieńców takich zaburzeń psychicznych jak depresja, lęk, PTSD oraz często zgłaszane zaburzenia snu, który może być przerywany i nieefektywny: może również wystąpić inwersja snu (senność w dzień i bezsenność w nocy) oraz bezsenność. Zaburzenia te były często zgłaszane nie tylko przez pacjentów po zakażeniu SARS-CoV-2 oraz przebyciu COVID-19 czy NeuroCOVID-19, ale także przez pracowników służby zdrowia, jak również występowały w populacji ogólnej (Pappa i in. 2020; Salari i in. 2020; Quei in. 2020; Yuani in. 2021). Słaby sen wiąże się z pogorszeniem wyników klinicznych u hospitalizowanych pacjentów z COVID-19, a w tej subpopulacji konieczna jest długoterminowa trwała poprawa jakości snu (Zhou i in. 2021; Zhang i in. 2020). Występowanie i nasilenie tych objawów psychiatrycznych, deficytów uwagi i objawów nadpobudliwości zwiększało ryzyko problematycznego korzystania z Internetu podczas pandemii COVID-19 (Zhao i in. 2021).

Co więcej, w serii przypadków odnotowano, że krytycznie chorzy pacjenci z COVID-19 z wieloma ostrymi obustronnymi zmianami niedokrwienymi mózgu wykazywali zmiany stanu psychicznego, ale bez deficytów neurologicznych (Díaz-Pérez i in. 2020).

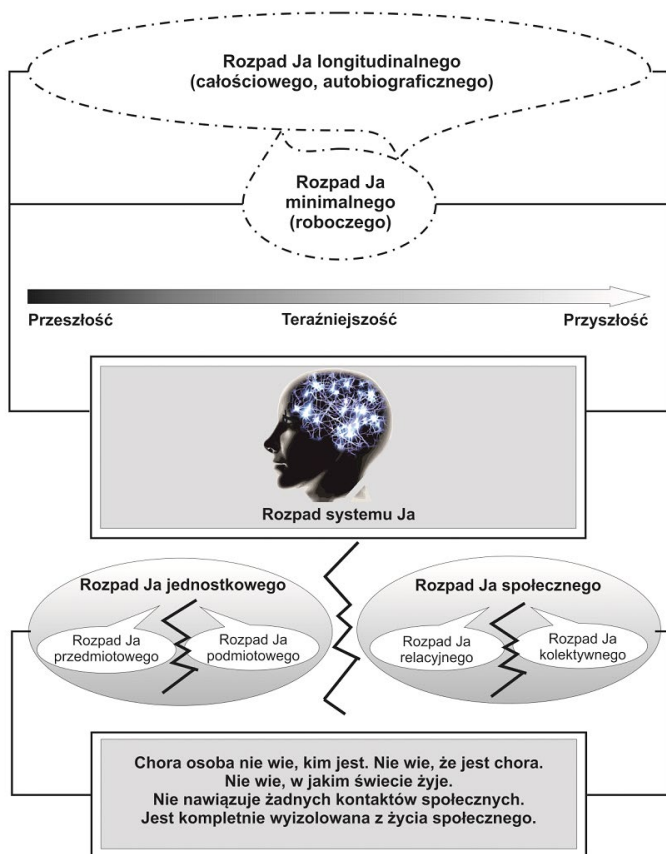
Badanie kohortowe wykazało, że historia zaburzeń ze spektrum schizofrenii była istotnie związana ze zwiększonym ryzykiem śmiertelności wśród pacjentów z COVID-19 (Nemani i in. 2021). Trudno jest jednak rozróżnić, czy ta wysoka częstość występowania jest spowodowana bezpośrednim zakażeniem SARS-CoV-2, czy też niekorzystnymi psychologicznymi skutkami innych czynników społecznych i środowiskowych, takich jak dystans społeczny i kwarantanna, samoizolacja, zmiany w zachowaniach związanych ze snem i stylem życia, strach przed śmiercią i obciążenie ekonomiczne (Wang i in. 2021).

Grupa ekspertów zwołana przez brytyjską Akademię Nauk Medycznych i organizację charytatywną zajmującą się badaniami nad zdrowiem psychicznym opowiada się za monitorowaniem i oceną funkcji mózgu oraz kwestiami zdrowia psychicznego, takimi jak lęk, depresja, bezsenność, samookaleczenia i samobójstwa u pacjentów z COVID-19 i powiązanych wrażliwych populacji (Holmes i in. 2020).

### **NeuroCOVID-19: zaburzenia systemu Ja**

U osób, które zakażyły się SARS-CoV-2 i przeżyły NeuroCOVID-19 może dojść, w następstwie uszkodzenia mózgu, do destabilizacji lub rozpadu systemu Ja. Najbardziej dewastacyjne dla systemu Ja są zaburzenia świadomości i samoświadomości (Prigatano 2009, 2012) jakie pojawiają się po śpiączce (por. Pąchalska, Góral-Półroła, Chojnowska-Ćwiąkała 2021). Konieczne jest zatem przyjrzenie się pacjentom wybudzonym z pocovidowej śpiączki i przebywającym w zmiennych stanach świadomości moderujących system własnego Ja, do których należą: (1) stan minimalnej świadomości, (2) brak samoświadomości i anosognozja, (3) stan tzw. mgły mózgowej i (4) głęboka amnezja. U takich chorych doszło bowiem do rozpadu systemu Ja (rycina 2). Chory nie wie, kim jest, nie wie, że jest chory, gdzie się znajduje i z kim rozmawia, gdyż te informacje znikają mu

z pamięci niemal natychmiast po ich pojawieniu się. Nie nawiązuje też żadnych kontaktów społecznych. Jest wyizolowany z życia społecznego, nawet wśród kochającej rodziny.



Rycina 2. Rozpad systemu własnego Ja u chorych wybudzanych z pocovidowej śpiączki i przebywających w zmiennych stanach świadomości moderujących system własnego Ja

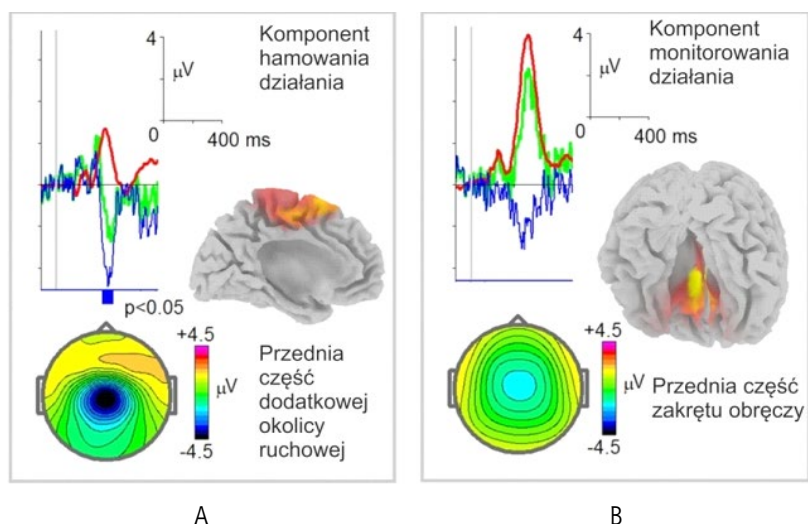
Źródło: opracowanie własne.

Szczególnie trudna jest sytuacja pacjentów, którzy wybudzają się z pocovidowej śpiączki oraz tych przebywających w zmiennych stanach świadomości (Pąchalska 2022). Jeżeli uszkodzenie mózgu w następstwie przebycia SARS-CoV-2 i NeuroCOVID-19 było duże i pacjent musi walczyć o powrót funkcji ruchowych i poznawczych,

jego sytuacja jest niezwykle złożona, zaś rodzina przeżywa dramat. Każdy dzień jest walką o przetrwanie, o każdą najmniejszą czynność, każdy ruch, każde zgięcie kolana, wyciągnięcie dłoni. Radość pojawia się, gdy pacjent sam się napije wody z kubka, gdy zacznie siedzieć i sam utrzyma głowę, wyda pierwszy dźwięk lub wypowie pierwszą sylabę. I euforia, gdy spojrzy na nas i się uśmiechnie, wypowie pierwsze słowo jak przed laty, kiedy uczył się mówić. Minie jednak wiele czasu, nierzadko całe lata, zanim zacznie sam chodzić, mówić i wykonywać podstawowe czynności życia codziennego.

Tak walczyła o swoje zdrowie opisana w innym artykule artystka, która przebywała w długotrwałej, 13-tygodniowej pocovidowej śpiączce (por. Pąchalska 2022). Jej walka i wielospecjalistyczna rehabilitacja, w tym wykorzystanie nowoczesnych metod neurodiagnozy i neurorehabilitacji, sprawiły, że po półtora roku od zakażenia SARS-CoV-2 i przebycia ciężkiego NeuroCOVID-u odzyskała zdrowie.

W tym miejscu przedstawiona zostanie ilustracja stosowania nowych neurotechnologii w diagnozie (do oceny dysfunkcji mózgu) oraz terapii (do konstruowania protokołu neuromodulacji) tej pacjentki na etapie leczenia PTSD (por. Pąchalska 2022; Pąchalska, Nowaczyk 2021; Pąchalska, Góral-Półrola, Chojnowska-Ćwiąkała 2021). Dysfunkcję przedmotorycznej kory ruchowej w następstwie zakażenia SARS-CoV-2 oraz przebycia NeuroCOVID-19 ilustruje rycina 3. Ukazuje ona dwa niezależne składniki potencjałów związanych ze zdarzeniem (ERPs) w zadaniu GO/NOGO. Parametry behawioralne kontroli poznawczej, takie jak błędy pominięcia (*ommission error*), były w normie, jednak pomiary ERPs wyraźnie wskazywały na hipoaktywację kory przedruchowej, która zgodnie z tym, co wiemy z poprzednich badań (por. Kropotov 2009, 2016), stanowi cechę dysfunkcji układu mózgowego odpowiedzialną za hamowanie działania/zmianę trybu przygotowanego działania w sytuacjach, gdy to działanie nie jest potrzebne lub musi być zastąpione innym działaniem (Pąchalska, Góral-Półrola, Chojnowska-Ćwiąkała 2021).



Rycina 3. Dysfunkcja przedmotorycznej kory ruchowej u pacjentki z rozpoznaniem PTSD w następstwie zakażenia SARS-CoV-2 oraz przebycia NeuroCOVID-19. Dwa niezależne składniki potencjałów związanych ze zdarzeniem (ERPs) w zadaniu GO/NOGO.

A) komponent hamowania działania; u dołu topografia komponentu w tomografii sLORETA; B) komponent monitorowania działania; u dołu – topografia komponentu w tomografii sLORETA;

Legenda: kolor zielony – badana pacjentka; kolor czerwony – średnia ERPs normy (N = 100 zdrowych osób w odpowiednim do pacjentki wieku); kolor niebieski – różnica między wynikami uzyskanymi przez pacjentkę w porównaniu z normą

Źródło: własny materiał kliniczny autorki.

Znając dysfunkcję przedmotorycznej kory ruchowej u pacjentki, mogliśmy zastosować techniki neuromodulacji umożliwiające aktywację tego obszaru korowego przez neurofeedback EEG czy wykorzystanie przezczaszkowej stymulacji prądem elektrycznym (*transcranial direct current stimulation*, tDCS) lub przezczaszkowej stymulacji magnetycznej (*transcranial magnetic stimulation*, TMS). Pacjentka otrzymała trening neuromodulacji oparty o ten neuromarker (neurofeedback EEG) i w następstwie nauczyła się na nowo malować. Pokonała czterokończynowy niedowład, mgłą mózgową, a nawet PTSD. Przewyciężyła trudności w malowaniu, nie potrafiła bowiem początkowo namalować nawet prostej kreski (por. Pąchalska 2022), i znów powróciła do swojej wielkiej pasji (rycina 4), uzyskując uznanie u koneserów. Jednak najważniejszy jest fakt, że jej

system Ja uległ ponownej integracji, co pozwoliło na osiągnięcie tak spektakularnego sukcesu.



Rycina 4. Namalowana w procesie neuroterapii przez artystkę kopia plakatu z dziełem Gustava Klimta *Pocałunek*

Źródło: własny materiał kliniczny autorki.

Wielospecjalistyczna diagnoza i terapia pacjentów po zakażeniu SARS-CoV-2 i przebyciu COVID-19 czy NeuroCOVID-19 są wielkimi wyzwaniem dla współczesnego systemu opieki zdrowotnej (por. Pąchalska, Bednarek, Kaczmarek 2023). Choroba COVID-19 to nie tylko ostra infekcja, lecz złożona jednostka chorobowa z licznymi powikłaniami i długotrwałymi następstwami, szczególnie obejmującymi układ płucny, ale także inne układy, w tym nerwowy, co podkreśla fakt, że leczenie – po zakończeniu ostrej fazy tej choroby – trwa często bardzo długo. Stosunkowo niedawno wprowadzono operacje neurochirurgiczne pacjentów, którzy mają powikłania po COVID-19, np. pocovidowych udarów mózgu czy pocovidowych naczynek (Morga i in. 2023).

Powyższe przykłady uświadamiają nam, że oferowane wsparcie psychologiczne i psychoterapia mogą być niewystarczające, zwłaszcza

dla pacjentów, którzy przeżyli NeuroCOVID-19. Mogą oni bowiem potrzebować starannie dobranych technik terapii, aby przeciwdziałać bezpośrednim i pośrednim skutkom uszkodzenia OUN spowodowanym przez tego wirusa, w tym stresowi i stanom zapalnym. Potrzebna jest zatem ciągłość oddziaływań między podstawową opieką zdrowotną, medycyną ratunkową, leczeniem szpitalnym i leczeniem specjalistycznym (neurologicznym, neuropsychologicznym i neuropsychiatrycznym) przy użyciu oceny klinicznej na określonych fazach i etapach choroby oraz procesu zdrowienia (Morga i in. 2023). Dlatego też powinny być oferowane, w miarę potrzeb pacjentów, różnorodne interwencje psychospołeczne oraz specjalistyczna neurorehabilitacji: fizjoterapia, trening poznawczy, terapia mowy i języka, jako część terapii multimodalnej w synergii z innymi aspektami rehabilitacji pulmonologicznej; może to bowiem pomóc w ich powrocie do zdrowia po wystąpieniu choroby COVID-19 i NeuroCOVID-19 (Morga i in. 2023).

## Podsumowanie

Wieloośrodkowe badania prowadzone od początku wybuchu pandemii COVID-19 dostarczają wiedzy na temat wielowymiarowej (mnogiej i złożonej) symptomatologii występującej u ozdowieńców. Wiemy, że COVID-19 może mieć wpływ na wiele układów organizmu, w tym układy: oddechowy, kostno-stawowy, krążenia i pokarmowy. Udokumentowano również uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego u pacjentów, którzy przebyli NeuroCOVID-19, opisując różnorodne objawy tego uszkodzenia wymagające konsultacji neurologów, neuropsychiatrów oraz psychologów i neuropsychologów (Wilson, Betteridge, Fish 2020; Narayanan i in. 2024). Nowsze prace wskazują na konieczność wprowadzenia jeszcze szerszego interdyscyplinarnego podejścia, w tym np. konsultowania tych pacjentów przez lekarzy radiologów interwencyjnych, neurochirurgów i neurologopedów (por. Morga i in. 2023).

Podział wielowymiarowych następstw NeuroCOVID-19 na neurologiczne, neuropsychologiczne i psychiatryczne oraz właściwe monitorowanie pacjentów pod kątem czynników psychospołecznych, ale także procesu zapalnego i bezpośredniego wpływu

SARS-CoV-2 na OUN i układ odpornościowy może poprawić wyniki leczenia i neurorehabilitacji. Rozmiar światowej tragedii powiązanej z pandemią przyczynił się do opracowania psychologicznej teorii zarządzania pandemią (*pandemic management theory*, PMT) opartej na biocentrycznym podejściu do zarządzania zdrowiem (Stueck 2021). Jednak jak podkreślają Pallantii in. (2020), neurobehawioralne następstwa SARS-CoV-2 mogą nie zostać wykryte przez powszechną ocenę psychologiczną. Konieczne są zatem dalsze szczegółowe badania w celu zidentyfikowania biomarkerów i czynników ryzyka dla osób, u których może dojść do progresji, umożliwiając w ten sposób szybką interwencję i leczenie w celu zminimalizowania długoterminowych niekorzystnych następstw (por. Esendağlı i in. 2021).

Nadal istnieje wiele niewiadomych dotyczących patofizjologii oraz następstw COVID-19 i NeuroCOVID-19, co utrudnia obecnie diagnozę i terapię tych pacjentów, jednak wyspecjalizowane szpitale lub ośrodki mogą pomóc w optymalizacji ich leczenia i rehabilitacji. Aby jednak podnieść jakość życia pacjentów, którzy mają wielowymiarowe następstwa przebycia COVID-19 i NeuroCOVID-19, konieczne jest wykorzystanie nowoczesnych form diagnozy i terapii.

## Bibliografia

- Aknin L.B., De Neve J.E., Dunn E.W., Fancourt D.E., Goldberg E., Helliwell J.F., Jones S.P., Karam E., Lavard R., Lyubomirsky S., Rzepa A., Saxena S., Thornton E.M., Vander Weele T.J., Whillans A.V., Zaki J., Caman O.K., Amor Y.B. (2021), *The neurological consequences of contracting COVID-19*, „Acta Neuropsychologica”, vol. 19, no. 3, s. 301–305, <https://doi.org/10.5604/01.3001.0014.9953>.
- Almeria M., Cejudo J.C., Sotoca J., Deus J., Krupinski J. (2020), *Cognitive profile following COVID-19 infection: Clinical predictors leading to neuropsychological impairment*, „Brain, Behavior, & Immunity – Health”, vol. 9, 100163, <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100163>.
- Al-Ramadan A., Rabab'h O., Shah J., Gharaibeh A. (2021), *Acute and Post-Acute Neurological Complications of COVID-19*, „Neurology International”, vol. 13, issue 1, s. 102–119, <https://doi.org/10.3390/neurolint13010010>.

- Bidzan M., Bidzan-Bluma I., Szulman-Wardal A., Stueck M., Bidzan M. (2020), *Does self-efficacy and emotional control protect hospital staff from COVID-19 anxiety and PTSD symptoms? Psychological functioning of hospital staff after the announcement of COVID-19 coronavirus pandemic*, „Frontiers in Psychology”, vol. 11, 552583, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.552583>.
- Bidzan-Bluma I., Bidzan M., Jurek P., Bidzan L., Knietzsch J., Stueck M., Bidzan M. (2020), *A Polish and German population study of quality of life, well-being, and life satisfaction in older adults during the COVID-19 pandemic*, „Frontiers in Psychiatry”, vol. 11, 585813, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.585813>.
- Bitencourt L., Pedrosa A.L., de Brito S.B.C.S., Fróes A.C.F., de Carvalho S.T., Fonseca G.G., Ferreira G.C., Fradico P.F., Simões e Silva A.C. (2021), *COVID-19 and Renal Diseases: An Update*, „Current Drug Targets”, vol. 22, issue 1, s. 52–67, <https://doi.org/10.2174/1389450121999201013151300>.
- Cascella M., Del Gaudio A., Vittori A., Bimonte S., Del Prete P., Forte C.A., Cuomo A., De Blasio E. (2021), *COVID-Pain: Acute and Late-Onset Painful Clinical Manifestations in COVID-19 – Molecular Mechanisms and Research Perspectives*, „Journal of Pain Research”, vol. 14, s. 2403–2412, <https://doi.org/10.2147/JPR.S313978>.
- Chatterjee N.A., Cheng R.K. (2020), *Cardiovascular disease and COVID-19: implications for prevention, surveillance and treatment*, „Heart”, vol. 106, issue 15, s. 1119–1121.
- Chen T., Dai Z., Mo P., Li X., Ma Z., Song S., Chen X., Luo M., Liang K., Gao S., Zhang Y., Deng L., Xiong Y. (2020), *Clinical characteristics and outcomes of older patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Wuhan, China: a single-centered, retrospective study*, „Journals of Gerontology: Series A”, vol. 75, issue 9, s. 1788–1795.
- Cheng H., Wang Y., Wang G.-Q. (2020), *Organ-protective effect of angiotensin-converting enzyme 2 and its effect on the prognosis of COVID-19*, „Journal of Medical Virology”, vol. 92, issue 7, s. 726–730, <https://doi.org/10.1002/jmv.25785>.
- Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses (2020), *The species severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2*, „Nature Microbiology”, vol. 5, s. 536–544.
- Crivelli L., Palmer K., Calandri I., Guekht A., Beghi E., Carroll W., Frontera J., García-Azorín D., Westenberg E., Winkler A.S., Mangialasche F., Allegri R.F., Kivipelto M. (2022), *Changes in cognitive*

- functioning after COVID-19: A systematic review and meta-analysis*, „Alzheimer's Dementia”, vol. 18, issue 5, s. 1047–1066, <https://doi.org/10.1002/alz.12644>.
- Cryan J.F., Dinan T.G. (2012), *Mind-altering microorganisms: the impact of the gut microbiota on brain and behaviour*, „Nature Reviews Neuroscience”, vol. 13, issue 10, s. 701–712, <https://doi.org/10.1038/nrn3346>.
- De Micheli A.J., Spector J.A., Elemento O., Cosgrove B.D. (2020), *A reference single-cell transcriptomic atlas of human skeletal muscle tissue reveals bifurcated muscle stem cell populations*, „Skeletal Muscle”, vol. 10, 19, <https://doi.org/10.1186/s13395-020-00236-3>.
- Díaz-Pérez C., Ramos C., López-Cruz A., Muñoz Olmedo J., Lázaro González J., De Vega-Ríos E., González-Ávila C., Hervás C., Trillo S., Vivancos J. (2020), *Acutely altered mental status as the main clinical presentation of multiple strokes in critically ill patients with COVID-19*, „Neurological Sciences”, vol. 41, s. 2681–2684.
- Dickman M.S. (2001), *Von Economo encephalitis*, „Archives of Neurology”, vol. 58, issue 10, s. 1696–1698, <https://doi.org/10.1001/archneur.58.10.1696>.
- Disser N.P., De Micheli A.J., Schonk M.M., Konnaris M.A., Piacentini A.N., Edon D.L., Toresdahl B.G., Rodeo S.A., Casey E.K., Mendias C.L. (2020), *Musculoskeletal Consequences of COVID-19*, „The Journal of Bone & Joint Surgery”, vol. 102, issue 14, s. 1197–1204.
- Ellul M., Varatharaj A., Nicholson T.R., Pollak T.A., Thomas N., Easton A., Zandi M.S., Manji H., Solomon T., Carson A., Turner M.R., Kneen R., Galea I., Pett S., Thomas R.H., Michael B.D.; CoroNerve Steering Committee (2020), *Defining causality in COVID-19 and neurological disorders*, „Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry”, vol. 91, issue 8, s. 811–812, <https://doi.org/10.1136/jnnp-2020-323667>.
- Esendağlı D., Yilmaz A., Akçay M.Ş., Özlü T. (2021), *Post-COVID syndrome: pulmonary complications*, „Turkish Journal of Medical Science”, vol. 51, no. 7(SI-1), s. 3359–3371, <https://doi.org/10.3906/sag-2106-238>.
- Etminan N., Chang H.-S., Hackenberg K., de Rooij N.K., Vergouwen M.D.I., Rinkel G.J.E., Algra A. (2019), *Worldwide Incidence of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage According to Region, Time Period, Blood Pressure, and Smoking Prevalence in the Population. A Systematic Review and Meta-analysis*, „JAMA Neurology”, vol. 76, issue 5, s. 588–597, <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2019.0006>.

- Fiani B., Fowler J.B., Figueras R.A., Hessamian K., Mercado N., Vukcević O., Singh M.K. (2021), *Ruptured cerebral aneurysms in COVID-19 patients: A review of literature with case examples*, „Surgical Neurology International”, vol. 12, 187.
- Figliozzi S., Masci P.G., Ahmadi N., Tondi L., Koutli E., Aimo A., Stamatelopoulos K., Dimopoulos M.-A., Caforio A.L.P., Georgiopoulos G. (2020), *Predictors of adverse prognosis in COVID-19: A systematic review and meta-analysis*, „European Journal of Clinical Investigation”, vol. 50, issue 10, e13362.
- Finelli L., Gupta V., Petigara T., Yu K., Bauer K.A., Puzniak L.A. (2021), *Mortality among US patients hospitalized with SARS-CoV-2 infection in 2020*, „JAMA Network Open”, vol. 4, issue 4, e216556.
- Fisher M., Neugarten J., Bellin E., Yunes M., Stahl L., Johns T.S., Abramowitz M.K., Levy R., Kumar N., Mokrzycki M.H., Coco M., Dominguez M., Prudhvi K., Golestaneh L. (2020), *AKI in Hospitalized Patients with and without COVID-19: A Comparison Study*, „Journal of the American Society of Nephrology”, vol. 31, issue 9, s. 2145–2157.
- Forcina L., Miano C., Scicchitano B.M., Rizzuto E., Berardinelli M.G., De Benedetti F., Pelosi L., Musarò A. (2019), *Increased Circulating Levels of Interleukin-6 Affect the Redox Balance in Skeletal Muscle*, „Oxidative Medicine and Cellular Longevity”, vol. 2019, 3018584, <https://doi.org/10.1155/2019/3018584>.
- Fox S.E., Lameira F.S., Rinker E.B., Vander Heide R.S. (2020), *Cardiac Endotheliitis and Multisystem Inflammatory Syndrome After COVID-19*, „Annals of Internal Medicine”, vol. 173, no. 12, s. 1025–1027.
- Franceschi A.M., Ahmed O., Giliberto L., Castillo M. (2020), *Hemorrhagic Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome as a Manifestation of COVID-19 Infection*, „American Journal of Neuroradiology”, vol. 41, issue 7, s. 1173–1176, <https://doi.org/10.3174/ajnr.A6595>.
- Freedberg D.E., Chang L. (2022), *Gastrointestinal symptoms in COVID-19: the long and the short of it*, „Current Opinion in Gastroenterology”, vol. 38, issue 6, s. 555–561, <https://doi.org/10.1097/MOG.0000000000000876>.
- García-Azorín D., Martínez-Pías E., Trigo J., Hernández-Pérez I., Valle-Peñacoba G., Talavera B., Simón-Campo P., de Lera M., Chavarría-Miranda A., López-Sanz C., Gutiérrez-Sánchez M., Martínez-Velasco E., Pedraza M., Sierra Á., Gómez-Vicente B., Guerrero Á., Ezpeleta D., Peñarrubia M.J., Gómez-Herrerías J.I., Bustamante-Munguira E., Abad-Molina C., Orduña-Domingo A., Ruiz-Martin G.,

- Jiménez-Cuenca M.I., Juarros S., del Pozo-Vegas C., Dueñas-Gutiérrez C., de Paula J.M.P., Cantón-Álvarez B., Vicente J.M., Arenillas J.F. (2020), *Neurological comorbidity is a predictor of death in COVID-19 disease: a cohort study on 576 patients*, „Frontiers in Neurology”, vol. 11, 781.
- Giordan E., Graffeo C.S., Rabinstein A.A., Brown R.D., Rocca W.A., Chamberlain A.M., Lanzino G. (2020), *Aneurysmal subarachnoid hemorrhage: long-term trends in incidence and survival in Olmsted County, Minnesota*, „Journal of Neurosurgery”, vol. 134, issue 3, s. 878–883, <https://doi.org/10.3171/2019.12.JNS192468>.
- Giustino G., Croft L.B., Oates C.P., Rahman K., Lerakis S., Reddy V.Y., Goldman M. (2020), *Takotsubo Cardiomyopathy in COVID-19*, „Journal of the American College of Cardiology”, vol. 76, no. 5, s. 628–629.
- Glynn J.R. (2020), *Protecting workers aged 60–69 years from COVID-19*, „The Lancet Infectious Diseases”, vol. 20, issue 10, 1123.
- Goha A., Mezue K., Edwards P., Nunura F., Baugh D., Madu E. (2020), *COVID-19 and the heart: An update for clinicians*, „Clinical Cardiology”, vol. 43, issue 11, s. 1216–1222, <https://doi.org/10.1002/clc.23406>.
- Gumusoglu S.B., Stevens H.E. (2019), *Maternal inflammation and neurodevelopmental programming: a review of preclinical outcomes and implications for translational psychiatry*, „Biological Psychiatry”, vol. 85, issue 2, s. 107–121, <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.08.008>.
- Hadjadj J., Yatim N., Barnabei L., Corneau A., Boussier J., Smith N., Péré H., Charbit B., Bondet V., Chenevier-Gobeaux C., Breillat P., Carlier N., Gauzit R., Morbieu C., Pène F., Marin N., Roche N., Szwebel T.-A., Merklings S.H., Treluyer J.-M., Veyer D., Mouton L., Blanc C., Tharaux P.-L., Rozenberg F., Fischer A., Duffy D., Rieux-Laucat F., Kernéis S., Terrier B. (2020), *Impaired type I interferon activity and inflammatory responses in severe COVID-19 patients*, „Science”, vol. 369, issue 6504, s. 718–724, <https://doi.org/10.1126/science.abc6027>.
- Holmes E.A., O'Connor R.C., Perry V.H., Tracey I., Wessely S., Arseneault L., Ballard C., Christensen H., Cohen Silver R., Everall I., Ford T., John A., Kabir T., King K., Madan I., Michie S., Przybylski A.K., Shafiq R., Sweeney A., Worthman C.M., Yardley L., Cowan K., Cope C., Hotopf M., Bullmore E. (2020), *Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science*, „The Lancet Psychiatry”, vol. 7, issue 6, s. 547–560.

- Huang C., Huang L., Wang Y., Li X., Ren L., Gu X., Kang L., Guo L., Liu M., Zhou X., Luo J., Huang Z., Tu S., Zhao Y., Chen L., Xu D., Li Y., Li C., Peng L., Li Y., Xie W., Cui D., Shang L., Fan G., Xu J., Wang G., Wang Y., Zhong J., Wang C., Wang J., Zhang D., Cao B. (2021), *6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: A cohort study*, „Lancet”, vol. 397, issue 10270, s. 220–232, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32656-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32656-8) [Retracted].
- Huette P., Beyls C., Guilbart M., Haye G., Najid F.-Z., Mestan B., Rogger P.-A., Dupont H., Abou-Arab O., Mahjoub Y. (2020), *Acute Cor Pulmonale in COVID-19-Related ARDS: Improvement With Almitrine Infusion*, „JACC: Case Report”, vol. 2, no. 9, s. 1311–1314.
- International Study of Unruptured Intracranial Aneurysms Investigators (2003), *Unruptured intracranial aneurysms: Natural history, clinical outcome, and risks of surgical and endovascular treatment*, „Lancet”, vol. 362, issue 9378, s. 103–110.
- Khandaker G.M., Pearson R.M., Zammit S., Lewis G., Jones P.B. (2014), *Association of serum interleukin 6 and C-reactive protein in childhood with depression and psychosis in young adult life: a population-based longitudinal study*, „JAMA Psychiatry”, vol. 71, issue 10, s. 1121–1128.
- Klok F.A., Kruip M.J.H.A., van der Meer N.J.M., Arbous M.S., Gommers D.A.M.P.J., Kant K.M., Kaptein F.H.J., van Paassen J., Stals M.A.M., Huisman M.V., Endeman H. (2020), *Incidence of thrombotic complications in critically ill ICU patients with COVID-19*, „Thrombosis Research”, vol. 191, s. 145–147.
- Kropotov J.D. (2009), *Quantitative EEG, event related potentials and neurotherapy*, San Diego: Academic Press, Elsevier.
- Kropotov J.D. (2016), *Functional neuromarkers for psychiatry. Applications for Diagnosis and Treatment*, San Diego: Academic Press, Elsevier.
- Lee D., Minko T. (2021), *Nanotherapeutics for Nose-to-Brain Drug Delivery: An Approach to Bypass the Blood Brain Barrier*, „Pharmaceutics”, vol. 13, issue 12, 2049, <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics13122049>.
- Leung T.W., Wong K.S., Hui A.C., To K.F., Lai S.T., Ng W.F., Ng H.K. (2005), *Myopathic changes associated with severe acute respiratory syndrome: A postmortem case series*, „Archives of Neurology”, vol. 62, issue 7, s. 1113–1117.
- Li X., Yuan H., Li X., Wang H. (2023), *Spike protein mediated membrane fusion during SARS-CoV-2 infection*, „Journal of Medical Virology”, vol. 95, issue 1, e28212, <https://doi.org/10.1002/jmv.28212>.

- Lima-Martínez M.M., Carrera Boada C., Madera-Silva M.D., Marín W., Contreras M. (2021), *COVID-19 y diabetes mellitus: una relación bidireccional*, „Clínica e Investigación en Arteriosclerosis”, vol. 33, issue 3, s. 151–157, <https://doi.org/10.1016/j.arteri.2020.10.001>.
- Louapre C., Collongues N., Stankoff B., Giannesini C., Papeix C., Bensa C., Deschamps R., Créange A., Wahab A., Pelletier J., Heinzlef O., Labauge P., Guilloton L., Ahle G., Goudot M., Bigaut K., Laplaud D.-A., Vukusic S., Lubetzki C., De Sèze J., for the Covisep investigators (2020), *Clinical characteristics and outcomes in patients with coronavirus disease 2019 and multiple sclerosis*, „JAMA Neurology”, vol. 77, issue 9, s. 1079–1088.
- MacLean M.A., Kamintsky L., Leck E.D., Friedman A. (2020), *The potential role of microvascular pathology in the neurological manifestations of coronavirus infection*, „Fluids and Barriers of the CNS”, vol. 17, 55.
- Mao L., Jin H., Wang M., Hu Y., Chen S., He Q., Chang J., Hong C., Zhou Y., Wang D., Miao X., Li Y., Hu B. (2020), *Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients with Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China*, „JAMA Neurology”, vol. 77, issue 6, s. 683–690, <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2020.1127>.
- Mishra R., Florez-Perdomo W.A., Vasquez H.E., Moscote-Salazar L.R., Agrawal A. (2020), *SARS-CoV 2 and the pathobiology of the respiratory control mechanisms in the brainstem*, „Journal of Formosan Medical Association”, vol. 120, issue 1, s. 767–768.
- Morga R., Góral-Pórola J., Goździewska M., Krupa K., Pąchalska M. (2023), *A new form of neurotherapy for a patient with anxiety disorder and anomia after neurosurgery for a ruptured brain aneurysm post-COVID-19*, „Annals of Agricultural and Environmental Medicine”, vol. 30, no. 2, s. 331–341, <https://doi.org/10.26444/aaem/167370>.
- Morga R., Moskała M., Popiela T., Rajzer M., Wilk A., Kłosiński M., Muszyński T., Trystuła M. (2020), *Recanalization of Embolized Endovascular Intracranial Aneurysms and Changes in the Blood Viscosity: A Pilot Study*, „Medical Science Monitor”, vol. 26, e919059, <https://doi.org/10.12659/MSM.919059>.
- Narayanan J., Xavier A., Evans J., Kapur N., Wilson B. (2024), *Neuropsychological Consequences of COVID-19. Life After Stroke and Balint's Syndrome*, eBook, London, <https://doi.org/10.4324/9781003203940>.
- Nemani K., Li C., Olfson M., Blessing E.M., Razavian N., Chen J., Petkova E., Goff D.C. (2021), *Association of psychiatric disorders with*

- mortality among patients with COVID-19*, „JAMA Psychiatry”, vol. 78, issue 4, s. 380–386.
- Nogueira G.M., Silva N.L.O.R., Moura A.F., Duarte Silveira M.A., Moura-Neto J.A. (2022), *Acute kidney injury and electrolyte disorders in COVID-19*, „World Journal of Virology”, vol. 11, issue 5, s. 283–292, <https://doi.org/10.5501/wjv.v11.i5.283>.
- Oronsky B., Larson C., Hammond T.C., Oronsky A., Kesari S., Lybeck M., Reid R.T. (2023), *A Review of Persistent Post-COVID Syndrome (PPCS)*, „Clinical Reviews in Allergy and Immunology”, vol. 64, issue 1, s. 66–74.
- Pallanti S., Grassi E., Makris N., Gasic G.P., Hollander E. (2020), *NeuroCOVID-19: A clinical neuroscience-based approach to reduce SARS-CoV-2 related mental health sequelae*, „Journal of Psychiatric Research”, vol. 130, s. 215–217, <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.08.008>.
- Pappa S., Ntella V., Giannakas T., Giannakoulis V.G., Papoutsis E., Katsaounou P. (2020), *Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis*, „Brain, Behavior, and Immunity”, vol. 88, s. 901–907.
- Park S.E. (2020), *Epidemiology, virology, and clinical features of severe acute respiratory syndrome – coronavirus-2 (SARS-CoV-2; Coronavirus Disease-19)*, „Clinical and Experimental Pediatrics”, vol. 63, issue 4, s. 119–124, <https://doi.org/10.3345/cep.2020.00493>.
- Pačalska M. (2022), *Goal-oriented neuropsychological rehabilitation with EEG neurofeedback for a visual artist with PTSD resulting from SARS-CoV-2 infection, followed by a severe course of neuroCOVID-19 and the sequelae of long term pharmacologically induced coma*, „Acta Neuropsychologica”, vol. 20, no. 4, s. 485–514, <https://doi.org/10.5604/01.3001.0016.2024>.
- Pačalska M., Góral-Pólróla J., Chojnowska-Ćwiąkała I. (2021), *Effect of individually-tailored tDCS and symbolic art therapy for chronic associative prosopagnosia after infection by SARS-CoV-2, neuroCOVID-19 and ischemic stroke*, „Acta Neuropsychologica”, vol. 19, no. 3, s. 329–345, <https://doi.org/10.5604/01.3001.0015.0606>.
- Pačalska M., Grzywniak C., Kobos M. (2023), *Comprehensive program of neurotherapy for a visual artist with post-COVID-19 syndrome following SARS-CoV-2 infection and severe course of COVID-19 treated in long-term pharmacologically induced coma*, „Acta Neuropsychologica”, vol. 21, no. 1, s. 93–107, <https://doi.org/10.5604/01.3001.0053.4107>.

- Pąchalska M., Kaczmarek B.L.J., Kropotov J.D. (2021), *Ja utracone i odzyskane*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Pąchalska M., Nowaczyk N. (2021), *Event-related potentials studies of PTSD after infection of SARS-Cov-2 and neuroCOVID-19*, „Acta Neuropsychologica”, vol. 19, no. 3, s. 347–360.
- Pensato U., Muccioli L., Pasini E., Tappatà M., Ferri L., Volpi L., Licchetta L., Battaglia S., Rossini G., Bon I., Re M.C., Cirillo L., Simonetti L., Gramegna L.L., Michelucci R., Cortelli P., Zini A., Bisulli F. (2020), *Encephalopathy in COVID-19 Presenting With Acute Aphasia Mimicking Stroke*, „Frontiers in Neurology”, vol. 11, 587226, <https://doi.org/10.3389/fneur.2020.587226>.
- Pescaru C.C., Marișescu A., Costin E.O., Trăilă D., Marc M.S., Trușculescu A.A., Pescaru A., Oancea C.I. (2022), *The Effects of COVID-19 on Skeletal Muscles, Muscle Fatigue and Rehabilitation Programs Outcomes*, „Medicina”, vol. 58, issue 9, 1199, <https://doi.org/10.3390/medicina58091199>.
- Petridis A.K., Kamp M.A., Cornelius J.F., Beez T., Beseoglu K., Turowski B., Steiger H.J. (2017), *Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage*, „Deutsches Ärzteblatt International”, vol. 114, no. 13, s. 226–236, <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0226>.
- Pfaff E.R., Madlock-Brown C., Baratta J.M., Bhatia A., Davis H., Girvin A., Hill E., Kelly L., Kostka K., Loomba J., McMurry J.A., WongR., Bennett T.D., Moffitt R., Chute C.G., Haendel M.; N3C Consortium; RECOVER Consortium (2023), *Coding Long COVID: Characterizing a new disease through an ICD-10 lens*, „BMC Med”, vol. 21, issue 1, 58, <https://doi.org/10.1186/s12916-023-02737-6>.
- Pfau M.L., Ménard C., Russo S.J. (2018), *Inflammatory mediators in mood disorders: therapeutic opportunities*, „Annual Review of Pharmacology and Toxicology”, vol. 58, s. 411–428, <https://doi.org/10.1146/annurev-pharmtox-010617-052823>.
- Priftis K., Algeri L., Vilella S., Spada M.S. (2020), *COVID-19 presenting with agraphia and conduction aphasia in a patient with left-hemisphere ischemic stroke*, „Neurological Sciences”, vol. 41, issues 12, s. 3381–3384, <https://doi.org/10.1007/s10072-020-04768-w>.
- Prigatano G.P. (2009), *Rehabilitacja neuropsychologiczna: podstawowe zasady i kierunki oddziaływań terapeutycznych*, tłum. Ł. Domańska, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Prigatano G.P. (2012), *Anosognosia, denial, and other disorders of phenomenological experience*, „Acta Neuropsychologica”, vol. 10, no. 3, s. 371–384.

- Que J., Shi L., Deng J., Liu J., Zhang L., Wu S., Gong Y., Huang W., Yuan K., Yan W., Sun Y., Ran M., Bao Y., Lu L. (2020), *Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: a cross-sectional study in China*, „General Psychiatry”, vol. 33, issue 3, e100259.
- Quereshi A.I., Basket W.I., Huang W., Shyu D., Myers D., Raju M., Lobanova I., Suri M.F.K., Naqvi S.H., French B.R., Siddiq F., Gomez C.R., Shyu C.-R. (2021), *Acute Ischemic Stroke and COVID-19. An Analysis of 27 676 Patients*, „Stroke”, vol. 52, no. 3, s. 905–912, <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.031786>.
- Ritchie K., Chan D., Watermeyer T. (2020), *The cognitive consequences of the COVID-19 epidemic: collateral damage?*, „Brain Communication”, vol. 2, issue 2, fcaa069, <https://doi.org/10.1093/braincomms/fcaa069>.
- Rizvi A.A., Kathuria A., Al Mahmeed W., Al-Rasadi K., Al-Alawi K., Banach M., Banerjee Y., Ceriello A., Cesur M., Cosentino F., Gallia M., Goh S.-Y., Janez A., Kalra S., Kempler P., Lessan N., Lotufo P., Papanas N., Santos R.D., Stoian A.P., Toth P.P., Viswanathan V., Rizzo M.; Cardiometabolic Panel of International experts on Syndemic COvid-19 (CAPISCO) (2022), *Post-COVID syndrome, inflammation, and diabetes*, „Journal of Diabetes and its Complications”, vol. 36, issue 11, 108336, <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2022.108336>.
- Ronco C., Reis T., Husain-Syed F. (2020), *Management of acute kidney injury in patients with COVID-19*, „Lancet Respiratory Medicine”, vol. 8, s. 738–742.
- Roquer J., Cuadrado-Godia E., Guimaraens L., Conesa G., Rodríguez-Campello A., Capellades J., García-Arnillas M.P., Fernández-Candil J.L., Avellaneda-Gómez C., Giralt-Steinhauer E., Jiménez-Conde J., Soriano-Tárraga C., Villalba-Martínez G., Vivanco-Hidalgo R.M., Vivas E., Ois A. (2020), *Short- and long-term outcome of patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage*, „Neurology”, vol. 95, no. 13, e1819–e1829, <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000010618>.
- Salari N., Hosseinian-Far A., Jalali R., Vaisi-Raygani A., Rasoulpoor S., Mohammadi M., Rasoulpoor S., Khaledi-Paveh B. (2020), *Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis*, „Globalization and Health”, vol. 16, 57.
- Shemies R.S., Nagy E., Younis D., Sheashaa H. (2022), *Renal replacement therapy for critically ill patients with COVID-19-associated acute*

- kidney injury: A review of current knowledge*, „Therapeutic Apheresis and Dialysis”, vol. 26, issue 1, s. 15–23.
- Shi L., Lu Z.-A., Que J.-Y., Huang X.-L., Liu L., Ran M.-S., Gong Y.-M., Yuan K., Yan W., Sun Y.-K., Shi J., Bao Y.-P., Lu L. (2020), *Prevalence of and risk factors associated with mental health symptoms among the general population in China during the coronavirus disease 2019 pandemic*, „JAMA Network Open”, vol. 3, issue 7, e2014053.
- Shi L., Que J.Y., Lu Z.-A., Gong Y.-M., Liu L., Wang Y.-H., Ran M.-S., Ravindran N., Ravindran A.V., Fazel S., Bao Y.-P., Shi J., Lu L. (2021), *Prevalence and correlates of suicidal ideation among the general population in China during the COVID-19 pandemic*, „European Psychiatry”, vol. 64, issue 1, e18.
- Shi S., Qin M., Shen B., Cai Y., Liu T., Yang F., Gong W., Liu X., Liang J., Zhao Q., Huang H., Yang B., Huang C. (2020), *Association of Cardiac Injury With Mortality in Hospitalized Patients With COVID-19 in Wuhan, China*, „JAMA Cardiology”, vol. 5, issue 7, s. 802–810.
- Siddiqi H.K., Mehra M.R. (2020), *COVID-19 illness in native and immunosuppressed states: A clinical-therapeutic staging proposal*, „Journal of Heart and Lung Transplantation”, vol. 39, issue 5, s. 405–407, <https://doi.org/10.1016/j.healun.2020.03.012>.
- Steardo L., Steardo L. Jr., Zorec R., Verkhatsky A. (2020), *Neuroinfection may contribute to pathophysiology and clinical manifestations of COVID-19*, „Acta Physiologica”, vol. 229, e13473, <https://doi.org/10.1111/apha.13473>.
- Stueck M. (2021), *The Pandemic Management Theory. COVID-19 and biocentric development*, „Health Psychology Report”, vol. 9, issue 2, s. 101–128.
- Suprewicz Ł., Fiedoruk K., Czarnowska A., Sadowski M., Strzelecka A., Galie P.A., Janmey P.A., Kułakowska A., Bucki R. (2023), *Blood-brain barrier function in response to SARS-CoV-2 and its spike protein*, „Neurologia i Neurochirurgia Polska”, vol. 57, no. 1, s. 14–25, <https://doi.org/10.5603/PJNNS.a2023.0014>.
- Taquet M., Luciano S., Geddes J.R., Harrison P.J. (2021), *Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA*, „Lancet Psychiatry”, vol. 8, issue 2, s. 130–140, [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30462-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30462-4).
- Taubenberger J.K., Morens D.M. (2006), *1918 influenza: the mother of all pandemics*, „Emerging Infectious Diseases”, vol. 12, no. 1, s. 15–22.

- Tavares-Júnior J.W.L., Ciurleo G.C.V., Formiga A.M., Vasconcelos T.M.F., de Andrade M.H., Feitosa W.L.Q., Sobreira-Neto A.A., Portugal C.G., Morais L.M., Marinho S.C., Gomes E.A.B.M., Feitosa E.A.A.F., Sobreira E.S.T., Oriá R.B., Sobreira-Neto M.A., Braga-Neto P. (2024), *Long COVID: neurological manifestations – an updated narrative review*, „Dementia & Neuropsychologia”, vol. 18, e20230076, <https://doi.org/10.1590/1980-5764-DN-2023-0076>.
- Tay M.Z., Poh C.M., Rénia L., MacAry P.A., Ng L.F.P. (2020), *The trinity of COVID-19: immunity, inflammation and intervention*, „Nature Reviews Immunology”, vol. 20, issue 6, s. 363–374, <https://doi.org/10.1038/s41577-020-0311-8>.
- Troyer E.A., Kohn J.N., Hong S. (2020), *Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms*, „Brain, Behaviour, and Immunity”, vol. 87, s. 34–39, <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.027>.
- Varga Z., Flammer A.J., Steiger P., Haberecker M., Andermatt R., Zinkernagel A.S., Mehra M.R., Schuepbach R.A., Ruschitzka F., Moch H. (2020), *Endothelial cell infection and endotheliitis in COVID-19*, „Lancet”, vol. 395, issue 10234, s. 1417–1418, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30937-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30937-5).
- von Economo C. (1917), *Encephalitis letargica*, „Wiener Klinische Wochenschrift”, vol. 30, s. 581–585.
- Wang Q., Zhang Y., Wu L., Niu S., Song C., Zhang Z., Lu G., Qiao C., Hu Y., Yuen K.-Y., Wang Q., Zhou H., Yan J., Qi J. (2020), *Structural and Functional Basis of SARS-CoV-2 Entry by Using Human ACE2*, „Cell”, vol. 181, issue 4, s. 894–904, <https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.03.045>.
- Wang Y., Shi L., Que J., Lu Q., Liu L., Lu Z., Xu Y., Liu J., Sun Y., Meng S., Yuan K., Ran M., Lu L., Bao Y., Shi J. (2021), *The impact of quarantine on mental health status among general population in China during the COVID-19 pandemic*, „Molecular Psychiatry”, vol. 23, s. 4813–4822.
- Wichmann D., Sperhake J.-P., Lütgehetmann M., Steurer S., Edler C., Heinemann A., Heinrich F., Mushumba H., Kniep I., Schröder A.S., Burdelski C., de Heer G., Nierhaus A., Frings D., Pfefferle S., Becker H., Bredereke-Wiedling H., de Weerth A., Paschen H.-R., Sheikhzadeh-Eggers S., Stang A., Schmiedel S., Bokemeyer C., Addo M.M., Aepfelbacher M., Püschel K., Kluge S. (2020), *Autopsy Findings and Venous Thromboembolism in Patients With COVID-19: A Prospective Cohort Study*, „Annals of Internal Medicine”, vol. 173, no. 4, s. 268–277.

- Wilson B.A., Betteridge S., Fish J. (2020), *Neuropsychological consequences of Covid-19*, „Neuropsychological Rehabilitation”, vol. 30, issue 9, s. 1625–1628, <https://doi.org/10.1080/09602011.2020.1808483>.
- Wolkin A., Collier S., House J.S., Reif D., Motsinger-Reif A., Duca L., Sharoe J.D. (2022), *Comparison of National Vulnerability Indices Used by the Centers for Disease Control and Prevention for the COVID-19 Response*, „Public Health Reports”, vol. 137, issue 4, s. 803–812, <https://doi.org/10.1177/00333549221090262>.
- Wu F., Zhao S., Yu B., Chen Y.-M., Wang W., Song Z.-G., Hu Y., Tao Z.-W., Tian J.-H., Pei Y.-Y., Yuan M.-L., Zhang Y.-L., Dai F.-H., Liu Y., Wang Q.-M., Zheng J.-J., Xu L., Holmes E.C., Zhang Y.-Z. (2020), *A new coronavirus associated with human respiratory disease in China*, „Nature”, vol. 579, issue 7798, s. 265–269.
- Yang X., Yu Y., Xu J., Shu H., Xia J., Liu H., Wu Y., Zhang L., Yu Z., Fang M., Yu T., Wang Y., Pan S., Zou X., Yuan S., Shang Y. (2020), *Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study*, „Lancet Respiratory Medicine”, vol. 8, issue 5, s. 475–481, [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30079-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30079-5).
- Yuan K., Gong Y.-M., Liu L., Sun Y.-K., Tian S.-S., Wang Y.-J., Zhong Y., Zhang A.-Y., Su S.-Z., Liu X.-X., Zhang Y.-X., Lin X., Shi L., Yan W., Fazel S., Vitiello M.V., Bryant R.A., Zhou Z.-Y., Ran M.-S., Bao Y.-P., Shi J., Lu L. (2021), *Prevalence of posttraumatic stress disorder after infectious disease pandemics in the twenty-first century, including COVID-19: a meta-analysis and systematic review*, „Molecular Psychiatry”, vol. 26, s. 4982–4998.
- Zacharia B.E., Hickman Z.L., Grobelny B.T., DeRosa P., Kotchetkov I., Ducruet A.F., Connolly E.S. Jr. (2010), *Epidemiology of aneurysmal subarachnoid hemorrhage*, „Neurosurgery Clinics of North America”, vol. 21, issue 2, s. 221–233, <https://doi.org/10.1016/j.nec.2009.10.002>.
- Zajac E. (2023), Procedura badania następstw COVID-19 w różnych krajach Europy, informacja ustna podana dnia 6.06.2023.
- Zanin L., Saraceno G., Panciani P.P., Renisi G., Signorini L., Migliorati K., Fontanella M.M. (2020), *SARS-CoV-2 can induce brain and spine demyelinating lesions*, „Acta Neurochirurgica”, vol. 162, s. 1491–1494, <https://doi.org/10.1007/s00701-020-04374-x>.
- Zhang J., Xu D., Xie B., Zhang Y., Huang H., Liu H., Chen H., Shang Y., Hashimoto K., Yuan S. (2020), *Poor-sleep is associated with slow recovery from lymphopenia and an increased need for ICU care in*

- hospitalized patients with COVID-19: a retrospective cohort study*, „Brain, Behaviour, and Immunity”, vol. 88, s. 50–58.
- Zhao Y., Jiang Z., Guo S., Wu P., Lu Q., Xu Y., Liu L., Su S., Shi L., Que J., Sun Y., Sun Y., Deng J., Meng S., Yan W., Yuan K., Sun S., Yang L., Ran M., Kosten T.R., Strang J., Lu Y., Huang G., Lu L., Bao Y., Shi J. (2021), *Association of symptoms of attention deficit and hyperactivity with problematic internet use among university students in Wuhan, China during the COVID-19 pandemic*, „Journal of Affective Disorders”, vol. 286, s. 220–227.
- Zhou Y., Ding H., Zhang Y., Zhang B., Guo Y., Cheung T., Hall B.J., Shi T., Xiang Y.-T., Tang Y. (2021), *Prevalence of poor psychiatric status and sleep quality among frontline healthcare workers during and after the COVID-19 outbreak: a longitudinal study*, „Translational Psychiatry”, vol. 11, 223.
- Zhou Z., Kang H., Li S., Zhao X. (2020), *Understanding the neurotropic characteristics of SARS-CoV-2: from neurological manifestations of COVID-19 to potential neurotropic mechanisms*, „Journal of Neurology”, vol. 267, s. 2179–2184.
- Zubair A.S., McAlpine L.S., Gardin T., Farhadian S., Kuruvilla D.E., Spudich S. (2020), *Neuropathogenesis and neurologic manifestations of the coronaviruses in the age of coronavirus disease 2019: a review*, „JAMA Neurology”, vol. 77, issue 8, s. 1018–1027.

Irena Milaniak

Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie, Collegium Medicum – Wydział Nauk o Zdrowiu  
<https://orcid.org/0000-0002-6649-7545>

# POCZUCIE NIEPEWNOŚCI WŚRÓD BIORCÓW PRZESZCZEPU NARZĄDU Z UWZGLĘDNIENIEM OKRESU PANDEMII COVID-19. TEORIA I PRZEGLĄD BADAŃ

## Streszczenie

**Wprowadzenie:** Epidemia COVID-19 wywołana koronawirusem SARS-CoV-2 opanowała świat, wzbudzając niepewność, lęk egzystencjalny oraz obawy dotyczące spodziewanych negatywnych skutków zarówno ekonomicznych, jak i społecznych. Przeszczepienie narządu to procedura ratująca życie pacjentom z niewydolnością narządu, podczas której liczy się czas. Pandemia niewątpliwie wywołała poczucie niepewności i zagrożenie egzystencjalne u biorców narządów. Celem pracy była analiza piśmiennictwa dotyczącego niepewności i radzenia sobie z niepewnością przed i po przeszczepieniu narządu.

**Omówienie:** Niepewność odnosi się do niemożności określenia znaczenia zdarzeń związanych z chorobą i dokładnego przewidywania wyników zdrowotnych. W okresie epidemii niepewność dotyczyła braku możliwości uformowania schematu poznawczego dotyczącego choroby COVID-19. Pandemia jest niejednoznaczna, złożona i stale zmieniającą się sytuacją dla biorców narządów. Czasowe wstrzymanie zabiegów transplantacyjnych podczas pandemii COVID-19 oraz dystans społeczny skutkowały wzrostem stresu psychospołecznego u pacjentów oczekujących na przeszczepienie. Stwierdzono u nich wyższe wskaźniki depresji, lęku, bezsenności. Po przeszczepieniu pojawiły się

obawy dotyczące podatności na zarażenie wirusem, ryzyko utraty przeszczepionego narządu oraz potencjalne nasilenie choroby.

**Podsumowanie:** Radzenie sobie z niepewnością to utrzymywanie pozytywnego skupienia, równowagi i więzi z bliskimi. Specjaliści zajmujący się transplantacją są ważnym źródłem dokładnych informacji i wsparcia w tym niepewnym czasie.

**Słowa kluczowe:** niepewność, COVID-19, transplantacja

## Uncertainty among transplant recipients taking into account the period of the COVID-19 pandemic. Theory and literature review

### Abstract

**Introduction:** The COVID-19 epidemic, caused by the SARS-CoV-2 coronavirus, has taken over the world, arousing uncertainty, existential fear, and fears about the expected negative economic as well as social consequences. Organ transplantation is a life-saving procedure for patients with organ failure, where time counts. The pandemic caused uncertainty and existential threat to organ recipients. The study aimed to analyze the literature on uncertainty and dealing with uncertainty before and after organ transplantation.

**Discussion:** Uncertainty refers to the inability to determine the significance of disease events and accurately predict health outcomes. During the epidemic, uncertainty concerned the inability to form a cognitive schema regarding the disease (COVID-19). A pandemic is an ambiguous, complex, and ever-changing situation for organ recipients. Temporary suspension of transplantation procedures during the epidemic and social distancing resulted in an increase in psychosocial stress in patients awaiting transplantation. Higher rates of depression, anxiety, and insomnia were found among recipients. After transplantation, concerns have been raised about susceptibility to viral infection, risk of loss of the transplanted organ, and potential worsening of the disease.

**Summary:** Dealing with uncertainty is about maintaining a positive focus, balance, and connection with loved ones. Transplant specialists are an essential source of accurate information and support during this uncertain time.

**Key words:** uncertainty, COVID-19, transplantation

## Wprowadzenie

Pojęcie niepewności jest używane w wielu dziedzinach nauki, w tym w medycynie, naukach o zdrowiu i psychologii, jak również w socjologii i naukach o zarządzaniu – w każdej z tych dziedzin niepewność posiada inne definicje, rozszerzenia i zastosowania.

W psychologii niepewność jest określana jako zjawisko (1) doświadczane w odniesieniu do siebie, interakcji lub środowiska,

(2) które ma znaczenie negatywne i pozytywne, (3) jest związana z prawdopodobieństwem, niewystarczającą wiedzą, nieznaną/nieprzewidywalną istotą, rozbieżnością między sygnałami i negatywnymi oczekiwaniami oraz (4) negatywnymi oczekiwaniami i (5) zjawiskiem poznawczym (Kagan 1972; Kahneman, Tversky 1982). Z kolei w naukach o zarządzaniu czy w socjologii niepewność to sytuacja, w której nie sposób określić prawdopodobieństwa przyszłych ważnych dla nas zdarzeń ani nawet pełnego ich zasobu (Jędralska 2010; Grzesik 2015).

11 marca 2020 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła stan pandemii w związku z chorobą COVID-19 powodowaną przez wirusa SARS-CoV-2. Choroba „[...] opanowała cały świat, nie tylko jako epidemia o globalnym zasięgu, lecz także przez to, że głęboko wniknęła w życie ludzi. [...] Pandemia wzbudziła niepewność, lęki egzystencjalne, obawy dotyczące spodziewanych negatywnych czy wręcz katastroficznych skutków ekonomicznych i społecznych [...]” (Penkała-Gawęcka 2020, s. 187). W wyniku rozsprztrzeniania się wirusa wszystko, co było stałe i przewidywalne w racjonalnym kształtowaniu codziennego życia, stało się niepewne, a to, co miało kiedyś znaczenie, stało się całkowicie nieprzydatne, w tym dotychczasowe doświadczenia terapeutyczne. W miarę rozwoju pandemii wzrastało poczucie niepewności i zagrożenia egzystencjalnego.

Pandemia wywołana przez wirusa SARS-CoV-2 miała znaczący negatywny wpływ na działalność leczniczą, w tym transplantacyjną – spowodowała niepewność wśród biorców narządów unaczynionych. Pandemia COVID-19 była niejednoznaczną, złożoną i stale zmieniającą się sytuacją dla biorców narządów. Wśród personelu medycznego i biorców przeszczepów pojawiły się obawy dotyczące podatności na zagrożenia związane z zakażeniem wirusem i ryzyka dla przeszczepionego narządu z powodu znacznie obniżonej odporności. Występowały ograniczenia w dostępie do opieki zdrowotnej, które spowodowały, że informacje o chorobie były często niespójne, a nawet sprzeczne. Ponadto dezinformacja za pośrednictwem mediów (w tym mediów społecznościowych) miała potencjał do dalszego zaostrzenia obaw. Dlatego niepewność w czasie pandemii oznaczała, iż sytuacja związana z rozprzestrzenianiem się nowego wirusa była nieprzewidywalna i nieustrukturyzowana. Istniała

zatem utrata spójności, która mogła być źródłem psychologicznego stresu dla pacjentów (Danziger-Isakov i in. 2021; Penkala-Gawęcka 2020; Massey, Forsberg 2020).

Celem pracy była analiza piśmiennictwa dotycząca poczucia niepewności i radzenia sobie z niepewnością przed i po przeszczepieniu narządu z uwzględnieniem okresu pandemii COVID-19.

## **Teoria niepewności w chorobie przewlekłej**

Choroby przewlekłe przyczyniają się do stanu długotrwałego napięcia emocjonalnego związanego z poczuciem zagrożenia, niepewności, złości bądź obniżonym nastrojem, u którego źródeł mogą znajdować się zmiany w funkcjonowaniu układu hormonalnego następujące na skutek choroby, dysfunkcje i ograniczenie spowodowane przez chorobę oraz świadomość zmian, jakie pojawiają się w wyniku choroby (Ziarko 2014, s. 46).

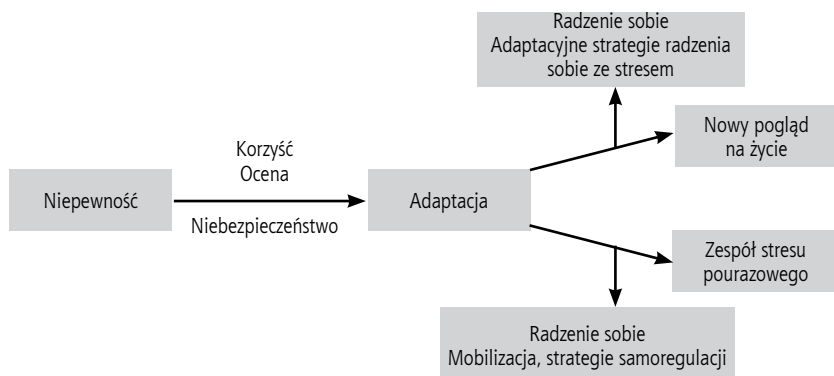
Niepewność w chorobie jest stresorem psychologicznym, który ma duży wpływ na funkcjonowanie pacjentów i jest pierwszą fazą przystosowywania się do choroby przewlekłej. Pacjent zaczyna otrzymywać informacje o swojej chorobie i stara się zrozumieć jej powagę. Następnie przechodzi przez etapy wstrząsu, dążenia do wyzdrowienia i przywrócenia dobrostanu, starając się odzyskać równowagę przez akceptację choroby i jej konsekwencji (Ziarko 2014). Wydaje się więc, że pierwsze etapy przystosowywania się do choroby są niezbędne do jej akceptacji i radzenia sobie z nową sytuacją życiową (Bailey i in. 2009).

Teoria niepewności w chorobie została opracowana przez teoretyka pielęgniarstwa Merle H. Mishel w 1980 r., a opublikowana w czasopiśmie „Nursing Research” rok później (Mishel 1981). Oparto ją na teorii przetwarzania informacji Warburtona, studium osobowości Budnera oraz teorii Lazarusa i Folkman, które wiążą niepewność ze stresem i radzeniem sobie (Bailey, Stewart 2013). Teoria niepewności jest zaliczana do teorii pielęgniarstwa średniego zasięgu. W chorobie została przedstawiona zarówno od strony teoretycznej, jak i w perspektywie empirycznej (Mishel 1981, 1990). Jej autorka wyjaśnia, jak pacjenci i opiekunowie interpretują niepewność w przebiegu choroby ostrej i przewlekłej. Mishel definiuje niepewność jako stan poznawczy wynikający z niewystarczających bodźców powodujących

„niemożność określenia znaczenia zdarzeń związanych z występującą chorobą. Osoba nie jest w stanie przypisać określonej wartości obiektom lub zdarzeniom lub nie jest w stanie dokładnie przewidzieć ich wyników” (Mishel 1990, s. 256 [tłum. – I.M.]; por. Mishel 1981). Niepewność w chorobie odnosi się do stanu zwątpienia i jest spowodowana brakiem skutecznego poznania choroby i kontroli nad jej przebiegiem. Może prowadzić do strachu i wzrostu obciążenia psychicznego pacjentów, które to obciążenie może wpływać na proces leczenia (Zhang 2017; Shun i in. 2018). Radzenie sobie z niepewnością ma kluczowe znaczenie dla adaptacji podczas choroby. Założenia teoretyczne Mishel są podstawą do wyboru interwencji, które mogą poprawić psychologiczne i behawioralne skutki niepewności. W perspektywie empirycznej badania poczucia niepewności odnosiły się do pacjentów hospitalizowanych i ich relacji z personelem szpitala oraz do procesu terapeutycznego. Pojęcia teorii są zorganizowane wokół trzech kategorii wykorzystujących tzw. model niepewności Mishel i obejmują (Clayton, Marleah, Merle 2018):

- przeszłość niepewności – trudności w radzeniu sobie z objawami choroby, niepewność co do diagnozy i złożoności leczenia;
- poznawczą ocenę niepewności – niepewność jako zagrożenie oraz lęk, wyrażanie stresu, zaburzenia emocjonalne i stygmatyzacja;
- radzenie sobie w niepewności – wsparcie społeczne, rodzinne i rówieśnicze, wsparcie profesjonalistów.

Model teoretyczny niepewności według Mishel przedstawiono na rycinie 1.



Rycina 1. Model teoretyczny niepewności

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Mishel 1990).

## Ocena niepewności

Do oceny poczucia niepewności może posłużyć Skala Niepewności Choroby Mishel dla dorosłych (*Mishel Uncertainty of Illness Scale-Adult*, MUIS-A). Skala została opracowana w Stanach Zjednoczonych w 1981 r. w celu oceny niepewności związanej z przebiegiem i leczeniem choroby (Mishel 1981). Późniejsze modyfikacje pierwotnej wersji kwestionariusza doprowadziły do powstania czteroczynnikowej struktury obejmującej 33 stwierdzenia. Każde stwierdzenie jest oceniane od 1 („Kategorycznie się nie zgadzam”) do 5 („Stanowczo się zgadzam”). Podczas obliczania wyniku całkowitego lub wyników podskali dla czteroczynnikowej formy testu MUIS-A, należy wyeliminować pozycję 15. Teoretyczny zakres wyników mieści się w przedziale 32–160 pkt. Im wyższy wynik, tym większy poziom niepewności.

Opis struktury czynnikowej skali:

- Niejednoznaczność (niejasność) zawiera 13 pozycji, a wyniki zawierają się w przedziale 13–65 pkt. Czynnikiem dotyczy niejasności otrzymanych wskazówek o stanie choroby. Otrzymane informacje mają tendencję do zacierania się i nakładania.
- Złożoność składa się z 7 pozycji, a wyniki zawierają się w przedziale 7–35 pkt. Czynnikiem uwzględnia wskazówki dotyczące leczenia i systemu opieki. Są one liczne i zróżnicowane.
- Niezgodność (niespójność) składa się z 7 pozycji, a wyniki zawierają się w przedziale 7–35 pkt. Czynnikiem odnosi się do otrzymanych informacji, które albo często się zmieniają, lub są niezgodne z wcześniej otrzymanymi informacjami.
- Nieprzewidywalność składa się z 5 pozycji, a wyniki zawierają się w przedziale 5–25 pkt. Czynnikiem odnosi się do braku przypadkowości między chorobą a wskazówkami dotyczącymi leczenia i wynikiem choroby.

## Medyczne i psychologiczne aspekty przeszczepiania narządów

Przeszczepienie narządu to procedura ratująca życie pacjentów z ciężką, nieuleczalną niewydolnością narządu. Jest to złożony proces mający na celu przywrócenie niektórych funkcji ciała przez

narząd pobrany od dawcy i przeniesiony do ciała biorcy. W Polsce pierwszym udanym przeszczepieniem narządu unaczynionego było przeszczepienie nerki 26 stycznia 1966 r. Narządy do przeszczepienia pochodzą przede wszystkim od osób zmarłych według neurologicznych kryteriów śmierci. Narządy mogą być również pozyskiwane od dawców zmarłych w mechanizmie nieodwracalnego zatrzymania krążenia oraz od dawców żywych. Procedury związane z pozyskiwaniem narządów od osób zmarłych oraz dawców żywych, a także warunki pobierania i przeszczepiania narządów są regulowane szeregiem aktów prawnych. Dostępność narządów zarówno od dawców zmarłych, jak i żywych jest nieprzewidywalna. W Polsce średnio przeszczepianych jest 1450 narządów, w tym największą liczbę stanowią przeszczepienia nerek. Na liście oczekujących w ciągu roku zarejestrowanych jest ok. 3000 pacjentów (Lewandowska i in. 2022). Dla biorcy liczy się przede wszystkim czas, a okres oczekiwania na transplantację jest nieokreślony. Pacjenci w okresie oczekiwania znajdują się w stanie przewlekłego stresu spowodowanego postępowaniem choroby, leczeniem, a także dużym ryzykiem śmierci. Niepewność jest dużą częścią okresu oczekiwania dla pacjenta, gdyż, po pierwsze, nie ma on wpływu na możliwość uzyskania narządu do przeszczepienia, po drugie – nie ma również wpływu na przebieg pooperacyjny. Nieprzewidywalność tego, kiedy narząd stanie się dostępny, jest podstawowym źródłem niepewności.

W okresie oczekiwania na transplantację pojawiają się pytania pacjenta i jego rodziny: czy dostanie narząd? kiedy to nastąpi? jakiej jakości on będzie? czy przeżyje zabieg? co czeka chorego po zabiegu operacyjnym? Z perspektywy pacjenta oczekiwanie na przeszczepienie wydaje się trudne. W wymiarze fizycznym musi żyć z objawami choroby. Stara się zachować zdrowie, ale w każdej chwili może nastąpić jego pogorszenie. Z kolei w wymiarze psychologicznym oczekiwaniu towarzyszy stres, lęk, depresja czy poczucie winy. W wymiarze społecznym życie pacjenta, z jednej strony, wydaje się „zawieszony”, z drugiej strony czeka on z nadzieją, aż zacznie się prawidłowo toczyć (Gulla 2010, Siwińska 2018).

Doświadczenie niepewności może być różne w zależności od tego, na jaki narząd oczekuje chory. Biorca serca, płuc czy wątroby jest w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, ma ograniczony czas

oraz ograniczone opcje terapeutyczne; dla biorców nerek są dostępne dializy i żywe dawstwo. W zaawansowanym stadium choroby niepewność wiąże się z okresem oczekiwania i możliwością nieotrzymania narządu na czas lub jego odrzucenia po zabiegu przeszczepienia. Niepewność wzmacnia również ryzyko wystąpienia przeciwwskazań w okresie oczekiwania, które mogą zdyskwalifikować już zakwalifikowanego pacjenta. W doświadczaniu niepewności istotne jest doświadczanie nierealistycznych oczekiwań na wyzdrowienie oraz utrata poczucia koherencji – metozasosobu (Lasker i in. 2010).

Po przeszczepieniu narządu poczucie niepewności może zostać zmniejszone, ale nie wyeliminowane. W okresie po przeszczepieniu narządu doświadczanie niepewności jest związane m.in. ze złożonym schematem leczenia, skutkami ubocznymi stosowanych leków, nieprzewidywalnością co do przyszłości, możliwą stygmatyzacją, winą wobec dawcy, ryzykiem infekcji, ryzykiem odrzucenia przez organizm przeszczepionego narządu, częstymi hospitalizacjami oraz z możliwymi powikłaniami (Almgren i in. 2017; Milaniak i in. 2014).

### **Medycyna transplantacyjna a COVID-19**

Od początku pandemii COVID-19 nastąpiły ograniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, poza świadczeniami związanymi z COVID-19, spowodowane bezpośrednio samym uderzeniem wirusa (zakażony personel medyczny, obawa chorych przed przemieszczaniem się i poddawaniem procedurom medycznym w zakładach leczniczych), ale przede wszystkim wtórnymi działaniami zmierzającymi do leczenia zakażonych i ograniczenia pandemii (przekształcenie szpitali w szpitale przeznaczone do leczenia chorych na COVID-19, ograniczanie procedur planowych, zaangażowanie sił i środków w walkę z pandemią). Wszystkie te zjawiska dotknęły także medycynę transplantacyjną. Pojawienie się pandemii COVID-19 znacząco wpłynęło na procedury transplantacyjne na całym świecie. Przyczyniła się ona do spadku liczby przeszczepień narządów z powodu zawieszania procedur transplantacyjnych (Azzi i in. 2021; Nimmo i in. 2022).

W początkach pandemii w roku 2020 do Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji „Poltransplant” wpłynęło

529 zgłoszeń potencjalnych zmarłych dawców narządów, tj. o 110 zgłoszeń (19%) mniej niż w 2019 r., kiedy ich liczba wyniosła 639, z kolei w 2021 r. zgłoszono 546 potencjalnych zmarłych dawców narządów. Obostrzenia pandemiczne spowodowały mniejszą liczbę pacjentów kwalifikowanych do leczenia przeszczepieniem narządu. W 2020 r. średni czas oczekiwania na przeszczepienie serca wyniósł 425 dni w trybie pilnym, 606 dni w trybie planowym oraz 453 dni u biorców <18 lat. W trakcie oczekiwania na przeszczepienie serca zmarło 95 chorych, w tym dwóch potencjalnych biorców w wieku poniżej 18 lat. Czas oczekiwania znacznie się wydłużył w porównaniu do okresu sprzed pandemii (Lewandowska i in. 2021).

### **Doświadczanie niepewności wśród pacjentów w czasie pandemii COVID-19**

Niepewność odnosi się do niemożności określenia znaczenia zdarzeń chorobowych i trafnego przewidywania wyników zdrowotnych. Rodzi się ona, gdy schemat poznawczy o chorobie – w tym przypadku COVID-19 – nie mógł być utworzony (Massey, Forsberg 2020). Na podstawie braku danych na temat choroby i jej skutków można sformułować cztery formy niepewności:

- niejednoznaczność dotycząca stanu chorobowego,
- złożoność systemu opieki zdrowotnej i leczenia,
- brak informacji o diagnozie i powadze choroby,
- nieprzewidywalność przebiegu choroby i rokowania.

Podczas pandemii dla biorców oczekujących na przeszczepienie narządu obowiązywały zalecenia, które zwiększały ich niepewność związaną z leczeniem i dostępem do transplantacji, mianowicie ośrodki transplantacyjne częściowo zawieszały lub wstrzymały swoją działalność, co skutkowało przeniesieniem biorców do innych ośrodków bądź też wydłużeniem czasu oczekiwania na transplantację. Kwalifikacja do zabiegu przeszczepienia była prowadzona zdalnie. Pomimo odwołania na terenie Polski stanu zagrożenia epidemicznego zostały utrzymane zalecenia dotyczące informowania biorcy o możliwym ryzyku związanym z zakażeniem SARS-CoV-2, a decyzja o zabiegu przeszczepienia jest zawieszona do czasu uzyskania ujemnego wyniku badania w kierunku zakażenia koronawirusem. Zalecane jest posiadanie statusu osób uodpornionych przeciw

COVID-19 przez potencjalnych biorców narządów i tkanek oka przed wpisaniem na krajową listę oczekujących na przeszczepienie (Poltransplant 2023).

Emma K. Massey i Anna Forsberg (2020) w liście skierowanym do profesjonalistów z dziedziny transplantologii zwróciły uwagę na znaczenie poczucia niepewności biorców narządów w czasie pandemii COVID-19 w kontekście możliwych komplikacji, konsekwencji zarówno medycznych, jak i psychologicznych oraz strategii radzenia sobie. Autorki zaakcentowały również konieczność badań oceniających wpływ pandemii na wymiar nie tylko fizyczny, ale również mentalny wśród tej populacji w kolejnych miesiącach czy latach.

Kwerenda bibliograficzna zidentyfikowała osiem badań związanych z oceną poczucia niepewności wśród biorców narządów, opublikowanych w czasie pandemii (2020–2022), w tym cztery badania dotyczące oceny niepewności wśród pacjentów w czasie pandemii COVID-19.

Pandemia stała się źródłem stresu społecznego i indywidualnego, wywierając negatywne skutki psychologiczne, społeczne i ekonomiczne na życie pacjentów oczekujących na przeszczepienie narządu (Choudhury i in. 2022; Cai i in. 2021). Osoby, które odczuwają panikę i strach, wraz ze wzrostem postrzegania zagrożenia w konsekwencji tej choroby zakaźnej, mogą wykazywać zachowania odbiegające od przyjętych norm (Cai i in. 2021).

Siobhan C. McKay wraz z zespołem (2021) w badaniu oceniającym jakość życia związaną ze stanem zdrowia, niepewność i strategie radzenia sobie u pacjentów po przeszczepieniu narządu unaczynionego w czasie pandemii COVID-19, wykazali, iż biorcy prezentowali niski poziom niepewności, a główną strategią radzenia sobie była akceptacja (92%). Radzenie sobie przez akceptację, poczucie ochrony, samoocena podatności na COVID-19 wiązały się z niższym poziomem niepewności. Ocena stanu zdrowia była znacznie niższa w przypadku osób cierpiących na choroby psychiczne, utrudniony dostęp do opieki zdrowotnej, postrzegane wysokie ryzyko ciężkiej infekcji COVID-19 i wyższy poziom niepewności. Ponadto historia chorób psychicznych, postrzeganie ryzyka, ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej, niepewność i strategie radzenia sobie były powiązane z gorszą jakością życia biorców podczas ścisłej izolacji).

Erman Yıldız (2021) oceniał związek pomiędzy niepewnością a lękiem wśród pacjentów po przeszczepieniu wątroby. Uzyskane wyniki wskazują na wysoki poziom niepewności i związek pomiędzy poziomem niepewności a lękiem. Tugba Menekli i Sibel Şentürk (2023) w badaniu oceniającym związek pomiędzy nietolerancją niepewności i lękiem przed COVID-19 u pacjentów oczekujących na przeszczepienie nerki wykazali, iż wraz ze wzrostem poziomu niepewności pacjenci odczuwali wyższy poziom lęku; stwierdzono u nich także wysoki poziom niepewności. Jolana Wagner-Skacel wraz z zespołem (2021) w badaniu oceniającym psychologiczny wpływ pandemii na pacjentów oczekujących na przeszczepienie wątroby lub nerki wykazali, iż grupa ta doświadczała objawów somatyzacyjnych związanych z obawami dotyczącymi COVID-19. Stwierdzono związek pomiędzy występowaniem objawów lęku i depresji a obawami odnośnie do COVID-19. Z kolei Emanuele M. Merlo i jej zespół (2021) wykazali, iż niepewność i aleksytymia okazały się wskaźnikami odgrywającymi ważną rolę predykcyjną w rozwoju psychopatologii w czasie pandemii COVID-19. Chandana Guha wraz z zespołem (2020) w badaniu jakościowym analizującym punkt widzenia pacjentów, członków rodziny i potencjalnych żywych dawców nerki na temat zawieszenia i wznowienia programów przeszczepiania nerek z powodu COVID-19 wyłonili pięć głównych tematów:

- kaskada rozczarowań i dewastacji (brak nadziei, porażka, żal i poczucie winy);
- bezradność i bezbronność (lęk przed pogorszeniem się stanu zdrowia, zagrożenie związane z brakiem dostępu do opieki medycznej, podatność na powikłania infekcyjne);
- stres wynikający z niepewności (sprzeczne informacje, brak kontaktu z personelem medycznym);
- narastające obciążenia (ponoszenie dodatkowych kosztów finansowych, zwiększenie obowiązków opiekuna);
- opóźnienie w dostępie do usług medycznych (ochrona uprawnień, wsparcie społeczne, konieczność dostosowania się do nowych sposobów opieki).

W przeglądzie systematycznym badań jakościowych Patrizia Natale i jej zespół (2023) dokonali oceny wpływu pandemii COVID-19 na pacjentów z przewlekłą chorobą nerek. W podsumowaniu

stwierdzono, iż niepewność w dostępie do opieki zdrowotnej podczas pandemii COVID-19 zwiększała podatność na zagrożenia, niepokój emocjonalny i obciążenie oraz prowadziła do zmniejszonej zdolności do samodzielnego radzenia sobie wśród pacjentów z przewlekłą chorobą nerek i ich opiekunów.

Ponadto badania oceniające sytuację psychologiczną pacjentów w czasie COVID-19 ujawniły towarzyszące im lęk, stres, bezsenność, a nawet objawy stresu pourazowego (Thangaraju i in. 2022; Barutcu Atas i in. 2021; Cai i in. 2021). Prowadzone badania w czasie pandemii wykazały również, że zmienne obejmujące płeć żeńską, chorobę przewlekłą, narażenie na COVID-19 i brak szczepień przeciwko tej chorobie zwiększały poziom lęku, depresji i stresu wśród biorców wątroby (Akbulut i in. 2023). Alicia Paessler i jej zespół (2021) w badaniu oceniającym aspekty psychologiczne związane z przeszczepianiem nerki w czasie pandemii wśród biorców pediatrycznych, stwierdzili, iż połowa uczestników czuła strach i obawiała się przeszczepienia nerki w trakcie pandemii, a 1/4 uczestników była zaniepokojona ryzykiem zakażenia COVID-19 w trakcie rekonwalescencji.

W badaniu oceniającym nasilenie stresu oraz rodzaj strategii wśród opiekunów pacjentów po przeszczepieniu narządu autorzy wykazali, iż również opiekunowie posiadali kliniczne objawy lęku, większe nasilenie stresu w interakcji rodzic–dziecko oraz większe trudności w opiece nad dzieckiem. Przeważały strategie unikania i stosowanie praktyk religijnych (Forner-Puntonet i in. 2023).

### **Redukowanie niepewności**

Mishel wskazała, iż poczucie niepewności można redukować, wykorzystując różnego rodzaju zasoby, m.in. edukację, personel medyczny jako źródło autorytetu i poufności oraz wsparcie społeczne (Mishel 2014). Niepewność można ocenić jako zagrożenie lub szansę. Wyzwania dają szansę na zysk, podczas gdy zagrożenia mogą prowadzić do szkód, strat lub negatywnych skutków. Postrzeganie niepewności jako zagrożenia może powodować wzmożoną czujność – może być ona funkcjonalna, ale również skutkować zwiększonym niepokojem. Postrzeganie niepewności jako szansy może prowadzić do kreatywności i znajdowania korzyści. Pandemia i jej

późniejsze ograniczenia stwarzają potrzebę redefinicji tego, co w życiu ważne. Te dwie reakcje mogą prowadzić do różnych sposobów radzenia sobie z niepewnością.

Interwencje redukujące poziom niepewności powinny wspierać zdolność pacjentów do uczenia się życia z niepewnością. Znaczącą rolę odgrywa personel medyczny, który: organizuje drogę chorego w całym systemie opieki zdrowotnej; wspiera pacjentów przez relacje; przekazuje wiedzę w sposób jasny i dokładny. Działania te pozwalają pacjentowi odzyskać kontrolę w zakresie adaptacji lub ekspansji świadomości (Hansen i in. 2012). Menekli i Şentürk (2023) proponują edukację pacjentów na temat choroby w celu obniżenia poziomu lęku i niepewności. Ważnym elementem w redukcji niepewności jest empatia, czyli wykazanie zrozumienia i wczucie się w to, jak trudna jest to sytuacja dla pacjentów. Można to osiągnąć przez: dialog, edukację, prezentację ryzyka, dbanie o dobrą kondycję, przestrzeganie leczenia/wizyt kontrolnych, regularne ćwiczenia czy odżywianie (Epstein i in. 2007).

Kolejnym elementem obniżającym poczucie niepewności jest wsparcie społeczne, szczególnie wsparcie informacyjne, które powinno być dostarczane już przed przeszczepieniem (Martin i in. 2010; Guha i in. 2020). Janusz Heitzman w artykule *Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne* przedstawia obszary interwencji w zależności od potrzeb psychicznych różnych grup społecznych, w tym pacjentów. W zaleceniach autor zwraca uwagę na konieczność udzielania wsparcia organizacyjnego, informacyjnego oraz medycznego. Niezbędne jest również ograniczanie niekorzystnego wpływu chaosu informacyjnego przez dostarczanie jasnych i dokładnych informacji oraz komunikację (Heitzman 2020). Wspierając pacjentów, należy umożliwić im omówienie znaczenia ich niepewności (Hansen i in. 2012). Ważnym aspektem, szczególnie w trudnym okresie epidemii, jest organizacja opieki nad pacjentem w całym systemie opieki zdrowotnej. Autorzy sugerują również wsparcie ze strony całego zespołu interdyscyplinarnego i psychologicznego (Menekli, Şentürk 2023). Na potrzebę wsparcia psychologicznego zwracają również uwagę Wagner-Skacel i jej zespół (2021).

Pandemia COVID-19 od samego początku była związana z doświadczaniem stresu i niepokoju, stwarzając niebezpieczeństwo

zarówno dla zdrowia i życia, jak i problemy natury społeczno-ekonomicznej. Dla utrzymania zdrowia psychicznego i fizycznego kluczowe jest radzenie sobie ze stresem. Jest ono rozumiane jako zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki, co ma na celu uporanie się z zewnętrznymi i wewnętrznymi wymaganiami, które są oceniane przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby osobiste. Radzenie sobie ze stresem jest procesem dynamicznym i stanowi odpowiedź na określoną sytuację oraz zależy od właściwości danej jednostki (Sygit-Kowalkowska 2014). Niepewność oceniana jako szansa implikuje pozytywny wynik, a buforujące strategie radzenia sobie służą jego utrzymaniu. W przeciwieństwie do tego przekonania i dyspozycje osobowości mogą skutkować niepewnością ocenianą jako zagrożenie, która implikuje krzywdę. Wówczas powinny być stosowane strategie radzenia sobie skoncentrowane na problemie, aby zmniejszyć zagrożenie. Jeśli nie można zastosować strategii radzenia sobie skoncentrowanego na problemie, w odpowiedzi na niepewność stosuje się strategię emocjonalnego radzenia sobie. Jeśli strategię radzenia sobie są skuteczne, następuje adaptacja. W badaniach oceniających poczucie niepewności stosowanie strategii radzenia sobie przez akceptację i poczucie bezpieczeństwa wiązały się z niższym poziomem niepewności (McKay i in. 2021). Również interwencje oparte na terapii poznawczo-behawioralnej pozwalają ukierunkować pacjenta na nietolerancję niepewności (Robichaud 2013).

## Podsumowanie

Światowa Organizacja Zdrowia w dniu 5 maja 2023 r. wydała decyzję o zakończeniu globalnego stanu zagrożenia spowodowanego COVID-19. Liczba zakażeń SARS-CoV-2 na całym świecie maleje, ale wciąż krążą nowe podwarianty, które mogą być groźniejsze czy bardziej zakaźne. Dostępne są szczepionki i leczenie, zostały sformułowane zasady postępowania w przypadkach stwierdzonego zakażenia. Jednakże jedną z konsekwencji pandemii COVID-19 jest zwiększenie skali problemów związanych ze zdrowiem psychicznym w populacji światowej. W obliczu kryzysu dostępne dane wyraźnie pokazują, że istnieje potrzeba multidyscyplinarnych badań w dziedzinie zdrowia

psychicznego oraz ustanowienia strategii zapobiegania psychologicznym konsekwencjom COVID-19. Interwencje powinny się skupiać na grupach szczególnie wrażliwych. Konieczne jest opracowanie ogólnokrajowych strategii planowania i koordynowania pierwszej pomocy psychologicznej podczas poważnych katastrof, w tym pandemii, z wykorzystaniem telemedycyny. Do grup szczególnie narażonych, które płacą najwyższą cenę za kryzys związany z COVID-19, należą osoby starsze i osoby z przewlekłymi, długotrwałymi schorzeniami. Pacjenci w okresie oczekiwania na przeszczepienie narządu i po wykonanym zabiegu doświadczają niepewności związanej zarówno z przebiegiem choroby i samą procedurą zabiegową, jak i przyszłością po przeszczepieniu narządu. Proces ten sprawia, że jest to grupa szczególnie wrażliwa i podatna na zaburzenia w sferze psychicznej. Konieczne jest więc wdrożenie poradnictwa psychologicznego, aby poprawić samopoczucie psychiczne chorych i wzmocnić ich zasoby.

## Bibliografia

- Akbulut S., Kucukakcali Z., Saritas H., Bozkir C., Tamer M., Akyuz M., Bagci N., Unsal S., Akbulut M.S., Sahin T.T., Colak C., Yilmaz S. (2023), *Effect of the COVID-19 Pandemic on the Psychological Health of Patients Who Underwent Liver Transplantation Due to Hepatocellular Carcinoma*, „Diagnostics”, vol. 13, issue 8, 1410.
- Almgren M., Lennerling A., Lundmark M., Forsberg A. (2017), *The meaning of being in uncertainty after heart transplantation – an unrevealed source to distress*, „European Journal of Cardiovascular Nursing”, vol. 16, issue 2, s. 167–174.
- Azzi Y., Bartash R., Scalea J., Loarte-Campos P., Akalin E. (2021), *COVID-19 and Solid Organ Transplantation: A Review Article*, „Transplantation”, vol. 105, issue 1, s. 37–55.
- Bailey D.E. Jr., Landerman L., Barroso J., Bixby P., Mishel M.H., Muir A.J., Strickland L., Clipp E. (2009), *Uncertainty, symptoms, and quality of life in persons with chronic hepatitis C*, „Psychosomatics”, vol. 50, issue 2, s. 138–146.
- Bailey D.E. Jr., Stewart J.L. (2013), *Uncertainty in Illness Theory*, [w:] *Nursing Theorists and Their Work*, ed. M.R. Alligood, 8<sup>th</sup> ed., St. Louis 2013, s. 555–573.

- Barutcu Atas D., Aydin Sunbul E., Velioglu A., Tuglular S. (2021), *The association between perceived stress with sleep quality, insomnia, anxiety and depression in kidney transplant recipients during Covid-19 pandemic*, „PloS ONE”, vol. 16, issue 3, e0248117.
- Cai Z., Cai X., Song Y., Wang D., Zhang Y., Ma S., Tang S., Bai H., Tan H., Li R., Yao L., Liu Z., Wang G., Wang Y. (2021), *Psychological Distress and Its Association With Quality of Life in Organ Transplant Recipients During COVID-19 Pandemic*, „Frontiers in Psychiatry”, vol. 12, 690295.
- Choudhury A., Varshney M., Sahoo B., Pamecha V., Sinha P., Patil N.S., Mohapatra N., Sharma V., Kumar R. (2022), *Impact of covid-19 pandemic on quality of life and psychosocial difficulties among liver transplant recipients*, „Journal of Family Medicine and Primary Care”, vol. 11, issue 2, s. 744–750.
- Clayton M.F., Marleah D., Merle M. (2018), *Theories of Uncertainty in Illness*, [w:] *Middle Range Theory for Nursing*, eds. M.J. Smith, P.R. Liehr, 4<sup>th</sup> ed., New York, s. 49–82.
- Danziger-Isakov L., Blumberg E.A., Manuel O., Sester M. (2021), *Impact of COVID-19 in solid organ transplant recipients*, „American Journal of Transplantation”, vol. 21, issue 3, s. 925–937.
- Epstein R.M., Hadee T., Carroll J., Meldrum S.C., Lardner J., Shields C.G. (2007), „*Could this Be Something Serious?*”. *Reassurance, Uncertainty, and Empathy in Response to Patients’ Expressions of Worry*, „Journal of General Internal Medicine”, vol. 22, issue 12, s. 1731–1739.
- Forner-Puntonet M., Gisbert-Gustemps L., Castell-Panisello E., Larraite M., Quintero J., Ariceta G., Gran F., Iglesias-Serrano I., Garcia-Morán A., Español-Martín G., Ibañez-Jimenez P., Ramos-Quiroga J.A. (2023), *Stress and coping strategies of families of pediatric solid organ transplant recipients in times of pandemic*, „Frontiers in Psychology”, vol. 14, 1067477.
- Grzesik K. (2015), *Niepewność jako architekt kontekstu podejmowania decyzji menedżerskich*, „Marketing i Rynek”, vol. 22, nr 9, s. 143–154 [CD].
- Guha C., Tong A., Baumgart A., Scholes-Robertson N., Isbel, N., Kanelis J., Campbell S., Coates T., Chadban S. (2020), *Suspension and resumption of kidney transplant programmes during the COVID-19 pandemic: perspectives from patients, caregivers and potential living donors – a qualitative study*, „Transplant International”, vol. 33, issue 11, s. 1481–1490.

- Gulla B. (2010), *Transplantacja serca. Problemy adaptacji psychologicznej*, Kraków.
- Hansen B.S., Rørtveit K., Leiknes I., Morken I., Testad I., Joa I., Severinsson E. (2012), *Patient experiences of uncertainty – a synthesis to guide nursing practice and research*, „Journal of Nursing Management”, vol. 20, issue 2, s. 266–277.
- Heitzman J. (2020), *Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne*, „Psychiatria Polska”, t. 54, nr 2, s. 187–198.
- Kagan J. (1972), *Motives and development*, „Journal of Personality and Social Psychology”, vol. 22, issue 1, s. 51–66, <https://doi.org/10.1037/h0032356>.
- Kahneman D., Tversky A. (1982), *Variants of uncertainty*, „Cognition”, vol. 11, issue 2, s. 143–157, [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(82\)90023-3](https://doi.org/10.1016/0010-0277(82)90023-3).
- Jędralska K. (red.) (2010), *Zarządzanie niepewnościami*, Katowice.
- Lasker J.N., Sogolow E.D., Olenik J.M., Sass D.A., Weinrieb R.M. (2010), *Uncertainty and liver transplantation: women with primary biliary cirrhosis before and after transplant*, „Women & Health”, vol. 50, issue 4, s. 359–375.
- Lewandowska D., Borczon S., Przygoda J., Hermanowicz M., Michalska K., Mańkowski M. (2022), *Krajowa Lista Osób Oczekujących Na Przeszczepienie (KLO)*, „Poltransplant. Biuletyn Informacyjny”, nr 1(31), s. 29–45.
- Lewandowska D., Borczon S., Przygoda J., Hermanowicz M., Podobińska I., Michalska K., Mańkowski M. (2021), *Krajowa Lista Osób Oczekujących Na Przeszczepienie (KLO)*, „Poltransplant. Biuletyn Informacyjny”, nr 1 (30), s. 21–35.
- Martin S.C., Stone A.M., Scott A.M., Brashers D.E. (2010), *Medical, personal, and social forms of uncertainty across the transplantation trajectory*, „Qualitative Health Research”, vol. 20, issue 2, s. 182–196.
- Massey E.K., Forsberg A. (2020), *Dealing with uncertainty after transplantation in times of COVID-19*, „Transplant International”, vol. 33, issue 10, s. 1337–1338.
- McKay S.C., Lembach H., Hann A., Okoth K., Anderton J., Nirantharakumar K., Magill L., Torlinska B., Armstrong M., Mascaro J., Inston N., Pinkney T., Ranasinghe A., Borrowers R., Ferguson J., Isaac J., Calvert M., Perera M.T.P.R., Hartog H. (2021), *Health-related quality of life, uncertainty and coping strategies in solid organ transplant recipients during shielding for the COVID-19 pandemic*, „Transplant

- International: Official Journal of the European Society for Organ Transplantation”, vol. 34, issue 11, s. 2122–2137.
- Menekli T., Şentürk S. (2023), *The Relationship between the intolerance of uncertainty and the fear of COVID-19 in patients awaiting kidney transplantation during the pandemic*, „Nursing Communications”, vol. 7, e2023003.
- Merlo E.M., Sicari F., Frisone F., Costa G., Alibrandi A., Avena G., Settineri S. (2021), *Uncertainty, alexithymia, suppression and vulnerability during the COVID-19 pandemic in Italy*, „Health Psychology Report”, vol. 9, no. 2, s. 169–179.
- Milaniak I., Wilczek-Rużyczka E., Wierzbicki K., Sadowski J., Przybyłowski P. (2014), *The influence of sense of coherence on emotional response in heart transplant recipients – a preliminary report*, „Kardiologia i Torakochirurgia Polska”, t. 11, nr 2, s. 220–224.
- Mishel M.H. (1981), *The measurement of uncertainty in illness*, „Nursing Research”, vol. 30, issue 5, s. 258–263.
- Mishel M.H. (1990), *Reconceptualization of the uncertainty in illness theory*, „Journal of Nursing Scholarship”, vol. 22, issue 4, s. 256–262.
- Mishel M.H. (2014), *Theories of Uncertainty in Illness*, [w:] *Middle Range Theory for Nursing*, eds. M.J. Smith, P.R. Liehr, 3<sup>rd</sup> ed., New York, s. 53–86.
- Natale P., Zhang J., Scholes-Robertson N., Cazzolli R., White D., Wong G., Guha C., Craig J., Strippoli G., Stallone G., Gesualdo L., Jaure A. (2023), *The Impact of the COVID-19 Pandemic on Patients With CKD: Systematic Review of Qualitative Studies*, „American Journal of Kidney Diseases”, vol. 82, issue 4, s. 395–409.
- Nimmo A., Gardiner D., Ushiro-Lumb I., Ravanan R., Forsythe J.L.R. (2022), *The Global Impact of COVID-19 on Solid Organ Transplantation: Two Years into a Pandemic*, „Transplantation”, vol. 106, issue 7, s. 1312–1329.
- Paessler A., Boyle S., Marks S., Kessar N., Stojanovic J. (2021), *Psychological Concerns of Children Undergoing Kidney Transplantation During the Pandemic: Single-centre Experience*, „BMJ Paediatrics Open”, vol. 5, e001174.
- Penkala-Gawęcka D.M. (2020), *COVID-19, niepewność, lęk i nadzieja. W poszukiwaniu skutecznego leku*, „LUD. Organ Polskiego Towarzystwa Ludoznawczego”, t. 104, s. 185–212.
- Poltransplant (2023), *Stanowisko (tymczasowe) Poltransplantu dotyczące wykorzystania narządów, tkanek i komórek innych niż komórki krwiotwórcze do przeszczepienia w związku z zakażeniem koronawirusem*

- SARS-COV-2 (2023.12.06), [https://poltransplant.pl/Download/covid/2023\\_12\\_06\\_Stanowisko\\_Poltransplantu\\_ws\\_COVID-19.pdf](https://poltransplant.pl/Download/covid/2023_12_06_Stanowisko_Poltransplantu_ws_COVID-19.pdf) [dostęp: 11.07.2024].
- Robichaud M. (2013), *Cognitive Behavior Therapy Targeting Intolerance of Uncertainty: Application to a Clinical Case of Generalized Anxiety Disorder*, „Cognitive and Behavioral Practice”, vol. 20, issue 3, s. 251–263.
- Shun S.C., Chou Y.J., Chen C.H., Yang J.C. (2018), *Change of Uncertainty in Illness and Unmet Care Needs in Patients With Recurrent Hepatocellular Carcinoma During Active Treatment*, „Cancer Nursing”, vol. 41, issue 4, s. 279–289.
- Siwińska J. (2018), *Psychologiczna pomoc pacjentom poddawanych transplantacji serca i operacji wszczepienia mechanicznego wspomaganie krążenia*, „Sztuka Leczenia”, nr 1, s. 37–42.
- Sygit-Kowalkowska E. (2014), *Radzenie sobie ze stresem jako zachowanie zdrowotne człowieka – perspektywa psychologiczna*, „Hygeia Public Health”, t. 49, nr 2, s. 202–208.
- Thangaraju S., Wang Y., Kee T., Tee P.S., Lu Y.M., Yong J.H., Ho Q.Y., Liew I.T., Foo F., Kwan N., Ng E., He X., Lee C., Baey S., Leong J., Tan J., Shirore R.M., Jafar T.H. (2022), *Psychological distress and associated factors among kidney transplant recipients and living kidney donors during COVID-19*, „BMC Nephrology”, vol. 23, issue 1, 80.
- Wagner-Skacel J., Dalkner N., Bengesser S., Ratzenhofer M., Fink N., Kahn J., Pilz R., Mörkl S., Lenger M., Fazekas C., Matzer F., Butler M., Reininghaus E.Z., Müller H., Kniepeiss D. (2021), *COVID-19 Pandemic Stress-Induced Somatization in Transplant Waiting List Patients*, „Frontiers in Psychiatry”, vol. 12, 671383.
- Yıldız E. (2021), *The Relationship Between Anxiety and Intolerance of Uncertainty Levels in Individuals Who Received Liver Transplant: A Descriptive Cross-Sectional Study*, „Clinical Nursing Research”, vol. 30, issue 5, s. 548–557.
- Zhang Y. (2017), *Uncertainty in Illness: Theory Review, Application, and Extension*, „Oncology Nursing Forum”, vol. 44, no. 6, s. 645–649.
- Ziarko M. (2014), *Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej*, Poznań.



**Michał Kupczyk**

Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie, Wydział Psychologii, Pedagogiki i Nauk Humanistycznych  
<https://orcid.org/0000-0002-4988-499X>

# DEPRESJA W SPOŁECZEŃSTWIE PODCZAS PANDEMII COVID-19 A WPŁYW TERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ

## Streszczenie

Depresja to bardzo powszechne w społeczeństwie światowym zaburzenie, na które podczas pandemii COVID-19 zaobserwowano ogromny wzrost zachorowalności. W wyniku izolacji społecznej, utraty pracy, ograniczeń w przemieszczaniu się i niepewności co do przyszłości wiele osób doświadczało smutku, bezradności i beznadziei. Jednak istnieją skuteczne sposoby leczenia depresji takie jak terapia poznawczo-behawioralna, która może pomóc osobom z depresją w zmniejszeniu jej objawów i w poprawie jakości życia. Terapia skupia się na zmianie negatywnych myśli i zachowań, które przyczyniają się do depresji. Przez naukę technik radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i redefiniowanie negatywnych myśli terapia może pomóc pacjentom w lepszym zrozumieniu i kontrolowaniu swoich emocji. Opracowanie ma na celu przedstawienie przeglądu i analizy literatury dotyczącej występowania depresji w społeczeństwie podczas pandemii COVID-19 oraz wybranych aspektów terapii poznawczo-behawioralnej w odniesieniu do poznawczego modelu depresji.

**Słowa kluczowe:** depresja, terapia poznawczo-behawioralna, pandemia COVID-19

## Depression in society during the COVID-19 pandemic and the impact of cognitive-behavioral therapy

### Abstract

Depression is a very common disorder in the global society, and during the COVID-19 pandemic, there has been a significant increase in the incidence of depression. Due to social isolation, job loss, travel restrictions, and uncertainty about the future, many people have experienced sadness, helplessness, and despair. However, there are effective ways to treat depression, such as cognitive-behavioral therapy, which can help people with depression reduce symptoms and improve their quality of life. This therapy focuses on changing negative thoughts and behaviors that contribute to depression. By learning techniques to cope with difficult situations and redefining negative thoughts, therapy can help patients better understand and control their emotions. This article aims to provide a review and analysis of literature on the incidence of depression in society during the COVID-19 pandemic, as well as to present selected aspects of cognitive-behavioral therapy in relation to the cognitive model of depression.

**Key words:** Depression, Cognitive-Behavioral Therapy, COVID-19 Pandemic

### Wprowadzenie

Epidemie chorób zakaźnych wpływają w oczywisty sposób na zdrowie fizyczne społeczeństwa, natomiast warto wspomnieć o realnym wpływie na jego zdrowie psychiczne oraz ogólne funkcjonowanie. Wirus SARS-CoV-2 spowodował znaczną utratę zdrowia i życia szczególnie wśród osób starszych, wrażliwych i z chorobami współistniejącymi, przyczynił się również do pogorszenia jakości życia oraz zdrowia psychicznego ogółu społeczeństwa (Wu i in. 2020). Chociaż istnieją oczywiste i skuteczne oddziaływania na rzecz kontroli i ograniczania rozprzestrzeniania się pandemii, uprzedzenia i łąki społeczne mogą znacznie utrudniać ich realizację (Ren, Gao, Chen 2020).

Bezprecedensowe zmiany w codziennym życiu wywołane przez pandemię COVID-19 postępowały bardzo szybko. Izolacja społeczna, zamykanie szkół i uczelni, praca zdalna, utrudniony dostęp do placówek medycznych to jedne z wielu aspektów niosących za sobą psychologiczne konsekwencje pandemii. Nawet jeżeli u wielu osób nie doszło do zakażenia, to życie w ciągłym stresie, niepokoju oraz lęku o przyszłość mogło odcisnąć swoje piętno na zdrowiu

psychicznym (Xiao i in. 2020). Aby w jak największym stopniu ograniczyć eskalację pandemii, na całym świecie wprowadzono ograniczenia w zgromadzeniach publicznych, odwołano planowane wydarzenia społeczne, zastosowano zakazy przemieszczania się, zamykano przestrzeń powietrzną oraz granice państw. Stosowano również czasowe kwarantanny, które dla wielu osób wiązały się z przykrym doświadczeniem izolacji. Doświadczenia te mogły się przyczynić do pozbawienia ludzi bezpośredniego, wynikającego z osobistych kontaktów wsparcia, zagrozić poczuciu więzi społecznych i ostatecznie przełożyć się na zdrowie psychiczne i ograniczenie jakości życia (Hawryluck i in. 2004).

Chociaż izolacja społeczna i ograniczenia przemieszczania się są ważnymi środkami służącymi do powstrzymywania chorób zakaźnych, stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia psychicznego i dobrej kondycji społeczeństwa. Dlatego w ramach ogólnych działań związanych z prewencją należy kłaść nacisk na potrzeby związane ze zdrowiem psychicznym (Fiorillo i in. 2020). Czasy pandemiczne wiążą się z ogromnymi zagrożeniami dla zdrowia oraz życia społeczeństwa na całym świecie. Powodem jest nie tylko sama choroba i jej powikłania, ale również zmiany w codziennym funkcjonowaniu. Czynniki, o których już była mowa, mogą przyczynić się do wystąpienia wielu problemów psychologicznych, w tym objawów depresji (Qiu i in. 2020). Potwierdził to m.in. ogólny przegląd systematyczny *Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population*, który dostarczył informacji na temat bardzo dużej częstości występowania niekorzystnych objawów psychicznych u ogółu społeczeństwa podczas pandemii COVID-19. Szczególnie zwrócono uwagę na zaburzenia takie jak depresja, PTSD oraz występowanie ryzyka samobójczego. Badacze stwierdzili, że w sytuacjach pandemicznych należy wprowadzić politykę integrującą ograniczenie ryzyka wirusowego z działaniami mającymi na celu łagodzenie zagrożeń dla zdrowia psychicznego (Xiong i in. 2020). Podejście terapeutyczne, które warto rozważyć zarówno w przypadku pogorszenia zdrowia psychicznego, jak również przy leczeniu depresji to terapia poznawczo-behawioralna, która cieszy się coraz większym zainteresowaniem na całym świecie, a jej skuteczność potwierdzają liczne badania (Hofmann i in. 2012).

## Cel

Depresja to zaburzenie, które dotyka wiele osób na całym świecie, a pandemia COVID-19 tylko pogłębiła ten problem, powodując wzrost zachorowań w społeczeństwie. Nieleczona depresja może mieć ogromne konsekwencje dla dalszego funkcjonowania, a w skrajnych przypadkach może zakończyć się śmiercią. Dlatego tak ważne jest poważne potraktowanie tego problemu przez zwiększenie świadomości społecznej, dobrą diagnostykę oraz oddziaływania terapeutyczne zarówno psychiatryczne, jak i psychologiczne. Oddziaływań o charakterze psychologicznym jest wiele, jednak jednym z najskuteczniejszych i stosunkowo szybko przynoszących efekty jest terapia poznawczo-behawioralna. Uwzględniając powyższą problematykę, opracowanie ma na celu przedstawienie przeglądu i analizy literatury naukowej dotyczącej występowania depresji w społeczeństwie podczas pandemii COVID-19 oraz zaprezentowanie wybranych aspektów terapii poznawczo-behawioralnej w odniesieniu do poznawczego modelu depresji.

## Depresja i jej charakterystyka

Depresja to zaburzenie psychiczne, które charakteryzuje się występowaniem głębokiego i przewlekłego smutku, przygnębienia, utraty energii i motywacji oraz zmian w zachowaniu i sposobie myślenia. Osoby cierpiące na depresję mogą również doświadczać problemów z koncentracją, zmian w apetycie i wadze ciała, trudności w zasypianiu lub utrzymaniu snu, a także mieć myśli samobójcze lub próby samobójcze. Depresja może mieć różnorodne przyczyny, w tym czynniki biologiczne, genetyczne, psychologiczne i społeczne. Depresja jest poważnym zaburzeniem, które może prowadzić do różnych konsekwencji dla zdrowia psychicznego i fizycznego. Jednak za pomocą odpowiedniej psychoterapii, farmakoterapii lub ich połączenia można bardzo skutecznie leczyć depresję i poprawić jakość życia osoby cierpiącej na to zaburzenie (American Psychiatric Association 2013). Według kryteriów diagnostycznych DSM-V, aby zdiagnozować epizod depresyjny, należy rozpoznać:

1. Przynajmniej pięć z następujących objawów, występujących przez co najmniej dwa tygodnie i reprezentujących zmianę w funkcjonowaniu:
  - smutek lub utrata zainteresowania bądź przyjemności,
  - zmiana wagi lub apetytu,
  - zaburzenia snu,
  - agitacja lub spowolnienie psychoruchowe,
  - zmęczenie lub utrata energii,
  - poczucie beznadziejności, winy lub bezwartościowości,
  - trudności w koncentracji lub podejmowaniu decyzji,
  - myśli, plany lub próby samobójcze.
2. Objawy, które powodują znaczące cierpienie lub utrudnienia w funkcjonowaniu społecznym, zawodowym lub w innych ważnych obszarach życia.
3. Objawy, które nie są spowodowane przez chorobę fizyczną lub substancję psychoaktywną.
4. Objawy, które nie są lepiej wyjaśnione przez schizofrenię, zaburzenia psychotyczne lub inne zaburzenia nastroju (American Psychiatric Association 2013).

### **Konsekwencje depresji**

Depresja jest jednym z najczęstszych zaburzeń psychicznych, które dotykają ludzi na całym świecie. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) niepełnosprawność zalicza się do głównych czynników ryzyka zachorowania na depresję i przedwczesnej śmierci; przy tak szybkiej eskalacji depresja stanie się jedną z najczęstszych przyczyn utraty zdrowia na całym świecie (Ferrari i in. 2013).

Konsekwencje depresji mają charakter wielowymiarowy i dotyczą różnych sfer życia pacjenta, a także jego bliskich i społeczeństwa. Jedną z najczęstszych konsekwencji jest pogorszenie jakości życia chorego. Badania pokazują, że osoby z depresją częściej cierpią na bóle ciała, problemy ze snem, zmniejszoną sprawność fizyczną i umysłową, a także mają problemy w relacjach społecznych (Cuijpers i in. 2014). Ponadto depresja nierzadko prowadzi do częstych absencji w miejscu pracy i zmniejszenia wydajności zawodowej, co stanowi istotny problem dla pacjentów i ich pracodawców (Lerner

i in. 2004). Depresja zwiększa również ryzyko chorób somatycznych – według badań chorzy są bardziej narażeni na choroby serca, cukrzycę, choroby układu oddechowego i infekcje (Cuijpers i in. 2014). Warto także zwrócić uwagę, że depresja często współwystępuje z innymi chorobami, co dodatkowo zwiększa ryzyko powikłań i pogorszenia stanu zdrowia pacjenta (Moussavi i in. 2007). Konsekwencje depresji mają również aspekt ekonomiczny. Według badań koszty związane z depresją obejmują nie tylko leczenie, ale także koszty związane z ograniczeniem życia zawodowego (Lerner i in. 2004). Dodatkowo można zwrócić uwagę na zwiększające się statystyki zachorowalności na depresję, a to może wpływać na spore obciążenie systemu opieki zdrowia i stanowić poważny problem dla społeczeństwa (McGrath i in. 2017).

### **Depresja w społeczeństwie**

Zjawisko występowania depresji w społeczeństwie światowym jest regularnie poddawane wielu analizom. Warto przytoczyć badanie *Global Burden of Disease* z 2017 r., które w kompleksowy sposób analizowało obciążenia chorobowe na całym świecie. Autorzy na podstawie danych z lat 1990–2017 przeanalizowali 354 choroby i urazy w 195 krajach i na terytoriach. Celem było określenie globalnego występowania chorób i zaburzeń, a także lat życia oraz funkcjonowania z nimi. W przeglądzie wykorzystano wiele różnych źródeł danych, w tym dane z badań epidemiologicznych, systemów rejestrów chorób i zgonów oraz raportów rządowych i międzynarodowych organizacji zdrowia. Wyniki pokazują, że choroby układu krążenia, nowotwory oraz choroby psychiczne są głównymi przyczynami obciążenia chorobowego na świecie, a depresja została zakwalifikowana jako jedno z najczęstszych zaburzeń psychicznych (GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators 2018). Na takie same wnioski pozwalają statystyki WHO. Według nich na depresję cierpi około 264 mln ludzi na świecie oraz jest ona jednym z głównych czynników ryzyka samobójstw. Niepokojące doniesienia wskazują, że około 800 tys. osób rocznie popełnia samobójstwo, a zdecydowana większość z nich cierpi na depresję. WHO wyróżnia również, że depresja wpływa na zdrowie

fizyczne i może prowadzić do występowania chorób serca, układu krążenia, cukrzycy i wielu innych chorób przewlekłych. Organizacja zwraca także uwagę na to, że kobiety są dwukrotnie bardziej narażone na depresję niż mężczyźni, a zaburzenie to najczęściej występuje pomiędzy 25 a 44 r.ż. (WHO 2023).

## Depresja podczas pandemii COVID-19

Jedne z pierwszych doniesień na temat depresji podczas pandemii COVID-19 pochodzą z badań przeprowadzonych przez Jianyin Qiu i jej zespół (2020) na chińskiej populacji. Dane zaczęto zbierać 31 stycznia 2020 r. Narzędzia wykorzystane w badaniu, w którym uczestniczyło 52 730 osób, to: kwestionariusz autorski stworzony na podstawie międzynarodowej klasyfikacji chorób i zaburzeń oraz ankieta socjodemograficzna. Wyniki wskazujące na wystąpienie problemów psychicznych, w tym również objawów depresyjnych, uzyskano u 35% respondentów. Byli to:

- młodzi dorośli – badacze tłumaczą, że popularność mediów społecznościowych wśród tej grupy i ekspozycja na dużą ilość informacji mogła wpływać na odczuwany stres;
- osoby starsze – wśród tej grupy występuje największe narażenie na trudny przebieg choroby i śmierć;
- osoby z wyższym wykształceniem – wysoka świadomość problemów;
- osoby dojeżdżające codziennie do pracy – narażenie na zakażenie podczas podróży do pracy;
- osoby zamieszkujące środkowy region Chin – ponieważ obszar ten w największym stopniu był dotknięty pandemią.

Autorzy artykułu podkreślają, że epidemia COVID-19 miała ogromny wpływ na zdrowie psychiczne społeczeństwa i wymaga interwencji zarówno na poziomie indywidualnym, jak i zbiorowym. Wskazali również na potrzebę zwiększenia dostępności odpowiedniej pomocy psychologicznej dla ogółu społeczeństwa (Qiu i in. 2020).

W artykule *Prevalence of Depression, Anxiety, and Stress during COVID-19 Pandemic* Ram Lakhan, Amit Agrawal i Manoj Sharma (2020) dokonali przeglądu dotyczącego zdrowia psychicznego.

Do przeglądu włączono 11 badań z Chin, dwa badania z Indii oraz po jednym z Hiszpanii, Włoch i Iranu. Łączna populacja wyniosła 113 285 osób, a występowanie objawów depresji zostało wykazane u 20% badanych. W artykule *Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies* przedstawiono wyniki metaanalizy 12 badań dotyczących depresji podczas pandemii COVID-19, publikowanych w naukowych bazach danych od 1 stycznia do 8 maja 2020 r. Siedem badań pochodziło z Chin, po jednym z Wietnamu i z Indii, a trzy z Europy: Włoch, Danii i Wielkiej Brytanii. Narzędziami, jakie użyto do badania, były Skala Depresji, Lęku i Stresu (*Depression Anxiety Stress Scale, DASS*) oraz Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta (*Patient Health Questionnaire, PHQ*). Badana populacja to łącznie 28 765 osób w przedziale wiekowym 32–49 lat. Występowanie depresji zostało wykazane u 25% badanych. Badacze porównali ten wynik z przeglądem badań z roku 2017, gdzie depresja występowała u 3,44% badanej populacji. Zwrócili uwagę, że pandemia COVID-19 miała znaczny wpływ na zdrowie psychiczne i że ogromnie ważne jest, aby podjąć działania mające na celu dostarczenie odpowiedniej pomocy psychologicznej pacjentom dotkniętym depresją. Autorzy podkreślają, że w czasach pandemicznych dobrymi rozwiązaniami mogą być takie formy pomocy jak: psychoterapia online, telefoniczne wsparcie psychologiczne czy też grupy wsparcia online (Bueno-Notivol i in. 2021).

Ciekawe badanie zostało opisane w artykule *Prevalence and Predictors of Depression, Anxiety, and Stress among Youth at the Time of COVID-19: An Online Cross-Sectional Multicountry Study*. W badaniu dokonano próby identyfikacji częstości występowania depresji, lęku, stresu oraz wpływu zmiennych związanych z COVID-19 u młodych osób. Łącznie wzięło w nim udział 1057 osób z różnych krajów. Całkowita częstość występowania depresji wynosiła 57%. Istotnymi predyktorami depresji były: płeć żeńska, historia chorób psychicznych w rodzinie, przebycie 14-dniowej kwarantanny. Badacze podsumowali, że COVID-19 jest kryzysem epidemiologicznym, który w dużym stopniu wpływa na zdrowie psychiczne młodych ludzi, a ograniczenia i przedłużające się restrykcje wprowadzane w związku z pandemią są czynnikami przyczyniającymi się do pogorszenia jakości życia i zdrowia psychicznego. Dlatego należy, przez

organizacje zajmujące się opieką zdrowia, zwiększyć dostępność różnych form pomocy psychologicznej oraz projektowania odpowiednich programów edukacyjnych w celu poprawy zdrowia psychicznego młodzieży (Al Omari i in. 2020).

Warto również się przyjrzeć metaanalizie dotyczącej występowania depresji pośród pracowników opieki zdrowia podczas pandemii COVID-19 (*Meta-analysis of the prevalence of anxiety and depression among frontline healthcare workers during the COVID-19 pandemic*). Do przeglądu włączono 30 badań z próbą badawczą 18 382 osób. Wyniki pokazały, że występowanie depresji wśród pracowników opieki zdrowia pierwszej linii wynosiło 45%. Autorzy wyciągnęli wnioski, że podczas pandemii COVID-19 występowanie depresji wśród tej grupy badanych było wysokie (Chen i in. 2022). W metaanalizie *Mass quarantine and mental health during COVID-19: meta-analysis* badacze poszukiwali związków między kwarantanną a zdrowiem psychicznym. Przeanalizowano 34 artykuły, a łączna liczba przebadanej populacji wynosiła 134 061 osób. Wyniki wskazują, że kwarantanna wpływała na występowanie objawów depresyjnych, natomiast było to również uzależnione od indywidualnych mechanizmów regulacyjnych badanych (Jin i in. 2021).

Zespół polskich naukowców w raporcie *Objawy depresji i lęku wśród Polaków w trakcie epidemii COVID-19* opisuje wyniki badań podłużnych przeprowadzonych podczas czterech fal pandemii. W pierwszej fali wzięło w nich udział 1179 osób, w drugiej – 1014, w trzeciej – 857, w czwartej – 688. Narzędzia badawcze obejmowały: Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta PHQ-9, ankietę socjodemograficzną, pytania dotyczące sytuacji związanej z pandemią COVID-19, Skalę Postrzeganego Ryzyka COVID-19, Skalę Trudności Epidemii oraz Skalę Wsparcia Społecznego. Najwyższe nasilenie objawów depresji i lęku uogólnionego uczestnicy badania przejawiali w maju i grudniu, a najniższe w lipcu 2020 r. – w grudniu kliniczne nasilenie objawów depresji dotyczyło 29% kobiet i 24% mężczyzn. W czasie wiosennego lockdownu (na początku maja 2020 r.) najwyższy poziom objawów depresji i lęku uogólnionego obserwowano w grupie wiekowej 18–24 lata, podczas gdy w grudniu najwyższy poziom objawów depresji deklarowały osoby w wieku 35–44 lata. Wyższe nasilenie objawów depresji i lęku uogólnionego, podczas każdej

z badanych fal, stwierdzono u osób poniżej 45 r.ż. Objawy te były głównie związane z trudnościami w domu, takimi jak trudne relacje z bliskimi, poczucie braku prywatności oraz zmęczenie nadmiarem obowiązków, a także z niepokojem i niepewnością związanymi z szerzącą się epidemią. Lepsza sytuacja materialna rodziny oraz zapewniona ciągłość wynagrodzenia wiązały się z niższym nasileniem objawów depresji i lęku uogólnionego w maju, czerwcu, lipcu i grudniu 2020 r. Osoby, które nie musiały przebywać na kwarantannie lub w izolacji domowej, przejawiały niższy poziom objawów depresji niż badani, którzy zostali objęci tymi restrykcjami (Gambin i in. 2021).

### **Terapia poznawczo-behawioralna**

Przyglądając się powyższym danym pochodzącym z badań i metaanaliz, można zauważyć, że problem depresji od wielu lat wciąż narasta, a pandemia COVID-19 mocno przyczyniła się do jego pogorszenia. Znając konsekwencje depresji i tego, jak wpływa ona na codzienne funkcjonowanie, aby poradzić sobie z tym problemem, warto znaleźć odpowiednią formę pomocy.

Jedną z najskuteczniejszych psychologicznych metod terapeutycznych w przypadku depresji jest terapia poznawczo-behawioralna (Hofmann i in. 2012), która ma bogatą historię i zyskała dużą popularność na całym świecie (Beck 2011). Jest to forma psychoterapii, która koncentruje się na zmianie negatywnych wzorców myślenia i zachowań, które przyczyniają się do problemów emocjonalnych i psychologicznych pacjentów. Terapia ta opiera się na założeniu, że myśli, uczucia i zachowania wzajemnie wpływają na siebie i że modyfikacja jednego z tych elementów może wpłynąć na pozostałe. Według Aarona Becka terapia poznawcza zakłada, że u podłoża problemów emocjonalnych leży system negatywnych przekonań, które kształtują interpretację wydarzeń i które prowadzą do nieprawidłowych wniosków i myśli, powodujących błędne reakcje emocjonalne (Beck 1976). Na podstawie terapii poznawczo-behawioralnej Beck stworzył specjalny model teoretyczny depresji, opisujący jej specyfikę poznawczą, jak również behawioralną występującą w tym zaburzeniu, który po odpowiednim wykorzystaniu może posłużyć jako protokół pracy z pacjentami depresyjnymi. Beck

zwrócił uwagę, że główną rolę w depresji można przypisać negatywnym depresjogennym schematom poznawczym, zniekształceniom w przetwarzaniu informacji oraz triadzie depresyjnej, czyli negatywnym przekonaniom na temat siebie, świata oraz przyszłości. Negatywne wydarzenia życiowe aktywizują depresjogenne schematy, które wpływają na pojawianie się zniekształconych automatycznych myśli, prowadząc do pojawienia się triady depresyjnej oraz obniżenia nastroju. Tym sposobem dochodzi do uruchomienia błędnego koła, w którym pojawiający się smutek oraz towarzysząca mu reakcja fizjologiczna wpływają na ograniczenie aktywności, w konsekwencji czego dochodzi do potwierdzenia depresyjnego myślenia o sobie, świecie oraz o przyszłości (Beck 1967).

Pełny model konceptualizacyjny depresji w omawianym ujęciu obejmuje kilka kluczowych elementów:

1. Wczesne doświadczenia: życiowe doświadczenia, opinie innych, modelowanie i wychowanie.
2. Przekonania kluczowe: kształtowane od najmłodszych lat, są sztywne i ogólnikowe, np. „jestem niekompetentny”; często zawierają triadę depresyjną.
3. Przekonania pośredniczące: postawy i zasady postępowania, np. „porażka jest czymś strasznym”, „zrezygnuj, jeśli zadanie jest za trudne”.
4. Strategie radzenia sobie: zachowania pomagające radzić sobie z przekonaniem, np. bardzo ciężka praca, nadmierne przygotowania, unikanie proszenia o pomoc.
5. Sytuacje aktywizujące: wydarzenia, które wywołują automatyczne myśli.
6. Automatyczne myśli: myśli pojawiające się spontanicznie w odpowiedzi na sytuacje, wynikające z posiadanych schematów poznawczych, wpływające na emocje i reakcje fizyczne.

Konceptualizacja uzupełniona o powyższe elementy pomaga w lepszym zrozumieniu pacjenta. Wpływa również na indywidualne dostosowanie oddziaływania terapeutycznego dla danego pacjenta, co przekłada się na efekty terapii (Beck 2011).

W leczeniu depresji z wykorzystaniem terapii poznawczo-behawioralnej bardzo istotna jest psychoedukacja. Pacjenci zostają zapoznani z modelem poznawczym, zyskują wiedzę na temat depresyjnych

automatycznych myśli, emocji, zachowań podtrzymujących. Zyskują również świadomość, jak tę wiedzę wykorzystać w praktyce. Kolejnym ważnym elementem terapii jest restrukturyzacja poznawcza, czyli rozpoznawanie zniekształconych, nieadekwatnych przekonań i zachowań depresyjnych oraz zastąpienie ich takimi, które pozwolą lepiej funkcjonować. Istotna jest również aktywizacja behawioralna polegająca na stopniowym zwiększaniu dziennej aktywności. Na zakończenie terapii stawia się nacisk na nauczenie pacjentów zapobiegania nawrotom (Beck 2011; Padesky, Greenberger 2004).

Terapia poznawczo-behawioralna w depresji jest bardzo dobrze przebadaną metodą o udowodnionej skuteczności (Hofmann i in. 2012). Autorzy przeglądu *A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments*, opierając się na 75 badaniach, jednoznacznie stwierdzają, że terapia poznawczo-behawioralna jest skuteczną formą leczenia depresji u osób dorosłych (Cuijpers i in. 2014).

## Podsumowanie

Pandemia COVID-19 w jednoznaczny sposób przyczyniła się do pogorszenia zdrowia psychicznego wśród społeczeństwa. Izolacja, zmieniające się restrykcje oraz chroniczny niepokój to jedne z wielu czynników wpływających na pojawianie się objawów depresyjnych (Wu i in. 2020). Depresja jest jednym z najczęstszych zaburzeń psychicznych na świecie i stała się szczególnie powszechna podczas pandemii COVID-19, która przyniosła ze sobą izolację społeczną, utratę pracy i dochodów, ograniczenia w przemieszczaniu się, a także niepewność co do przyszłości (Ren i in. 2020). Wiele osób odczuło smutek, beznadzieję i bezradność z powodu sytuacji, w jakiej się znaleźli.

Depresja jest chorobą, która dotyka nie tylko ludzi starszych, ale również młodsze osoby. Z tego powodu należy przywiązywać dużą wagę do jej leczenia, szczególnie w obliczu trudności wynikających z pandemii. Terapia poznawczo-behawioralna jest jednym z najskuteczniejszych sposobów leczenia depresji, ponieważ skupia się na zmianie negatywnych myśli i zachowań, które przyczyniają się do choroby (Hofmann i in. 2012). Podczas ograniczeń pandemicznych terapia ta może być prowadzona online lub w formie telefonicznego

wsparcia psychologicznego, co w znaczny sposób może zwiększyć jej dostępność (Bueno-Notivol, 2021). Dużą nadzieję można również wiązać z internetowymi platformami opartymi na terapii poznawczo-behawioralnej, które wykorzystują te same strategie co konwencjonalna terapia, a nie muszą obejmować interakcji z terapeutą. Bazują na psychoedukacji, nauce strategii restrukturyzacji poznawczej, aktywizacji czy też ćwiczeniach relaksacyjnych. Mogą być dodatkiem do tradycyjnej terapii, oddziaływaniami profilaktycznymi lub też częściowo zastępstwem za konwencjonalną terapię np. w okresie oczekiwania na termin u psychoterapeuty. Ponadto takie metody wykazują obiecującą skuteczność, lecz wciąż potrzeba większej liczby badań na ten temat (Komariah i in. 2022). Warto też pamiętać o profilaktyce zdrowia psychicznego, wczesnej diagnozie oraz wyciąganiu wniosków z historii.

Na podstawie przeprowadzonej analizy można wyciągnąć następujące wnioski:

1. Niekorzystne konsekwencje pandemii COVID-19 mogły wpływać na częstość występowania depresji w społeczeństwie.
2. Występowanie depresji podczas pandemii COVID-19 było zauważalne w różnych krajach, a badania na ten temat są prowadzone na całym świecie.
3. Kwarantanna podczas pandemii COVID-19 wpływała na występowanie objawów depresyjnych, natomiast było to również uzależnione od indywidualnych mechanizmów regulacyjnych osób badanych.
4. W związku z tym, że podczas pandemii COVID-19 zaobserwowano spadek zdrowia psychicznego społeczeństwa, ważne jest, aby zapewnić dostępność odpowiedniej pomocy psychologicznej zarówno na poziomie indywidualnym, jak i zbiorowym.
5. W czasach ograniczeń pandemicznych dobrymi rozwiązaniami pomocowymi mogą być psychoterapia online, telefoniczne wsparcie psychologiczne, grupy wsparcia online.
6. W omawianych badaniach do szacowania objawów depresyjnych często używano kwestionariusza PHQ oraz skalę DASS.
7. Terapia poznawczo-behawioralna jest dobrze przebadaną metodą terapeutyczną.
8. Badania wykazują skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu depresji.

## Bibliografia

- Al Omari O., Al Sabei S., Al Rawajfah O., Abu Sharour L., Aljohani K., Alomari K., Shkman L., Al Dameery K., Saifan A., Al Zubidi B., Anwar S., Alhalaiqa F. (2020), *Prevalence and Predictors of Depression, Anxiety, and Stress among Youth at the Time of COVID-19: An Online Cross-Sectional Multicountry Study*, „Depression Research and Treatment”, 8887727, <https://doi.org/10.1155/2020/8887727>.
- American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*, 5<sup>th</sup> ed., Washington, DC–London.
- Beck A.T. (1967), *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*, New York.
- Beck A.T. (1976), *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, New York.
- Beck J.S. (2011), *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*, foreword A.T. Beck, New York.
- Bueno-Notivol J., Gracia-García P., Olaya B., Lasheras I., López-Antón R., Santabárbara J. (2021), *Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies*, „International Journal of Clinical and Health Psychology”, vol. 21, issue 1, 100196, <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.07.007>.
- Chen Y., Wang J., Geng Y., Fang Z., Zhu L., Chen Y., Yao Y. (2022), *Meta-analysis of the prevalence of anxiety and depression among frontline healthcare workers during the COVID-19 pandemic*, „Frontiers in Public Health”, vol. 10, 984630, <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.984630>.
- Cuijpers P., Vogelzangs N., Twisk J., Kleiboer A., Li J., Penninx B.W. (2014), *Comprehensive meta-analysis of excess mortality in depression in the general community versus patients with specific illnesses*, „American Journal of Psychiatry”, vol. 171, issue 4, s. 453–462.
- Gambin M., Sękowski M., Woźniak-Prus M., Pisula E., Hansen K., Kmita G., Kubicka K., Gorgol J., Huflejt-Łukasik M., Holas P., Łyś A.E., Wnuk A., Oleksy T., Szczepaniak A., Cudo A., Łojek E., Bargiel-Matusiewicz K. (2021), *Objawy depresji i lęku wśród Polaków w trakcie epidemii COVID-19. Raport z badań podłużnych*, [https://psych.stroyny.uw.edu.pl/wp-content/uploads/sites/98/2021/01/Raport\\_objawy\\_depresji\\_leku\\_IV\\_fale.pdf](https://psych.stroyny.uw.edu.pl/wp-content/uploads/sites/98/2021/01/Raport_objawy_depresji_leku_IV_fale.pdf) [dostęp: 2.07.2024].
- GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2018), *Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of*

- Disease Study 2017*, „Lancet”, vol. 392, issue 10159, s. 1789–1858, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7).
- Ferrari A.J., Charlson F.J., Norman R.E., Patten S.B., Freedman G., Murray C.J., Whiteford H.A. (2013), *Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010*, „PLOS Medicine”, vol. 10, issue 11, e1001547.
- Fiorillo A., Sampogna G., Giallonardo V., Del Vecchio V., Luciano M., Albert U., Carmassi C., Carrà G., Cirulli F., Dell’Osso B., Nanni M.G., Pompili M., Sani G., Tortorella A., Volpe U. (2020), *Effects of the lockdown on the mental health of the general population during the COVID-19 pandemic in Italy: Results from the COMET collaborative network*, „European Psychiatry”, vol. 63, issue 1, e87, <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.89>.
- Hawryluck L., Gold W.L., Robinson S., Pogorski S., Galea S., Styra R. (2004), *SARS control and psychological effects of quarantine*, Toronto, Canada, „Emerging Infectious Diseases”, vol. 10, no. 7, s. 1206–1212, <https://doi.org/10.3201/eid1007.030703>.
- Hofmann S.G., Asnaani A., Vonk I.J.J., Sawyer A.T., Fang A. (2012), *The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses*, „Cognitive Therapy and Research”, vol. 36, issue 5, s. 427–440, <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>.
- Jin Y., Sun T., Zheng P., An J. (2021), *Mass quarantine and mental health during COVID-19: A meta-analysis*, „Journal of Affective Disorders”, vol. 295, s. 1335–1346, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.067>.
- Komariah M., Amirah S., Faisal E.G., Prayogo S.A., Maulana S., Platini H., Suryani S., Yosep I., Arifin H. (2022), *Efficacy of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Depression and Anxiety among Global Population during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis of a Randomized Controlled Trial Study*, „Healthcare”, vol. 10, issue 7, 1224, <https://doi.org/10.3390/healthcare10071224>.
- Lakhan R., Agrawal A., Sharma M. (2020), *Prevalence of Depression, Anxiety, and Stress during COVID-19 Pandemic*, „Journal of Neurosciences in Rural Practice”, vol. 11, issue 4, s. 519–525, <https://doi.org/10.1055/s-0040-1716442>.
- Lerner D., Adler D.A., Chang H., Lapitsky L., Hood M.Y., Perissinotto C., Reed J., McLaughlin T.J., Berndt E.R., Rogers W.H. (2004), *Unemployment, job retention, and productivity loss among employees with depression*, „Psychiatric Services”, vol. 55, issue 12, s. 1371–1378, <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.12.1371>.

- McGrath J.J., McLaughlin K.A., Saha S., Aguilar-Gaxiola S., Al-Hamzawi A., Alonso J., Bruffaerts R., de Girolamo G., de Jonge P., Esan O., Florescu S., Gureje O., Haro J.M., Hu C., Karam E.G., Kovess-Masfety V., Lee S., Lepine J.P., Lim C.C.W., Medina-Mora M.E., Mneimneh Z., Pennell B.E., Piazza M., Posada-Villa J., Sampson N., Viana M.C., Xavier M., Bromet E.J., Kendler K.S., Kessler R.C. (2017), *The association between childhood adversities and subsequent first onset of psychotic experiences: a cross-national analysis of 23 998 respondents from 17 countries*, „Psychological Medicine”, vol. 47, issue 7, s. 1230–1245, <https://doi.org/10.1017/S0033291716003263>.
- Moussavi S., Chatterji S., Verdes E., Tandon A., Patel V., Ustun B. (2007), *Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys*, „Lancet”, vol. 370, issue 9590, s. 851–858.
- Padesky C.A., Greenberger D. (2004), *Umysł ponad nastrojem: zmień nastrój poprzez zmianę sposobu myślenia*, tłum. M. Słota, Kraków.
- Qiu J., Shen B., Zhao M., Wang Z., Xie B., Xu Y. (2020), *A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations*, „General Psychiatry”, vol. 33, issue 2, e100213.
- Ren S.-Y., Gao R.-D., Chen Y.-L. (2020), *Fear can be more harmful than the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 in controlling the corona virus disease 2019 epidemic*, „World Journal of Clinical Cases”, vol. 8, issue 4, s. 652–657, <https://doi.org/10.12998/WJCC.V8.I4.652>.
- Wu W., Zhang Y., Wang P., Zhang L., Wang G., Lei G., Xiao Q., Cao X., Bian Y., Xie S., Huang F., Luo N., Zhang J., Luo M. (2020), *Psychological stress of medical staffs during outbreak of COVID-19 and adjustment strategy*, „Journal of Medical Virology”, vol. 92, issue 10, s. 1962–1970, <https://doi.org/10.1002/JMV.25914>.
- WHO (2023), *Depressive disorder (depression)*, 31.03, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> [dostęp: 16.04.2023].
- Xiao H., Zhang Y., Kong D., Li S., Yang N. (2020), *Social capital and sleep quality in individuals who self-isolated for 14 days during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in January 2020 in China*, „Medical Science Monitor”, vol. 26, e923921.
- Xiong J., Lipsitz O., Nasri F., Lui L.M.W., Gill H., Phan L., Chen-Li D., Iacobucci M., Ho R., Majeed A., McIntyre R.S. (2020), *Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review*, „Journal of Affective Disorders”, vol. 277, s. 55–64, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>.

**Andrzej Mirski**

Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie, Wydział Psychologii, Pedagogiki i Nauk Humanistycznych

<https://orcid.org/0000-0002-3688-0308>

# NEGATYWNE I POZYTYWNE KONSEKWENCJE STRESU Z PERSPEKTYWY ZDROWIA I ROZWOJU

## Streszczenie

Celem artykułu jest próba ustalenia, jaki charakter stresu oraz traumy oraz jakie cechy jednostki im poddanej zadecydują o tym, że odpowiedź na stres i traumę będzie osłabiać jednostkę, prowadząc ją do różnych chorób (w tym PTSD), a jakie zadecydują o ostatecznym wzmocnieniu psychiki i sił życiowych człowieka. Celem jest także próba ustalenia, jak zarówno negatywne, jak i pozytywne konsekwencje stresu oraz traumy przejawiają się w różnych dziedzinach życia jednostki.

**Słowa kluczowe:** stres, trauma, odporność psychiczna, rezyliencja, PTSD, rozwój potraumatyczny

## Negative and positive health consequences of stress and trauma Abstract

The aim of the article is to try to determine what kind of stress and trauma and what characteristics of the individual subjected to them will determine whether the response to stress and trauma will weaken the individual, leading to various diseases (including PTSD), or whether they will decide on the ultimate strengthening of the psyche and life forces of a person. The aim of the article is also to try to determine how both negative and positive consequences of stress and trauma manifest themselves in different areas of an individual's life.

**Key words:** stress, trauma, psychological resilience, resilience, PTSD, posttraumatic growth

## Wprowadzenie

Zachowanie zdrowia jest rezultatem równoważenia stresorów i zasobów, które można im przeciwstawić. Im więcej jednostka posiada zasobów, tym stres oddziałuje słabiej, a jego niekorzystne rezultaty są mniejsze. „Człowiek znajduje się w zmieniającej się rzeczywistości, w której nieustannie spotyka się z bodźcami, na które nie ma gotowej odpowiedzi adaptacyjnej, a na które musi zareagować” (Kaczmarska, Curyło-Sikora 2016, s. 319; zob. Antonovsky 1995). Dla utrzymania zdrowia potrzebne jest zatem wykorzystanie dostępnych jednostce zasobów, celem sprostania zewnętrznym i wewnętrznym wymaganiom.

Stres i trauma są złożonymi zjawiskami, a ich wpływ na jednostkę może mieć różne konsekwencje. Zazwyczaj podkreśla się głównie ich negatywne skutki zdrowotne, osłabiające jednostkę i prowadzące do różnych chorób, w tym zespołu stresu pourazowego (*posttraumatic stress disorder*, PTSD). Jednak już sam twórca teorii stresu Hans Selye (1956) zauważył, że stres jest nieodzownym składnikiem życia i może przyjmować formy korzystne dla organizmu (eustres). Potwierdza to również zjawisko hormezy, choć jest ono lepiej znane i udokumentowane w naukach biologicznych i medycznych niż w naukach psychologicznych (Mattson, Calabrese 2009). Doświadczenie stresu w stosownej ilości może wzmacniać odporność jednostki na późniejszy, silniejszy stres, co Michael Rutter (2006) nazywał „hartowaniem”. Praktyka hartowania, popularna w tradycyjnej pedagogice, nadal jest stosowana, zwłaszcza w szkoleniu wojskowym. W psychologii dopiero od stosunkowo niedawna pisze się o rozwijaniu odporności psychicznej i rezyliencji. Ważną nowością było tutaj pojawienie się koncepcji potraumatycznego rozwoju (*posttraumatic growth*, PTG).

Celem opracowania jest próba określenia, jakie cechy samego stresu czy traumy, jakie właściwości poddanej im jednostki oraz cechy kontekstu środowiskowego i kulturowego będą decydować o tym, czy odpowiedź na stres i trauma będą miały charakter negatywny, czy też rezultatem będzie wzmocnienie jednostki. Może się też zdarzyć, że nastąpią zarówno jedne, jak i drugie konsekwencje, choć zazwyczaj w różnych dziedzinach psychiki i życia jednostki.

## Nieuniknioność stresu

Stres jest zjawiskiem występującym, gdy człowiek odczuwa presję i obciążenia, które są na granicy zdolności do radzenia sobie z nimi lub też wykraczają poza te granice. Sytuację stresową można zatem określić jako trudną i stawiającą przed człowiekiem poważne żądania, na które stres jest właśnie odpowiedzią (Selye 1977). Wpływa on na funkcjonowanie organizmu zarówno na poziomie fizycznym, jak i psychicznym. Według Selyego (1960, s. 40) stres jest „nieodpartą siłą, która działa na każdego człowieka, powodując zmiany w organizmie, które muszą zostać przewyciężone, a które w przypadku niepowodzenia prowadzą do chorób”.

Stres definiowany jako nacisk wywierany na żywy organizm jest zjawiskiem powszechnym i nieuniknionym. Selye uznał, że stanowi on niespecyficzną reakcję organizmu na wszelkie niedomagania (1960, s. 40). Samo życie jest nieuchronnie połączone ze stresem, gdyż organizm cały czas jest poddany naciskom zewnętrznym ze strony otoczenia (zmienne warunki środowiskowe), ale także naciskom wewnętrznym (potrzeby fizjologiczne i psychologiczne), których niezaspokojenie jest poważnym problemem. Naciski z obu stron są bardzo rozległe i złożone. Od strony zewnętrznej środowisko społeczno-kulturowe wywiera znacznie silniejsze i gwałtowniejsze naciski niż środowisko przyrodnicze. Od strony wewnętrznej naciski obejmują nieporównanie więcej potrzeb, ponieważ oprócz potrzeb fizjologicznych są to także potrzeby bezpieczeństwa, afiliacji, szacunku i samorozwoju (Maslow 2006). Naciski te są mocno zróżnicowane i różnie rozłokowane w czasie. Są momenty, kiedy działają bardzo silnie, oraz takie, kiedy prawie ich nie ma.

System nerwowy ludzi wyposażony jest w dwa podsystemy adaptacyjne: system parasympatyczny (przywspółczulny) i system sympatyczny (współczulny). Pierwszy działa w sytuacji względnego spokoju, kiedy jest czas na trawienie i wypoczynek, drugi zaś w momencie pojawienia się nacisku, gdy konieczne jest przeznaczenie znacznej energii na adaptacyjny wysiłek. Ten stan właśnie nazywamy stresem. Jest on jednak przeżywany bardzo różnie, w zależności od organizmu oraz sytuacji, w jakiej się on znalazł. Jeżeli jest to sytuacja zagrożenia, stan ten odbierany jest jako dyskomfort (towarzyszy

temu najczęściej chęć ucieczki lub walki). Są jednak sytuacje, które mogą być odbierane pozytywnie jako szansa lub wyzwanie. O szansie mówimy, gdy jest możliwość otrzymania nagrody (zaspokojenia potrzeb), co wymaga tylko pewnego nakładu energii, a o wyzwaniu wtedy, kiedy możliwości nagrody towarzyszą jednocześnie pewne trudności do pokonania.

### **Eustres, dystres i neustres**

Pojęcia „eustres”, „dystres” i „neustres” zostały wprowadzone przez Selyego (1960) i są związane z reakcją organizmu na stres.

Eustres jest pozytywną reakcją, która mobilizuje organizm i zwiększa jego zdolność do radzenia sobie z wyzwaniami. Przeżywają ten stan zwłaszcza ludzie pasjonujący się swoimi działaniami: artyści, sportowcy czy gracze komputerowi, odczuwający stan silnego napięcia i opisujący go jako przyjemny, a nawet ekstatyczny. Eustres najczęściej ma miejsce przy w miarę krótkotrwałym narażeniu na obciążenie. Krótkie okresy stresu mogą pobudzić organizm i zwiększyć jego zdolność do radzenia sobie z wyzwaniami. Przykładowo, krótkotrwałe napięcie przed ważnym egzaminem może pomóc w lepszym skoncentrowaniu uwagi i poprawie wyniku. Richard S. Lazarus i Susan Folkman (1984) podkreślali pozytywne aspekty eustresu, wyjaśniając ich znaczenie dla funkcjonowania jednostki. Stanem, który często odpowiada eustresowi jest *flow* (przepływ) – opisuje on stan pełnego zaangażowania, w którym jednostka jest głęboko skoncentrowana i zaabsorbowana w działalność, doświadczając poczucia pełnego skupienia i zanurzenia, co może prowadzić do większego zadowolenia, motywacji i osiągnięć (Csíkszentmihályi 1990).

Dystres to negatywna reakcja organizmu na stres, która prowadzi do zaburzeń funkcjonowania fizycznego i psychicznego. Pojawia się on w odpowiedzi na długotrwałe – męczące i niechciane przez jednostkę – narażenie na inny stres.

Natomiast neustres to stan równowagi organizmu, w którym nie ma narażenia na stres. Pozwala to na regenerację i odpoczynek po okresach stresujących, co może pomóc w uniknięciu negatywnych skutków dla zdrowia (Cohen, Herbert 1996).

Zasadniczym czynnikiem odróżniającym stres negatywny od stresu pozytywnego jest to, czy wyzwalające zdarzenie jest odbierane jako zagrożenie (w przypadku dystresu) czy wyzwanie (w przypadku eustresu). O charakterze tego odbioru będą decydować różne czynniki, które zostaną opisane poniżej. Będą one związane zarówno z samym stresem (jak np. czas jego trwania oraz stopień realnego niebezpieczeństwa), jak i z cechami jednostki poddanej temu stresowi, w tym posiadanym przez nią zasobom. Jeżeli zasoby te są wyższe (lub przynajmniej równe) od wymagań stawianym przez środowisko, dana sytuacja może być odebrana jako wyzwanie. Jeżeli jednak zasoby są słabsze od wymagań i nacisku otoczenia, taka sytuacja stanowi już stresor negatywny. Zatem ta sama sytuacja dla jednych będzie stanowić eustres, dla innych dystres, a nawet – w skrajnej sytuacji – najbardziej szkodliwą formę dystresu, czyli traumę.

### **Trauma jako silny dystres**

Maja Lis-Turlejska (2005) zdefiniowała traumę jako zdarzenie zagrażające utratą zdrowia lub życia, podczas którego osoba przeżywa intensywny strach i poczucie bezradności. Według Judit Herman (1992) trauma jest zdarzeniem intensywnym, trudnym do przewidzenia lub opanowania, które przepelnia jednostkę poczuciem zagrożenia dla fizycznej integralności jej lub innych osób blisko z nią związanych. Z psychoanalitycznego punktu widzenia trauma to zdarzenie, które zakłóca proces różnicowania i filtrowania bodźców wygrywający z chwilowym zaprzeczeniem lub próbami załatania zniszczeń (Garland 2013).

Trauma wywołuje reakcje psychofizjologiczne, które mogą prowadzić do takich objawów jak wzmożona pobudliwość, unikanie bodźców związanych z urazem oraz ponowne jego doświadczanie w postaci flashbacków czy koszmarów.

Lenore Terr (1994) proponuje podział traum na traumy typu I (zewnątrznego urazu), spowodowane przez katastrofy, wypadki, przemoc czy wojnę, oraz traumy typu II (interpersonalnej zdrady), powodowane przez osoby bliskie, zwłaszcza osoby z kręgu najbliższej i dalszej rodziny (oraz inne ważne osoby), co łączy się z poczuciem zdrady (Freyd 1996).

Trauma typu II może mieć charakter prosty, jako skutek jednorazowego urazu, np. pojedynczego pobicia czy molestowania seksualnego ze strony osób bliskich, lub charakter złożony, w przypadku często powtarzającego się bicia czy molestowania, a także braku okazywania miłości dziecku. Traумы typu II, szczególnie złożone, prowadzić mogą nie tylko do PTSD, ale do wielu innych poważniejszych zaburzeń jak depresja, lęki, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, a także do trudności z regulacją emocji oraz darzeniem innych osób zaufaniem i utrzymywaniem z nimi bliskich relacji.

Autor niniejszego opracowania proponuje jeszcze jeden ważny podział traum na traumy zagrożenia i traumy utraty (Mirski 2020b). Trauma zagrożenia wiąże się głównie z niebezpieczeństwem, np. zagrożeniem życia w czasie wypadku, działań wojennych (trauma typu I), ale także z lękiem przed porzuceniem, dotkliwą karą czy utratą miłości (trauma typu II). Znacznie poważniejsze konsekwencje powoduje trauma straty – śmierć bliskiej osoby, faktyczne porzucenie przez opiekuna, rozwód rodziców, wyrzucenie ze studiów lub z miejsca pracy, utrata czci i honoru, znaczące straty finansowe. Trauma straty może być zarówno traumą typu I, (śmierć bliskiej osoby w wypadku), jak i traumą typu II, gdyż zdrada może być odebrana jako utrata miłości i opieki.

### **Negatywne efekty stresu**

Długotrwałe narażenie na stres może prowadzić do chorób, takich jak choroby serca, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, a także do zaburzeń psychicznych – depresji, nerwicy i PTSD (McEwen, Stellar 1993). Ponadto stres może powodować problemy z pamięcią i koncentracją oraz zwiększać ryzyko uzależnień, takich jak alkoholizm czy palenie papierosów (Kirschbaum, Hellhammer 1994). Bezpośrednie negatywne skutki stresu są związane najpierw z pobudzeniem układu sympatycznego, zwłaszcza z wyrzutem adrenaliny do krwi. Towarzyszy temu skok ciśnienia, znaczne przyspieszenie akcji serca, suchość w ustach, czasem drżenie rąk, kłopoty z koncentracją uwagi. Są one silnie związane z pierwotną reakcją stresową, tzn. z przygotowaniem organizmu do walki lub ucieczki. Zdarza się jednak, że gdy jednostka poczuje się szczególnie silnie przyparta do muru (przekroczenie dystansu krytycznego, zaskoczenie, silne

poczucie krzywdy), może zareagować potężnym wybuchem agresji prowadzącym do nagłej przemocy. U osób dotkniętych problemami ze strony układu naczyniowego może też wtedy dojść zawału serca lub krwotocznego udaru mózgowego.

Nieco później zaczyna działać układ przysadka–podwzgórze–nadnercza (oś HPT), czego efektem jest wyrzut kortyzolu (hormonu stresu) do naczyń krwionośnych. Substancja ta, choć korzystna w sytuacji walki i silnego wysiłku, na dłuższą metę jest jednak niekorzystna, ponieważ osłabia odporność immunologiczną organizmu, zagraża zaburzeniami metabolicznymi i wreszcie upośledza hipokamp, prowadząc przez to z czasem do zaburzeń depresyjnych (Butcher, Hooley, Mineka 2020). Zatem odległymi skutkami silnego stresu mogą być z jednej strony choroby biologiczne (miażdżyca, cukrzyca typu II, nadciśnienie), a z drugiej strony symptomy powiązane z problemami emocjonalnymi, takie jak lęk czy depresja (Heszen-Niejo-dek 1997). Zwiększone wydzielanie kortyzolu jest powiązane z wieloma innymi problemami zdrowotnymi, w tym z nadciśnieniem, zaburzeniami snu, problemami z trawieniem, otyłością, osłabieniem układu odpornościowego, ryzykiem chorób serca i cukrzycą (Thase 2009). Co więcej, stres wpływa szkodliwie na proces neurogenezy, która występuje głównie w hipokampie, ale także w innych rejonach mózgu, zwłaszcza w korze asocjacyjnej.

### **PTSD, czyli zespół stresu pourazowego**

Światowa Organizacja Zdrowia (ICD 2019) definiuje PTSD jako reakcję na wyjątkowo stresujące zdarzenie lub serię zdarzeń, zazwyczaj o wyjątkowo groźnym lub katastroficznym charakterze.

Można zatem określić PTSD jako zaburzenie psychiczne będące reakcją na ekstremalnie stresującą sytuację, która sprawia, że osoba nie jest w stanie sobie poradzić i zaadaptować się. Charakterystyczne objawy PTSD obejmują:

- ponowne doświadczanie traumatycznego zdarzenia w postaci inwazyjnych wspomnień, koszmarów i flashbacków;
- unikanie bodźców związanych z traumą;
- negatywne zmiany w poznaniu i nastroju związane z traumatycznym zdarzeniem;
- wyraźne zmiany w pobudzeniu i reaktywności związane z traumą.

Powyższe objawy powodują znaczące upośledzenie funkcjonowania osobistego, społecznego, zawodowego lub innych istotnych obszarów funkcjonowania i nie są wynikiem bezpośrednich fizjologicznych efektów substancji lub ogólnego stanu zdrowia.

Początek zaburzenia występuje zwykle po okresie przerwy – okres ten może trwać od kilku tygodni do nawet kilku miesięcy. Przebieg PTSD ma charakter zmienny, ale w większości przypadków można oczekiwać ustąpienia objawów, zwłaszcza dzięki skutecznej terapii. Objawy PTSD mogą utrzymywać się wiele lat i przejść w końcu w trwałą zmianę osobowości. W literaturze wyróżnia się dwa typy PTSD: proste i złożone.

Do PTSD prostego zalicza się natychmiastowe reakcje na stres (występujące w czasie jego trwania, obejmujące niepokój, lęk, panikę, odrętwienie, bezsilność), reakcje krótkoterminowe (w systemie DSM zwane ASD, czyli *Acute Stress Disorder*; w ICD-10 jako ostra reakcja na stres) zaraz po urazie oraz zwykle, opisane powyżej PTSD, występujące dopiero po pewnym czasie.

Złożone PTSD pojawia się przede wszystkim w wyniku doświadczenia chronicznych zdarzeń traumatycznych, takich jak często powtarzająca się przemoc czy zaniedbanie ze strony rodziców lub opiekunów. Składa się ono z dwóch grup objawów: objawów typowych dla PTSD oraz z zaburzenia organizacji *self* (problemy osobowościowe). Zaburzenie to obejmuje trzy kategorie objawów: dysregulację afektu, negatywny obraz siebie i zaburzenia w relacjach do których to kategorii dochodzą jeszcze problemy somatyczne, zniekształcenia poznawcze i zaburzenia afektywne. Tak więc trauma złożona, zwłaszcza jeżeli miała miejsce w dzieciństwie lub adolescencji, ma dalszy wpływ na rozwój całej osobowości (Tomalski, Pietkiewicz 2020).

Zaburzenie stresowe pourazowe nie zawsze musi nastąpić. Ocenia się, że rozwija się ono u 10–20% osób, które doznały traumy. Dodatkowymi osobniczymi czynnikami, które decydują o rozwinięciu się PTSD w wyniku urazu, są doświadczenie traumy w dzieciństwie, dorastanie w rodzinie dysfunkcyjnej, zaburzenie osobowości, brak wsparcia ze strony bliskich, niedawne, stresogenne zmiany życiowe, poczucie braku kontroli oraz przyjmowanie nadmiernych ilości alkoholu w okresie przed urazem.

Znaczna liczba przypadków zaburzeń afektywnych, zwłaszcza depresji, jest skutkiem traumy lub wielu traum odniesionych wcześniej, często w okresie dzieciństwa. Poniesiona strata powoduje silny wzrost kortyzolu, co skutkuje powstaniem nadwrażliwości na bodźce oraz zmniejszeniem odporności na stres. Nadwrażliwość układu limbicznego w dużym stopniu odpowiada za wiele cech zaburzeń afektywnych (Papolos, Papolos 1998).

Należy przypuszczać, że szczególnie ważne są traumy typu II, jak również traumy straty (zwłaszcza związane ze śmiercią bliskiej osoby w okresie dzieciństwa) (Papolos, Papolos 1998). U dzieci porzuconych przez rodziców zaburzenia psychiczne pojawiają się jeszcze częściej niż na skutek śmierci opiekunów. Poczucie zdrady, zwłaszcza u dzieci, wiąże się często z subiektywnym odczuciem odrzucenia i opuszczenia. Dlatego szczególnie groźna jest fizyczna i emocjonalna przemoc wobec dzieci. Im wcześniej do takich traum dojdzie, tym gorzej – trauma straty czy zdrady powoduje, że każda następna strata (czy zdrada) będzie odczuwana znacznie bardziej boleśnie.

### **Pozytywne efekty stresu**

Eustres może mieć pozytywne skutki dla zdrowia człowieka, ponieważ pobudza organizm i zwiększa motywację do działania. Może maksymalizować wydajność w pracy i szkoleniach oraz poprawiać nastrój i funkcjonowanie psychiczne (Lazarus 1993). Stres może również prowadzić do rozwoju i wzrostu jako osoby oraz zmniejszać ryzyko chorób neurodegeneracyjnych, takich jak choroba Alzheimera. Stres może również poprawić funkcjonowanie układu odpornościowego. Dobrze ukazuje to zjawisko hormezy, która polega na tym, że czynniki szkodliwe dla organizmu w dużych dawkach, w małych dawkach działają na niego korzystnie (Mattson, Calabrese 2009). Zbadane zostało to w takich zjawiskach jak promieniowanie (hormeza radiacyjna), wysiłek fizyczny czy umiarkowane ograniczenie kalorii (Dobrzyński 2006). Przykładowo: regularne, umiarkowane ćwiczenia fizyczne mogą wywołać stres metaboliczny i zapoczątkować procesy adaptacyjne w organizmie. W odpowiedzi na ten stres organizm zwiększa swoje zdolności do przetrwania przez wzrost

masy mięśniowej, wzmocnienie układu odpornościowego, poprawę metabolizmu i ogólną wydolność.

W pewnych warunkach doświadczenie stresu w stosownej ilości może wzmacniać odporność jednostki na ewentualny późniejszy, silniejszy stres. Rutter (2006) nazywa to hartowaniem. Podobnie uważają Stevenson Fergus i Marc A. Zimmerman (2005) w zaproponowanym przez siebie modelu szczepienia. Surowe warunki i wysiłek fizyczny sprzyjają nabyciu odporności fizycznej, a odpowiednio wysokie wymagania i ich konsekwentne egzekwowanie sprzyja nabyciu odporności psychicznej. Bardzo ważny jest również trening odporności na stres i zmęczenie (*stress and fatigue management*), szczególnie w służbie wojskowej (Mirski 2020a).

Jednak wielu autorów, jak Iwona Sikorska (2016), nawołuje do pewnej ostrożności, gdyż łatwo można przesadzić i narazić młodego człowieka na stres, z którym nie będzie umiał sobie poradzić i który może mu zaszkodzić. Bardzo ważne jest więc wcześniejsze oszacowanie dawki i czasu trwania stresu, aby zadziałał uodparniająco a nie destruktywnie.

## Rozwój potraumatyczny

Choć silny dystres jest zwykle dla jednostki wydarzeniem niekorzystnym, czasem może stymulować jej dalszy rozwój. Koncepcja rozwoju potraumatycznego, przedstawiona przez Richarda G. Tedeschiego i Lawrence'a G. Calhouna (2004), opisuje proces pozytywne zmiany po przeżyciu traumy. Może ona przynieść trzy rodzaje konsekwencji:

- przetrwanie (*survival*), kiedy poziom funkcjonowania jest niższy niż przed traumą;
- powrót do równowagi (*recovery*), czyli osiągnięcie poprzedniego stanu;
- oraz wzrost i rozwój (*thriving, growth*), kiedy osiąga się jeszcze wyższy poziom funkcjonowania i rozwoju niż przed przeżyciem traumy.

Warto dodać, że świadomość tego, że po ciężkich przejściach mogą nastąpić korzystne zmiany, nie jest niczym nowym – motyw ten często wykorzystywany był w literaturze do rozwoju postaci (np. Jean Valjean w *Nędznikach* Wiktora Hugo czy David Copperfield

w książce Karola Dickensa). Wystąpienie zjawiska rozwoju potraumatycznego zależy przede wszystkim od sytuacji, cech osoby, która została poddana traumie, a także od tego, jak ją przeżyła. Rozwój potraumatyczny występuje głównie u osób, które zastosowały pozytywne interpretacje i w konfrontacji z traumą znalazły jakiś sens.

Tedeschi i Calhoun (2004) zidentyfikowali główne obszary rozwoju potraumatycznego:

- łamanie konstrukcji poznawczych: trauma może zmusić jednostkę do reorganizacji dotychczasowych przekonań, wartości i sposobu postrzegania świata;
- zwiększona samoocena: wiele osób doświadcza wzrostu samooceny oraz poczucia własnej siły i skuteczności w wyniku przeżycia trudności i pokonania przeszkód;
- zmiana w relacjach interpersonalnych: niektórzy ludzie stają się bardziej świadomi potrzeb innych, rozwijają empatię i zdolność do udzielania wsparcia;
- nowe możliwości rozwoju: trauma może stworzyć nowe pole do rozwoju i zmiany życiowej trajektorii; osoby, które przetrwały traumę, często zmieniają swoje cele, priorytety i sposoby radzenia sobie z trudnościami, mogą wykorzystać swoje doświadczenia, aby pomagać innym lub angażować się w działalność społeczną.

Ważne jest jednak podkreślenie, że rozwój potraumatyczny nie występuje zawsze i że nie neguje negatywnych skutków traumy i cierpienia, nawet u osób, u których się pojawił.

Autor niniejszego opracowania używa sformułowania rozwój potraumatyczny, który jest właściwym tłumaczeniem *posttraumatic growth*. Słowa „rozwój” i „wzrost” są w języku polskim stosowane wymiennie, jednak autor stara się używać słowa rozwój.

## **Czynniki decydujące o pozytywnych lub negatywnych skutkach stresu**

W przypadku stresu i traumy, istotne są następujące cechy sytuacji stresowej:

Długość trwania stresu

Długotrwałość stresu powoduje, że jest on odbierany raczej jako dystres, co zwiększa ryzyko negatywnych skutków dla jednostki.

Już w znakomitej pracy *Dlaczego zebry nie mają wrzodów* Robert M. Sapolsky (2010) przedstawia tezę, że w świecie dzikich zwierząt (do których kiedyś zaliczał się człowiek), stres jest wprawdzie silny, ale krótki. Przykładowa zebra zaatakowana przez lwa ucieka lub stacza walkę, co jednak zajmuje niewiele czasu. Jeżeli zwierzę przeżyje, stres mija szybko, zebra o tym zapomina i spokojnie nadal pasie się na sawannie. U współczesnego człowieka stres często trwa znacznie dłużej (np. w pracy, edukacji czy w relacjach rodzinnych), dlatego też działa szkodliwie, choćby z powodu długo utrzymującego się wysokiego poziomu kortyzolu. Co gorsza, taka sytuacja stresowa jest długo przeżywana we wspomnieniach i ruminacjach, często tak intensywnie, jakby trwała nadal. Jeżeli jednak sytuacji stresowa trwała krótko (np. w zawodach sportowych) i nie połączyła się z długo wspomnianym upokorzeniem, stres mija szybko i nie pozostawia po sobie negatywnych konsekwencji, często jest nawet mile wspomniany.

### Stopień zagrożenia

Jeśli jednostka odczuwa, że zagrożenie jest poważne i niebezpieczne, będzie to raczej doświadczenie dystresu, co może prowadzić do negatywnych skutków. Wielu ludzi uwielbia grać w pełne walki gry komputerowe czy oglądać filmy wojenne, stresując się nieco przy gwałtownych zwrotach akcji – przeżywają to jednak jako eustres, gdyż doskonale zdają sobie sprawę z braku realnego zagrożenia. Taka sama sytuacja przeżyta na prawdziwym polu bitwy, kiedy zagrożenie jest ogromne, jest najczęściej dystresem i prowadzi do bardzo poważnych negatywnych skutków, często w postaci PTSD.

### Kontrola sytuacji stresowej

Brak poczucia kontroli nad sytuacją zwiększa ryzyko negatywnych skutków. Jednym z klasycznych eksperymentów w tej dziedzinie było doświadczenie przeprowadzone przez Martina E.P. Seligmana i Stevena F. Maiera (1967). W tym eksperymencie małpy były umieszczane w klatce, w której w jednym z rogów znajdował się przycisk. Gdy małpa naciskała przycisk, negatywny bodziec (na przykład ból lub głośny dźwięk) był wyłączany. Istniały dwie grupy małp: jedna grupa miała kontrolę nad wyłączeniem bodźca, podczas gdy druga

grupa nie miała tej możliwości. Wyniki eksperymentu sugerują, że podmioty, które mają możliwość wyłączenia negatywnego bodźca, a więc kontroli nad sytuacją, wykazują mniejsze objawy stresu w porównaniu z tymi, którzy nie mają tej możliwości.

### Spółeczny charakter sytuacji stresowej

Autor niniejszego opracowania zaproponował podział stresu na stres korekcyjny oraz stres wykluczający (Mirski 2021).

Stres korekcyjny istnieje wtedy, gdy otoczenie wywiera nacisk na jednostkę, aby zmieniła swoje zachowanie (co, choć czasem przykre, jest rzeczą normalną w wychowaniu, w pracy czy w relacjach z innymi), a jednostka wie, że jest w stanie to zrobić i nauczyć się wymaganych kompetencji czy oduczyć popełnianych błędów.

Stres wykluczający jest wtedy, gdy jednostka ma przekonanie, że nie jest w stanie sprostać wymaganiom rzeczywistości. Czasem decyduje o tym otoczenie, np. wyrzucenie ze szkoły czy zwolnienie z miejsca pracy. Jednak bardzo często zasadnicze znacznie odgrywa tu subiektywna ocena podmiotu dotycząca zarówno własnych zasobów, jak też i interpretacji zachowania czy wymogów otoczenia. Niejednokrotnie zdarza się bowiem, że jednostka, na której otoczenie (rodzinne, rówieśnicze, szkolne czy zawodowe) wywiera stres korekcyjny, odbiera to jako stres wykluczający.

### Akceptacja społeczna

Jeśli stres jest uznawany i akceptowany przez społeczeństwo, może być odbierany pozytywnie i nie powodować negatywnych skutków. Są zawody, o których wiadomo, że występuje w nich społecznie akceptowany stres (strażak, policjant, żołnierz, lekarz, pielęgniarka) i przez to też cieszą się one dużą społeczną estymą, co wynagradza trudne sytuacje. Nie mogą na to liczyć osoby, które z własnej winy narażają się na sytuacje stresowe lub takie, które mają charakter antyspołeczny (np. bójkę).

### Kwestia autonomii (dobrowolność) czy alienacji lub przymusu

Bardzo ważne jest rozróżnienie pomiędzy dobrowolnym wyborem a działaniem z konieczności lub z powodu narzucenia go przez innych. Dobrowolnie wybrany stres (w sporcie, alpinistyce, grach

komputerowych) jest często eustresem (inaczej nie zostałyby zaakceptowane). Osoba jednak przymuszona do stresującej sytuacji przeżywa częściej dystres i częściej cierpi na negatywne konsekwencje takiego stanu rzeczy.

### Cechy jednostki doświadczającej stresu i jej zasoby

Stevan E. Hobfoll (2006) wyróżnia cztery rodzaje zasobów, które wywołują zadowolenie z ich posiadania, a w momencie ich braku czy też ograniczenia, prowadzą do stresu. Są to:

- zasoby w postaci przedmiotów, takich np. jak dom, samochód, telefon komórkowy, komputer, laptop, które określają status społeczno-ekonomiczny człowieka;
- zasoby okolicznościowe, które posiadają wysoką wartość dla jednostki, np. małżeństwo, awans w pracy, wygrana pieniężna itp.;
- zasoby osobowe, czyli indywidualne cechy takie jak temperament, osobowość, cnoty charakteru, odporność na stres czy poczucie własnej wartości;
- zasoby energetyczne obejmujące oprócz wigoru również wiedzę, umiejętność zarządzania czasem i strategię w kierunku pomnażania zasobów.

Cechy psychologiczne, takie jak optymizm, poczucie sensu życia, zdolność radzenia sobie i umiejętność rozwiązywania problemów, są szczególnie ważnymi zasobami osobowymi, chroniącymi przed negatywnymi skutkami stresu. Badania Michele M. Tugade i Barbary L. Fredrickson (2004) sugerują, że pozytywna emocjonalność może pomagać jednostce w radzeniu sobie ze stresem i poprawiać jej dobrostan. Wysoki poziom umiejętności radzenia sobie jest związany z mniejszym poziomem objawów depresji i lęku w obliczu stresu (Connor-Smith, Compas 2004).

Badania przeprowadzone przez Sheldona Cohena i Thomasa A. Willsa (1985) wykazały, że wysoki poziom wsparcia społecznego jest związany z mniejszym ryzykiem wystąpienia problemów zdrowotnych w odpowiedzi na stres. Obecność wsparcia ze strony rodziny, przyjaciół, społeczności lub instytucji pomaga w radzeniu sobie ze stresem i traumą. Ważny jest też dostęp do wyspecjalizowanej pomocy terapeutycznej.

Warto zwrócić jednak uwagę na to, że świadomość obciążeń (ograniczeń), takich jak nadwrażliwość czy brak potrzebnych kompetencji, jest też bardzo ważna, ponieważ często to one w dużym stopniu decydują o szkodliwości oddziaływania stresu i powodują, że człowiek nie wykorzystuje w pełni swoich innych zasobów (Mirski 2021). Istniejące zasoby i ograniczenia decydują o tym, czy w ogóle dana sytuacja zostanie oceniona jako zagrożenie, czyli sytuacja stresowa, czy też jako szansa lub wydarzenie neutralne (ocena pierwotna), a także w jaki sposób jednostka będzie sobie radzić z tą sytuacją (ocena wtórna). Im bardziej bilans pomiędzy zasobami a obciążeniami jest niekorzystny, tym bardziej dana osoba czuje się zagrożona, coraz silniejsza jest tendencja do pierwotnego reagowania typu „walka lub ucieczka”.

### **Czynniki decydujące o korzystnych dla rozwoju skutkach stresu i traumy**

Można wymienić kilka kluczowych czynników, które umożliwiają wystąpienie PTG:

1. Wsparcie społeczne, zwłaszcza ze strony rodziny, przyjaciół czy grup wsparcia. Dobrze funkcjonujące relacje interpersonalne i wsparcie emocjonalne mogą pomóc jednostce w radzeniu sobie z traumą i rozwoju pozytywnych zmian. Ważny jest również dostęp do opieki zdrowotnej i do instytucjonalnych systemów wsparcia społecznego.
2. Strategie radzenia sobie, których jednostki używają w reakcji na traumatyczne wydarzenia, takie jak poszukiwanie wsparcia społecznego, angażowanie się w rozwiązywanie problemów, poznawcza reinterpretacja, zmiana perspektywy i dbanie o siebie. Natomiast nieadaptacyjne strategie radzenia sobie, takie jak unikanie, nadużywanie substancji lub zaprzeczanie, mogą hamować wzrost.
3. Pewne cechy i charakterystyki osobowości, do których należą: odporność psychiczna, optymizm, otwartość na nowe doświadczenia, poczucie własnej skuteczności, poczucie tożsamości, wysoka samoocena i inteligencja emocjonalna. Te cechy mogą przyczyniać się do adaptacyjnego radzenia sobie i do znajdowania pozytywnego znaczenia w obliczu trudności.

4. Nadawanie sensu wydarzeniu, zrozumienie jego implikacji i znalezienie osobistego znaczenia lub celu. Pomaga to ponownie ocenić priorytety, wartości i światopogląd, prowadząc do rozwoju osobistego (Tedeschi, Calhoun 2004).
5. Joel E. Milam, Anamara Ritt-Olson i Jennifer B. Unger (2004) stwierdzili pozytywny związek między wiekiem a PTG wśród młodzieży, twierdząc, że specyficzny poziom dojrzałości poznawczej jest niezbędny do znalezienia sensu lub identyfikacji najistotniejszej zmiany lub korzyści wynikających z traumy i jej następstw.
6. Społeczne i środowiskowe czynniki kulturowe, przekonania, normy i wartości wpływają na to, jak jednostki interpretują traumatyczne wydarzenia i reagują na nie. Jeżeli w danej kulturze odwaga, odporność, niezależność, wytrwałość czy przedsiębiorczość są cenione i nagradzane, łatwiej jest sprostać ciężkim wyzwaniom.
7. Charakterystyka samego traumatycznego wydarzenia może wpływać na PTG. Czynniki takie jak nasilenie traumy, czas jej trwania, zagrożenie i stopień jego postrzegania, jego bliskość i możliwość kontroli wpływają na reakcję jednostki i jej dalszy rozwój.
8. Bardzo ważny jest dobrowolny i autonomiczny wybór uczestniczenia w sytuacji, która doprowadziła do silnego stresu czy traumy. Wtedy jednostka lepiej sobie radzi z trudną sytuacją i uczy się na niej, niż gdy jest ona narzucana przez innych.

### **Przepracowanie i leczenie skutków silnego stresu i traumy**

Gdy bardzo trudna sytuacja już się wydarzyła, ważne jest, aby umiejętnie ją wykorzystać, aby jej konsekwencją był raczej dalszy wzrost niż patologia lub stagnacja. Zależy to w dużym stopniu od właściwego leczenia i przepracowania silnego stresu i traumy. Przepracowanie jest także wskazane dla tych, którzy osiągnęli rozwój potraumatyczny (gdyż i wtedy trauma pozostawia pewne szkody), choćby po to, aby uzyskać większy spokój i bardziej cieszyć się życiem.

Bessel Van der Kolk (2014) przedstawił różne metody terapeutyczne, które mogą pomóc w przepracowaniu i wyleczeniu traumy:

1. Terapia poznawczo-behawioralna (CBT): skupia się na identyfikowaniu i zmienianiu negatywnych myśli, przekonań i zachowań

związanych z traumą. Może obejmować techniki relaksacyjne, trening umiejętności radzenia sobie ze stresem oraz przekształcanie myśli i reakcji związanych z traumą.

2. Terapia ekspozycji: polega na stopniowym narażaniu się na bodźce związane z traumatycznym wydarzeniem w kontrolowany i bezpieczny sposób. Może to obejmować opowiadanie historii traumatycznych doświadczeń, oglądanie obrazów lub filmów z nimi związanych, a także wyobrażanie sobie sytuacji z przeszłości.
3. Terapia postrzałowa (EMDR): metoda, która wykorzystuje ruchy oczu, dźwięki lub dotyk w celu stymulacji obu półkul mózgowych i przetworzenia traumatycznych wspomnień, co pomaga w redukcji negatywnych objawów i integrowaniu traumy z całą osobowością.
4. Terapia somatyczna: praca z ciałem, czyli metody terapeutyczne takie jak trening świadomości ciała, techniki oddechowe, masaże, joga czy tańce, które mogą pomóc w rozładowaniu fizycznego napięcia związanego z traumą.
5. Terapia zorientowana na trwałą zmianę (*Somatic Experiencing*): opracowana przez Petera Levine'a (2017), koncentruje się na wykorzystaniu naturalnych mechanizmów samoregulacji organizmu w celu rozładowania traumy. Terapeuta pomaga osobie przeżywającej traumę w odczuwaniu i uwolnieniu zablokowanych fizycznych reakcji, w sposób kontrolowany i stopniowy, aby osoba ta mogła przetworzyć traumę i odzyskać równowagę fizyczną, emocjonalną i psychiczną.
6. Gdy źródła traumy tkwią w dzieciństwie, pomocna może być terapia psychodynamiczna.

Oczywiście należy pamiętać, że każda osoba i trauma są indywidualne, dlatego ważne jest dostosowanie metody terapeutycznej do potrzeb i preferencji danej osoby.

## Podsumowanie

Sytuacje stresowe i traumatyczne mogą przynosić zarówno negatywne, jak i pozytywne skutki. Te drugie częściej zdarzają się w przypadkach lżejszego stresu, kształtując odporność psychiczną jednostki, konfrontując ją z rzeczywistością, zmuszając do nabycia niezbędnych

kompetencji. Można wskazać najważniejsze zasady w odniesieniu do stresów i potencjalnych traum (Mirski 2020b):

1. Unikanie niepotrzebnego stresu: wielu zdarzeń stresowych i traumatycznych można uniknąć, jeżeli jest się odpowiednio ostrożnym, dyplomatycznym i zapobiegliwym.
2. Przygotowanie siebie i swojego organizmu do stresu, który w życiu jest nieunikniony. Szczególnie ważne jest tu kształtowanie odporności psychicznej, a także rezyliencji. Odporność psychiczna jest zdolnością do radzenia sobie w sytuacjach trudnych, a rezyliencja pojmowana jest jako wewnętrzna siła i zdolność do samonaprawiania (Sikorska 2017). Cechy te można kształtować i trenować. Ważne jest praktykowanie higieny psychicznej (Dąbrowski 1979), które można określić jako aktywne i świadome dbanie o swoje zdrowie psychiczne i psychiczny dobrostan. Ważne jest również stałe rozszerzanie swoich zasobów, zwłaszcza psychologicznych i społecznych. Gdy są one odpowiednio duże, trudna sytuacja jest interpretowana jako wyzwanie a nie jako zagrożenie, co daje możliwość pozytywnego przeżycia stresu (eustres).
3. Radzenie sobie z już istniejącym stresem. W odniesieniu do koncepcji Normana S. Endlera i Jamesa D. Parkera (1990) najważniejsza jest koncentracja na zadaniu, mniej na emocjach (choć czasem trzeba się uspokajać) i unikaniu. Z istniejących trzech rodzajów trybów reakcji na stres: instynktowny, wyuczony i refleksyjny, najważniejsze jest stosowanie tego trzeciego, choć trzeba wykorzystać także doświadczenie, a czasem nawet zdać się na instynkt (Mirski 2021). Pokonanie stresu daje radość i zwiększa pewność siebie.
4. Radzenie sobie po stresie – niwelowanie negatywnych skutków, odzyskiwanie i wzrost sił. W tym okresie ważna jest właśnie koncentracja na emocjach, na odzyskaniu spokoju i pogody ducha, na poradzeniu sobie z tymi negatywnymi emocjami, które pozostały po trudnej sytuacji stresowej. Ważne jest zwłaszcza zastosowanie relaksacji, medytacji, praktykowanie jogi, uprawianie sportu, słuchanie dobrej muzyki, czytanie wartościowych książek, szerokie korzystanie z dóbr kultury, uzyskiwanie wsparcia ze strony bliskich osób.

Stres jest nieodłącznym elementem życia i czasem może prowadzić do traumy, ale można się na te zjawiska przygotować, a ich konsekwencje wykorzystać dla ochrony zdrowia i dla dalszego rozwoju.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5™*, 5<sup>th</sup> ed., Washington–London.
- Antonovsky A. (1995), *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, tłum. H. Grzegołowska-Klarkowska, Warszawa.
- Butcher J.N., Hooley J.M., Mineka S. (2020), *Psychologia zaburzeń: DSM-5*, tłum. S. Pikiel, A. Sawicka-Chrapkowicz, Sopot.
- Cohen S., Herbert T.B. (1996), *Health psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology*, „Annual Review of Psychology”, vol. 47, s. 113–142.
- Cohen S., Wills T.A. (1985), *Stress, social support, and the buffering hypothesis*, „Psychological Bulletin”, vol. 98, no. 2, s. 310–357.
- Connor-Smith J.K., Compas B.E. (2004), *Coping as a moderator of relations between reactivity to interpersonal stress, health status, and internalizing problems*, „Cognitive Therapy and Research”, vol. 28, no. 3, s. 347–368.
- Csikszentmihályi M. (1990), *Flow: The psychology of optimal experience*, New York.
- Dąbrowski K. (1979), *Wprowadzenie do higieny psychicznej*, Warszawa.
- Dobrzyński L. (2006), *Hormeza – zjawisko powszechne i powszechnie nieznane*, „Postępy Techniki Jądrowej”, z. 1, s. 9–15.
- Endler N.S., Parker J.D.A. (1990), *The multidimensional assessment of coping: a critical evaluation*, „Journal of Personality and Social Psychology”, vol. 58, no. 5, s. 844–854.
- Fergus S., Zimmerman M.A. (2005), *Understanding Healthy Development in the face of risk*, „Annual Review of Public Health”, vol. 26, s. 399–419.
- Freyd J.J. (1996), *Betrayal Trauma. The Logic of Forgetting Childhood Abuse*, Cambridge–London.
- Garland C. (2013), *Jak myśleć o traumie*, [w:] *Czym jest trauma. Podejście psychoanalityczne*, red. C. Garland, tłum. D. Golec, L. Kalita, A. Rokujżo, wyd. 2, Warszawa, s. 19–41.

- Herman J. (1992), *Trauma and Recovery. The Aftermath of Violence – from Domestic Abuse to Political Terror*, New York.
- Heszen-Niejodek I. (1997), *Styl radzenia sobie ze stresem: fakty i kontrowersje*, „Czasopismo Psychologiczne”, nr 3, s. 7–22.
- Hobfoll S.E. (2006), *Stres, kultura i społeczność: psychologia i filozofia stresu*, tłum. M. Kacmajor, Gdańsk.
- ICD (2019), *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: 6B41 Complex posttraumatic stress disorder*, <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#585833559> [dostęp: 30.09.2024].
- Kaczmarek A., Curyło-Sikora P. (2016), *Problematyka stresu – przegląd koncepcji*, „Hygeia Public Health”, t. 51, nr 4, s. 317–321.
- Kirschbaum C., Hellhammer D.K. (1994), *Salivary cortisol in psychoneuroendocrine research: recent developments and applications*, „Psychoneuroendocrinology”, vol. 19, issue 4, s. 313–333.
- Lazarus R.S. (1993), *Coping theory and research: past, present, and future*, „Psychosomatic Medicine”, vol. 55, issue 3, s. 234–247.
- Lazarus R.S., Folkman S. (1984), *Stress, appraisal, and coping*, New York.
- Levine P.A. (2017), *Głos wnętrza. Jak ciało uwalnia się od traumy i odyskuje zdrowie*, tłum. P. Karpowicz, Warszawa.
- Lis-Turlejska M. (2005), *Traumatyczne zdarzenia i ich skutki psychiczne*, Warszawa.
- Maslow A.H. (2006), *Motywacja i osobowość*, tłum. J. Radzicki, wyd. 2, Warszawa.
- Mattson M.P., Calabrese E.J. (eds.) (2009), *Hormesis: A Revolution in Biology, Toxicology and Medicine*, New York.
- McEwen B.S., Stellar E. (1993), *Stress and the individual: Mechanisms leading to disease*, „Archives of Internal Medicine”, vol. 153, issue 18, s. 2093–2101.
- Milam J.E., Ritt-Olson A., Unger J.B. (2004), *Posttraumatic growth among adolescents*, „Journal of Adolescent Research”, vol. 19, issue 2, s. 192–204.
- Mirski A. (2020a), *Psychologiczne aspekty konfliktów asymetrycznych*, [w:] *Psychological aspects of armed conflicts*, red. P. Pacek, M.A. Kamiński, D. Merecz, Warszawa, s. 81–99.
- Mirski A. (2020b), *Trauma, jej rodzaje, konsekwencje, leczenie i zapobieganie*, [w:] *Blaski i cienie życia – perspektywa psychologiczna*, red. T. Ostrowski, Kraków, s. 177–199.
- Mirski A. (2021), *Psychologiczne aspekty reakcji w sytuacjach stresowych*, [w:] *Rozświetlenia. Wyzwania psychologiczne w czasach przełomu*, część I: *Stres i jakość życia*, red. M. Majczyna, Kraków, s. 49–80.

- Papolos D.F., Papolos J. (1998), *Przezwyćżyć depresję*, tłum. G. Brelik, W. Grabarczyk, wyd. 2 uzup. i popr., Poznań.
- Rutter M. (2006), *Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding*, „Annals of New York Academy of Science”, vol. 1094, s. 1–12.
- Sapolsky R.M. (2010), *Dlaczego zebry nie mają wrzodów? Psychofizjologia stresu*, tłum. M. Guzowska-Dąbrowska, Warszawa.
- Seligman M.E., Maier S.F. (1967), *Failure to escape traumatic shock*, „Journal of Experimental Psychology”, vol. 74, issue 1, s. 1–9.
- Selye H. (1960), *Stress życia*, tłum. J.W. Guzek, R. Rembiesa, Warszawa.
- Selye H. (1977), *Stres okiełznany*, tłum. T. Zalewski, przedm. W. Dega, Warszawa.
- Sikorska I. (2016), *Odporność psychiczna w okresie dzieciństwa*, Kraków.
- Sikorska I. (2017), *Odporność psychiczna w ujęciu psychologii pozytywnej: edukacja i terapia przez przygodę*, „Psychoterapia”, t. 181, nr 2, s. 75–86.
- Tedeschi R.G., Calhoun L.G. (2004), *Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence*, „Psychological Inquiry”, vol. 15, no. 1, s. 1–18.
- Terr L. (1994), *Unchained memories: True Stories of Traumatic Memories, Lost and Found*, New York.
- Thase M.E. (2009), *Neurobiological aspects of depression*, [w:] *Handbook of depression*, eds. I.H. Gotlib, C.L. Hammen, 2<sup>nd</sup> ed., New York, s. 187–217.
- Tomalski R., Pietkiewicz I.J. (2020), *Złożony zespół stresu pourazowego – przełom w leczeniu zaburzeń osobowości*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, t. 20, nr 1, s. 54–60.
- Tugade M.M., Fredrickson B.L. (2004), *Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences*, „Journal of Personality and Social Psychology”, vol. 86, issue 2, s. 320–333.
- van der Kolk B.A. (2014), *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*, New York.



**Karol Mausch**

Akademia im. Jakuba z Paradyża, Wydział Nauk o Zdrowiu

<https://orcid.org/0000-0003-3550-4703>

**Ewa Ryś**

Akademia im. Jakuba z Paradyża, Wydział Humanistyczny

<https://orcid.org/0000-0002-8732-5507>

# **SENS ŻYCIA A ZDROWIE PSYCHICZNE OSÓB CHORYCH ONKOLOGICZNIE – WYNIKI BADAŃ EMPIRYCZNYCH<sup>1</sup>**

## **Streszczenie**

W wielu modelach zdrowia przyjmuje się występowanie związków między szeroko rozumianą sferą duchową a faktycznym i subiektywnym stanem zdrowia. Potwierdzają to liczne badania naukowe, gdzie wskazuje się m.in. na silne znaczenie poczucia sensu życia w doświadczaniu zdrowia. W prezentowanej pracy przyjęto statyczne rozumienie sensu życia, jako stanu wyrażającego się poziomami natężenia tej cechy. Na podstawie analizy literatury uznano, że poziom sensu życia współwarunkuje subiektywne oceny zdrowia także w chorobie onkologicznej. Badania empiryczne przeprowadzono wśród 159 osób chorych onkologicznie. W procedurze zastosowano następujące testy psychologiczne: Skalę Poczucia Sensu Życia Crumbaugha i Maholicka (PIL), Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia Davida Goldberga GHQ-28

<sup>1</sup> Opracowanie stanowi przedruk fragmentów z książki: K. Mausch, E. Ryś (2020), *Sens życia a zdrowie psychiczne osób chorych onkologicznie. Wybrane zagadnienia w kontekście psychoonkologii i logoedukacji*, Gorzów Wielkopolski, w szczególności rozdz. 3 i 4 – za zgodą Wydawnictwa Naukowego AJP.

oraz ankietę zawierającą pytania dotyczące cech socjodemograficznych, czasu trwania choroby i trybu leczenia. Uzyskane wyniki badań własnych potwierdziły w całości lub częściowo wszystkie hipotezy. Model regresji liniowej pokazuje, że niezależnymi predyktorami ogólnego subiektywnego stanu zdrowia są akceptacja siebie i ocena przyszłości.

**Słowa kluczowe:** choroby onkologiczne, poczucie sensu życia, zdrowie

## Meaning of life and mental health in oncological patients – results of empirical research

### Abstract

Many models of health assume the existence of relationships between the broadly understood spiritual sphere and the actual and subjective state of health. This is confirmed by numerous scientific research results, which indicate, among others, to the strong importance of the sense of meaning in life in people's experience of health. In the presented work, a static understanding was adopted meaning of life, as a state expressed by levels of intensity of this feature. Based on the analysis of the literature, it was recognized that the level of the meaning of life co-determines the subjective assessment of health also in oncological disease. Empirical research was conducted among 159 oncological patients. The following psychological tests were used in the procedure: Crumbaugh and Maholick Purpose in Life Test (PIL), General Health Questionnaire David Goldberg GHQ-28 and a questionnaire containing questions on sociodemographic characteristics, duration of the disease, treatment mode. The obtained results of own research fully or partially confirmed all the hypotheses. The linear regression model shows that independent predictors of overall subjective health are: self-acceptance and assessment of the future.

**Key words:** oncological diseases, meaning of life, health

### Wprowadzenie

Teoretyczne podstawy prezentowanych badań oparte są na egzystencjalnym paradygmacie rozumienia zdrowia nawiązującym do logoteorii Viktora E. Frankla (2010, 2017), analizy egzystencjalnej Alfreda Längle (2016; Längle, Bürgi 2016; Längle, Orgler, Kundl 2003), psychoterapii egzystencjalnej Irvina Yalom (2008, 2010, 2018) oraz noopsychosomatycznego modelu zdrowia Kazimierza Popielskiego (1999). Zdrowie, w tym ujęciu rozumiane jako subiektywny stan, jest indywidualną oceną występowania dolegliwości

psychosomatycznych dających obrazy doświadczania dystresu psychicznego w normie albo w zakresie podwyższonym [Mausch, Ryś 2020, s. 87]<sup>2</sup>.

W wielu modelach zdrowia przyjmuje się występowanie związków szeroko rozumianej sfery duchowej z faktycznym i subiektywnym stanem zdrowia. Potwierdzają to liczne rezultaty badań naukowych, gdzie wskazuje się m.in. na silne znaczenie poczucia sensu życia w doświadczaniu zdrowia przez ludzi. W prezentowanej pracy przyjęto statyczne rozumienie sensu życia, jako stanu wyrażającego się poziomami natężenia tej cechy. Uznano, w oparciu o analizę literatury przedmiotu (...), że poziom sensu życia współwarunkuje subiektywne oceny zdrowia także w chorobie onkologicznej. Za Franklem uznano, że egzystujący człowiek, również w chorobie i cierpieniu, dąży do odkrycia sensu i celu własnego życia. Tym, co najważniejsze dla osoby poważnie chorej, jest życie z sensem. Pozytywny obraz zdrowia psychicznego związany jest z obecnością poczucia sensu życia, natomiast spadkowi poczucia sensu życia towarzyszy wzrost dolegliwości we wszystkich aspektach zdrowia psychicznego. Przyjęto stanowisko, że siła ludzkiego ducha, wyrażająca się w natężeniu poczucia sensu życia, u osób z chorobą nowotworową ujawnia się w pozytywnym doświadczaniu jakości własnego zdrowia [Mausch, Ryś 2020, s. 87].

## **Metodologia badań własnych**

Przedmiotem badań w prezentowanej pracy uczyniono relacje zachodzące między poczuciem sensu życia (afirmacja życia, akceptacja siebie, ocena przyszłości, świadomość celu, poczucie wolności, postawa do śmierci) a subiektywnym stanem zdrowia (dolegliwości somatyczne; niepokój, bezsenność; zaburzenia funkcjonowania; symptomy depresji). W modelu badawczym przyjęto, że subiektywne poczucie zdrowia w istotny statystycznie sposób współwarunkowane jest przez poczucie sensu życia (...), cechy socjodemograficzne oraz czynniki związane z chorobą onkologiczną: 1) czas trwania choroby i 2) tryb leczenia [Mausch, Ryś 2020, s. 87–88].

---

<sup>2</sup> W nawiasach kwadratowych podano strony dotyczące przedruku.

Zmienną zależną uczyniono subiektywny stan zdrowia, rozumiany jako stan zdrowia psychicznego (dolegliwości somatyczne; niepokój, bezsenność; zaburzenia funkcjonowania; symptomy depresji), natomiast zmiennymi niezależnymi: a) poczucie sensu życia (afirmacja życia, akceptacja siebie, ocena przyszłości, świadomość celu, poczucie wolności, postawa do śmierci), b) cechy socjodemograficzne (płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie, wiarę) oraz czynniki związane z chorobą nowotworową (czas choroby, tryb leczenia) [Mausch, Ryś 2020, s. 88].

### **Cele, problemy i hipotezy badawcze**

Za główny cel badań wyznaczono weryfikację założonego modelu badawczego w oparciu o empiryczną analizę relacji zachodzących między: 1) poczuciem sensu życia (afirmacja życia, akceptacja siebie, ocena przyszłości, świadomość celu, poczucie wolności, postawa do śmierci) a zdrowiem, 2) cechami socjodemograficznymi (płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie, wiarę) a zdrowiem, c) czasem choroby a zdrowiem, d) trybem leczenia a zdrowiem, oraz określenie siły związków występujących między zmiennymi.

W pracy postawiono następujące problemy badawcze:

1. Jakie poziomy poczucia sensu życia reprezentują badani?
2. Jaka jest struktura poczucia sensu życia u badanych?
3. Jakie relacje występują między zmiennymi socjodemograficznymi (płcią, wiekiem, stanem cywilnym, wykształceniem, wiarą) a poczuciem sensu życia badanych?
4. Jakie relacje występują między zmiennymi socjodemograficznymi (płcią, wiekiem, stanem cywilnym, wykształceniem, wiarą) a strukturą sensu życia badanych?
5. Jakie relacje zachodzą między czasem trwania choroby a poczuciem sensu życia badanych?
6. Jakie relacje zachodzą między czasem trwania choroby a strukturą sensu życia badanych?
7. Jakie relacje zachodzą między trybem leczenia a poczuciem sensu życia badanych?
8. Jakie relacje zachodzą między trybem leczenia a strukturą sensu życia badanych?

9. Jakie poziomy dystresu reprezentują badani?
10. Jaka jest struktura subiektywnego stanu zdrowia u badanych?
11. Jakie relacje zachodzą między zmiennymi socjodemograficznymi (płcią, wiekiem, stanem cywilnym, wykształceniem, wiarą) a subiektywnym stanem zdrowia badanych?
12. Jakie relacje zachodzą między zmiennymi socjodemograficznymi (płcią, wiekiem, stanem cywilnym, wykształceniem, wiarą) a strukturą subiektywnego stanu zdrowia badanych?
13. Jakie relacje zachodzą między czasem trwania choroby a subiektywnym stanem zdrowia badanych?
14. Jakie relacje zachodzą między czasem trwania choroby a strukturą subiektywnego stanu zdrowia badanych?
15. Jakie relacje zachodzą między trybem leczenia a subiektywnym stanem zdrowia badanych?
16. Jakie relacje zachodzą między trybem leczenia a strukturą subiektywnego stanu zdrowia badanych?
17. Jakie relacje zachodzą między poczuciem sensu życia a subiektywnym stanem zdrowia badanych?
18. Które czynniki są predyktorami subiektywnego stanu zdrowia?
19. Czy istnieją istotne statystycznie różnice między cechami osób reprezentujących odmienne stany zdrowia w kontekście czynników: poczucie sensu życia, cechy socjodemograficzne (płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie, wiara), czas choroby, tryb leczenia?

oraz sformułowano hipotezy badawcze:

H1: Cechy socjodemograficzne różnicują poczucie sensu życia.

H2: Cechy socjodemograficzne różnicują strukturę poczucia sensu życia.

H3: Czas trwania choroby różnicuje poczucie sensu życia.

H4: Czas trwania choroby różnicuje strukturę sensu życia.

H5: Tryb leczenia różnicuje poczucie sensu życia.

H6: Tryb leczenia różnicuje strukturę sensu życia.

H7: Cechy socjodemograficzne różnicują poziomy subiektywnego stanu zdrowia.

H8: Cechy socjodemograficzne różnicują strukturę subiektywnego stanu zdrowia.

H9: Czas trwania choroby różnicuje poziomy subiektywnego stanu zdrowia.

H10: Czas trwania choroby różnicuje strukturę subiektywnego stanu zdrowia.

H11: Tryb leczenia różnicuje poziomy subiektywnego stanu zdrowia.

H12: Tryb leczenia różnicuje strukturę subiektywnego stanu zdrowia.

H13: Zakłada się, że istnieje istotny statystycznie związek między poczuciem sensu życia a subiektywnym stanem zdrowia, tzn. im wyższy poziom poczucia sensu życia, tym mniej dolegliwości zdrowotnych.

H14: Niezależnymi predyktorami subiektywnego stanu zdrowia są: poczucie sensu życia (afirmacja życia, akceptacja siebie, ocena przyszłości, świadomość celu, poczucie wolności, postawa do śmierci), czas trwania choroby, tryb leczenia.

H15: Osoby o odmiennych poziomach subiektywnego stanu zdrowia, w kontekście czynników: poczucie sensu życia, cechy socjodemograficzne, czas trwania choroby, tryb leczenia, różnią się w sposób istotny statystycznie [Mausch, Ryś 2020, s. 89–90].

## Opis zastosowanych narzędzi badawczych

Badania empiryczne przeprowadzono wśród 159 osób chorych onkologicznie. W procedurze zastosowano następujące testy psychologiczne: Skalę Poczucia Sensu Życia Crumbaugh'a i Maholiczka, Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia Davida Goldberga GHQ-28 oraz ankietę zawierającą pytania dotyczące cech socjodemograficznych, czasu trwania choroby, trybu leczenia [Mausch, Ryś 2020, s. 91].

### Skala Poczucia Sensu Życia Crumbaugh'a i Maholiczka (PIL)

Skala Poczucia Sensu Życia skonstruowana została przez James'a C. Crumbaugh'a i Leonarda T. Macholiczka pod nazwą *Purpose in Life Test – PIL* (Test Celu Życia) i opublikowana w 1963 r. (Siek 1993). Skala oparta jest na założeniach logoteorii Frankla i służy do badania natężenia zaspokojenia potrzeby sensu życia. Skala pozwala

na mierzenie stopnia, w jakim człowiek ma świadomość, że jego życie posiada sens i cel [Mausch, Ryś 2020, s. 91]. Skala Crumbaugh i Maholicka (1964) znajduje się wśród najszerzej wykorzystywanych narzędzi we współczesnych badaniach poczucia sensu życia. W prezentowanych badaniach skala znalazła właściwe zastosowanie.

W prezentowanych badaniach zastosowano część A skali PIL, wyniki zinterpretowano ilościowo, sugerując się przyjętymi normami punktowymi traktowanymi jako wskaźniki poziomu sensu życia [Mausch, Ryś 2020, s. 93]. Dla aktualnie używanej listy twierdzeń w skali PIL za pomocą współczynnika korelacji  $r$  Persona wskaźnik rzetelności wyniósł 0,81, a po korekcie Spearmana-Browna – 0,90 (Mausch, Ryś 2020, s. 91).

#### Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia Davida Goldberga GHQ-28

David Goldberg jest autorem kwestionariuszy do oceny ogólnego stanu zdrowia psychicznego osób dorosłych GHQ-12 i GHQ-28. Przy pomocy kwestionariuszy można wyodrębnić z populacji ogólnej ludzi tych, u których stan zdrowia psychicznego – czasowo lub długookresowo – uległ załamaniu wskutek trudności. Goldberg uważa, że kwestionariusze umożliwiają wyodrębnienie z ogólnej populacji osób, u których „występuje istotne ryzyko rozwoju zaburzeń zdrowia psychicznego” (Williams, Goldberg, Makowska 2001). Dzięki kwestionariuszom GHQ można zatem w sposób nieskomplikowany i szybko ocenić stan zdrowia psychicznego badanych osób, bez stawiania wnikliwej diagnozy, stwierdzając jedynie, że osoba cierpi na zaburzenia zdrowia psychicznego lub też istnieje określone prawdopodobieństwo rozwoju takich zaburzeń. Kwestionariusze GHQ znajdują szerokie zastosowanie do ogólnej oceny stanu zdrowia psychicznego osób w badaniach naukowych [Mausch, Ryś 2020, s. 93]. Pozwalają na oszacowanie nasilenia niepsychotycznych zaburzeń funkcji psychicznych i wyłonienie osób, u których istnieje istotne prawdopodobieństwo ich wystąpień. Na ogólny wynik kwestionariusza wpływa osobnicza wrażliwość, sposób przeżywania i poczucie choroby, dlatego też uważa się, że za pomocą GHQ można również zbadać poczucie zaburzenia psychicznego – i subiektywną ocenę jego następstw – nazywane niespecyficznym cierpieniem psychicznym. W prezentowanych badaniach zastosowano kwestionariusz GHQ-28

w odniesieniu do osób chorych onkologicznie, u których w następstwie poważnej choroby somatycznej mogą ujawnić się zaburzenia funkcji psychicznych najczęściej o charakterze niepsychotycznym.

## **Ankieta**

W kwestionariuszu ankiety zamieszczono pytania dotyczące cech socjodemograficznych obejmujących: płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, wiarę oraz pytania dotyczące czasu trwania choroby i trybu leczenia [Mausch, Ryś 2020, s. 94].

## **Charakterystyka badanych osób**

W badaniach wzięło udział 159 osób chorych onkologicznie. Wśród badanych 70% stanowiły kobiety, 30% mężczyźni. W kategorii wieku do 33 roku życia było 5% respondentów, między 34 a 40 rokiem życia – 8%, między 41 a 65 lat – 67% i powyżej 65 lat – 20%. Najmłodsza badana osoba miała 21 lat, a najstarsza 79 lat. Średnia wieku badanych wynosiła 55 lat. Biorąc pod uwagę stan cywilny, wśród respondentów 85% to osoby w związku małżeńskim i 15% osoby poza związkiem małżeńskim. Wśród badanych dominowały osoby z wykształceniem średnim – 45%, następnie z wykształceniem wyższym – 27%, zasadniczym zawodowym – 20% i podstawowym – 8% (...). Wśród respondentów 95% zadeklarowało się jako osoby wierzące, 2% jako niewierzące i 3% nie udzieliło odpowiedzi. Najwięcej badanych osób chorowało od 3 do 6 miesięcy – 26%, do 3 miesięcy – 25%, powyżej 5 lat – 24%, 7 do 12 miesięcy – 15%, i od 1 do 5 lat – 10% respondentów. Najwięcej badanych osób leczonych było w trybie szpitalnym – 69%, natomiast w trybie ambulatoryjnym 31% [Mausch, Ryś 2020, s. 94].

Badania przeprowadzono w ośrodkach szpitalnych i poradniach onkologicznych w województwie zachodniopomorskim. Miały one charakter anonimowy, respondenci wyrazili zgodę na uczestnictwo, kwestionariusze wypełniali w szpitalu lub w domu. Badacz wyjaśniał respondentom cel badań oraz sposób realizacji projektu [Mausch, Ryś 2020, s. 96].

## Omówienie wyników badań własnych

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że wśród respondentów dominuje niski poziom poczucia sensu życia – 40,25%, poziom bardzo wysoki obejmuje 36,46% badanych, oraz kolejno poziom wysoki – 13,84% i poziom zaniżony – 9,43%. Biorąc pod uwagę sumę wyników poziomu bardzo wysokiego i wysokiego można przyjąć, że wśród badanych osób chorych onkologicznie 50,30% miało pozytywne poczucie sensu życia. Uzyskane wyniki są porównywalne do rezultatów, jakie prezentowane są w innych badaniach, np. poczucie sensu nauczycieli (330 respondentów stanowiących próbę reprezentatywną dla nauczycieli z województwa zachodniopomorskiego) rozkłada się w następujący sposób: poziom bardzo wysoki – 27%, poziom wysoki – 30%, poziom zaniżony – 21% i poziom niski – 22%, co oznacza, że pozytywny poziom sensu życia reprezentuje ok. 57% badanych (Ryś 2007). Ustalenia empiryczne Teresy Borowskiej (1998) uzyskane wśród studentów z Polski wskazują na występowanie poziomów: bardzo wysokiego 13% i wysokiego 36%, zaniżonego 28%, niskiego 23%, co daje ok. 51% pozytywnego wyniku w zakresie poczucia sensu życia. W badaniach Borowskiej osoby chore onkologicznie uzyskały 33% wyników na poziomie niskim, 57% na poziomie zaniżonym i 10% na poziomie wysokim. W innych badaniach przeprowadzonych wśród studentów (683 respondentów) ustalono występowanie sensu życia na poziomach: bardzo wysokim – 34%, wysokim – 31%, zaniżonym – 21% i niskim – 24% (Ryś 2009). Badania wśród młodzieży (223 osoby) ujawniły występowanie poziomów: bardzo wysokiego – 20%, wysokiego – 19%, zaniżonego – 16% i niskiego – 44% (Ryś, Pawłowska, Wszółkowski 2015). Z kolei wśród badanych mieszkańców domów pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych ustalono występowanie poziomów: bardzo wysokiego – 19%, wysokiego – 17%, zaniżonego – 10% i niskiego – 54% (Ryś, Mausch 2013). Natomiast wyniki badań wśród osób z chorobą niedokrwienną serca i osób zdrowych nie wykazały różnic w poziomie ogólnego poczucia sensu życia (Wysocka-Pleczyk, Słowik 2012) [Mausch, Ryś 2020, s. 145–146].

W analizie procentowego udziału komponentów poczucia sensu życia stwierdzono następujące prawidłowości: w zakresie afirmacji

wśród badanych osób chorych onkologicznie wynik na poziomie niskiego poczucia sensu życia miało 7% respondentów, a 13% prezentowało bardzo wysokie poczucie sensu życia. W zakresie akceptacji siebie wśród badanych wynik na poziomie niskiego poczucia sensu życia miało 6% respondentów, a po 14% prezentowało bardzo wysokie, wysokie i zaniżone poczucie sensu życia. W zakresie świadomości celu wynik na poziomie niskiego poczucia sensu życia miało 11% respondentów, a po 13% prezentowało bardzo wysokie, wysokie i zaniżone poczucie sensu życia. W zakresie oceny przyszłości wynik na poziomie niskiego i zaniżonego poczucia sensu życia miało po 5% respondentów, a po 8% prezentowało bardzo wysokie i wysokie poczucie sensu życia. W zakresie poczucia wolności wynik na poziomie niskiego poczucia sensu życia miało 1% respondentów, a po 18% miało bardzo wysokie, wysokie i zaniżone poczucie sensu życia. W zakresie postawy do śmierci po 6% respondentów było o niskim i bardzo wysokim poczuciu sensu życia, a po 19% o bardzo wysokim, wysokim i zaniżonym poczuciu sensu życia, 7% o bardzo wysokim, wysokim i o zaniżonym poczuciu sensu życia [Mausch, Ryś 2020, s. 146].

W badaniach własnych ocena związków między płcią a poczuciem sensu życia wskazuje, że wyniki każdej z podskal PIL zależą od płci. Badane kobiety uzyskały wyniki istotnie statystycznie wyższe niż badani mężczyźni. Stwierdzono, że wyniki w skali PIL nie zależą w sposób istotny statystycznie od wieku badanych ani od ich stanu cywilnego. Ze względu na niewielką liczbę osób deklarujących się jako niewierzące nie przeprowadzono analiz w zakresie związków między wiarą a sensem życia. Porównując uzyskane wyniki badań własnych z rezultatami empirycznymi prezentowanymi w literaturze naukowej warto przywołać ustalenia z badań amerykańskich pokazujące wyższe wyniki w skali PIL u kobiet w porównaniu do mężczyzn, jednak różnice te nie były istotne statystycznie (Zaborowski 1994). W badaniach Magdaleny Felcyn i Niny Ogińskiej-Bulik (2009), przeprowadzonych wśród osób w żałobie, nie stwierdzono zależności statystycznej między płcią a poczuciem sensu życia [Mausch, Ryś 2020, s. 146–147].

W badaniach własnych stwierdzono, że wyniki uzyskane w skalach afirmacji życia, akceptacji siebie, poczucia wolności i wyniku

łączonego poczucia sensu życia w skali PIL zależały w sposób istotny statystycznie od wykształcenia. Analiza pokazała, że u badanych z wykształceniem średnim były one wyższe niż u respondentów z wykształceniem wyższym. Najwyższe wyniki we wszystkich podskalach PIL uzyskali respondenci ze średnim wykształceniem. Należy zauważyć, że grupa badanych reprezentujących wykształcenie średnie jest zdecydowanie liczniejsza, co mogło spowodować ujawnione różnice w uzyskanych rezultatach. Przywołane wcześniej wyniki badań przedstawione przez Magdalenę Felcyn i Ninę Ogińską-Bulik (2009) nie wykazały różnic istotnych statystycznie między wykształceniem a poczuciem sensu życia [Mausch, Ryś 2020, s. 147].

Rozpatrując w badaniach własnych związki między czasem trwania choroby a poczuciem sensu życia wykazano, że wyniki każdej z podskal PIL i wynik ogólny zależały od czasu trwania choroby. Analiza ujawniła, że: 1) poziom afirmacji życia, poczucia wolności i poziom poczucia sensu życia (wynik łączny PIL) są wyższe u chorujących ponad pół roku niż u chorujących do 3 miesięcy, a ponadto, u chorujących ponad 5 lat są wyższe niż u chorujących 3–6 miesięcy; 2) poziom akceptacji siebie jest wyższy u chorujących ponad pół roku niż u chorujących do 3 miesięcy; 3) poziom świadomości celu jest wyższy u chorujących ponad 5 lat niż u chorujących do 6 miesięcy; 4) ocena przyszłości jest lepsza u chorujących ponad rok niż u chorujących do 3 miesięcy, a ponadto, u chorujących ponad 5 lat jest lepsza niż u chorujących 3–6 miesięcy; 5) postawa do śmierci jest bardziej pozytywna u chorujących ponad pół roku niż u chorujących do 3 miesięcy, a ponadto, u chorujących ponad rok jest bardziej pozytywny niż u chorujących 3–6 miesięcy. Najniższe wyniki w podskalach i całej skali PIL uzyskują osoby o najkrótszym czasie choroby (do 3 miesięcy). Dla porównania w badaniach Edyty Kędry i Waldemara Wiśniewskiego (2018) także stwierdzono związki między długością trwania choroby a spadkiem jakości życia chorych na raka jelita grubego. W innych badaniach stwierdzono, że czas trwania choroby negatywnie korelował z poczuciem sensu życia, tzn. z dłuższym czasem choroby nowotworowej współwystępował niższy poziom poczucia sensu życia (Wnuk i in. 2010). W badaniach Anity Gałuszki (2013) ustalono występowanie u osób leczonych ambulatoryjnie dodatniej korelacji czasu chorowania z emocjami

pozytywnymi i ujemną korelację czasu chorowania z emocjami negatywnymi i odczuwanym dystresem [Mausch, Ryś 2020, s. 147–148].

W zakresie związków między trybem leczenia a poczuciem sensu życia stwierdzono, że wyniki każdej z podskal PIL i w całej skali zależą w sposób istotny statystycznie od trybu leczenia, tzn. badani leczeni ambulatoryjnie uzyskują wyniki istotnie statystycznie wyższe niż badani leczeni szpitalnie. W literaturze przedmiotu prezentowane są wyniki badań wskazujące na to, że pacjenci mają większe zadowolenie ze stosowanego leczenia ambulatoryjnego (Kamińska-Rosner, Zdun-Ryżewska 2013). Należy pamiętać, że wybór postępowania związanego z trybem leczenia jest zależny od wielu czynników, np. zaawansowania choroby, intencji leczenia (radikalnej/paliatywnej), rokowania, obecności objawów choroby, ogólnego stanu chorego. Źródłem stresu onkologicznego może być pobyt w szpitalu i rodzaj leczenia, sposób przetwarzania informacji o chorobie, oderwanie od środowiska rodzinnego, jakość komunikacji z personelem medycznym i innymi chorymi (Piskozub 2010) [Mausch, Ryś 2020, s. 148].

Wykazano, że w badaniach własnych wiek i stan cywilny nie współwarunkują w sposób istotny statystycznie poczucia sensu życia [Mausch, Ryś 2020, s. 148].

Badając subiektywny stan zdrowia chorych onkologicznie i jego strukturę, posłużono się kwestionariuszem GHQ-28. Uzyskane wyniki sugerują, że u badanych występuje najwięcej symptomów dolegliwości somatycznych, następnie niepokoju i bezsenności, depresji i zaburzeń funkcjonowania (...). Niski wynik, tj. lepszy subiektywny stan zdrowia (poniżej 16 punktów) stwierdzono u 16% badanych, natomiast gorszy stan (powyżej 51 punktów) stwierdzono u 11% respondentów. Jeśli chodzi o symptomy somatyczne, wśród badanych wynik niższy – mniej symptomów somatycznych – ma 9% respondentów i 9% ma więcej symptomów. Niepokój i bezsenność wśród badanych na poziomie niskim ma 12% respondentów, a 6% ma na poziomie wysokim. Zaburzenia funkcjonowania na poziomie niskim ma 21% respondentów, a 11% na poziomie wysokim. Symptomy depresji wśród badanych na poziomie wyższym ma 11% respondentów [Mausch, Ryś 2020, s. 148–149].

Dla porównania, wyniki badań przedstawione przez Annę Kieszkowską-Grudny, Monikę Rucińską, Sylwię Biedrzycką, Sergiusza

Nawrockiego (2012) wskazują, że kobiety po leczeniu z powodu raka szyjki macicy oceniły swój ogólny stan zdrowia niżej niż kobiety niechorujące na raka, ale nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w ocenach ogólnej jakości życia u kobiet chorych i zdrowych, wyniki były zbliżone [Mausch, Ryś 2020, s. 149].

W badaniach własnych zbadano związki między płcią a subiektywnym stanem zdrowia. Stwierdzono, że wyniki każdej z podskal GHQ-28 zależały od płci. U badanych kobiet wyniki ogólne i w poszczególnych podskalach zdrowia były istotnie statystycznie niższe niż u badanych mężczyzn, co oznacza, że u respondentek występuje lepszy ogólny stan zdrowia, jak też mniej symptomów somatycznych, niepokoju i bezsilności, zaburzeń funkcjonowania i depresji. Należy jednak zauważyć, że badane kobiety stanowią zdecydowanie licniejszą subpopulację (67%) niż badani mężczyźni (33%), co może rzutować na uzyskane rezultaty [Mausch, Ryś 2020, s. 149].

W badaniach własnych wykazano, że ani ogólny subiektywny stan zdrowia, ani występowanie symptomów somatycznych, niepokoju i bezsilności, zaburzeń funkcjonowania, depresji, nie zależy w sposób istotny statystycznie od wieku badanych i od stanu cywilnego [Mausch, Ryś 2020, s. 149].

Badania wykazały, że ogólny stan zdrowia, jak też występowanie symptomów somatycznych, niepokoju i bezsenności, zaburzeń zachowania, depresji, zależały w sposób istotny statystycznie od trybu leczenia. U badanych leczonych ambulatoryjnie uzyskane wyniki są istotnie statystycznie niższe niż u badanych leczonych szpitalnie, co oznacza, że badane osoby leczone ambulatoryjnie reprezentują wyższe oceny subiektywnego stanu zdrowia niż respondenci leczeni szpitalnie [Mausch, Ryś 2020, s. 150].

Rozpatrując związki między czasem trwania choroby a subiektywnym stanem zdrowia stwierdzono, że ogólny subiektywny stan zdrowia oraz występowanie symptomów somatycznych, niepokoju i bezsenności, zaburzeń funkcjonowania oraz depresji, zależą od czasu trwania choroby. Ponadto stwierdzono, że: 1) nasilenie symptomów somatycznych, niepokoju i bezsenności jest wyższe u chorujących do 3 miesięcy niż u chorujących ponad rok, a ponadto, u chorujących 3–6 miesięcy jest wyższe niż u chorujących ponad 5 lat; 2) nasilenie zaburzeń funkcjonowania jest wyższe u chorujących do

3 miesięcy niż u chorujących ponad pół roku, a ponadto, u chorujących 3–6 miesięcy jest wyższe niż u chorujących ponad rok; 3) nasilenie symptomów depresji jest wyższe u chorujących do 3 miesięcy niż u chorujących ponad 3 miesiące, a ponadto, u chorujących 3–6 miesięcy jest wyższe niż u chorujących ponad 5 lat; 4) wynik łączny GHQ-28 jest wyższy u chorujących do 3 miesięcy niż u chorujących ponad pół roku, a ponadto, u chorujących 3–6 miesięcy jest wyższy niż u chorujących ponad 5 lat. Najwyższe wskaźniki dolegliwości chorobowych, w wymiarze ogólnym i w każdym komponencie, występują u osób w pierwszej fazie choroby (do 3 miesięcy) [Mausch, Ryś 2020, s. 150].

Zbadano zależności między poczuciem sensu życia a subiektywnym stanem zdrowia. Wszystkie zależności między zmiennymi są istotne statystycznie. Analiza wyników pokazuje, że zależności te są ujemne, tzn. im wyższy poziom poczucia sensu życia, tym lepszy subiektywny stan zdrowia psychicznego, czyli niższe wyniki w GHQ-28 (i vice versa). Najsilniejsze korelacje występują między subiektywnym stanem zdrowia a afirmacją życia i ogólnym poziomem poczucia sensu życia. Uzyskane rezultaty empiryczne potwierdzają stanowisko Frankla i in. mówiące o pozytywnych związkach poczucia sensu życia ze zdrowiem psychicznym [Mausch, Ryś 2020, s. 151].

Model regresji liniowej pokazuje, że niezależnymi predyktorami ogólnego subiektywnego stanu zdrowia są: akceptacja siebie i ocena przyszłości. Oznacza to, że subiektywny ogólny stan zdrowia badanych osób chorych onkologicznie jest lepszy (mniej dolegliwości) wraz ze wzrostem akceptacji siebie i pozytywną oceną przyszłości [Mausch, Ryś 2020, s. 151] (por. tabela 1).

Tabela 1. Zmienne istotne dla stanu zdrowia w modelu analizy regresji

Subiektywny stan zdrowia	Zmienne wyznaczające stan zdrowia
Ogólny stan zdrowia	Akceptacja siebie, ocena przyszłości
Symptomy somatyczne	Akceptacja siebie, ocena przyszłości, tryb leczenia
Niepokój i bezsenność	Afirmacja życia, ocena przyszłości
Depresja	Ocena przyszłości, stosunek do śmierci, czas trwania choroby
Zaburzenia funkcjonowania	Akceptacja siebie

Źródło: (Mausch, Ryś 2020, s. 151).

Na rysunku 1 przedstawiono predyktory zdrowia jako weryfikacje przyjętego modelu badawczego. Model wskazuje, że:

H12: Tryb leczenia różnicuje w sposób istotny statystycznie wszystkie komponenty subiektywnego stanu zdrowia.

H13: Istnieją statystyczne zależności między sensem życia (i wszystkimi komponentami) a subiektywnym stanem zdrowia. Najsilniejsze powiązanie występuje między afirmacją życia a wynikiem ogólnym stanu zdrowia.

H14: Niezależnymi predyktorami subiektywnego stanu zdrowia są: akceptacja siebie i ocena przyszłości, natomiast: predyktorami

- symptomów somatycznych – akceptacja siebie, ocena przyszłości i tryb leczenia;
- niepokoju i bezsenności: afirmacja życia i ocena przyszłości;
- zaburzeń funkcjonowania: akceptacja siebie;
- symptomów depresji: ocena przyszłości, postawa do śmierci i czas trwania choroby.

Predyktorami subiektywnego stanu zdrowia nie są zakładane czynniki; poziom poczucia sensu życia, poczucie wolności i świadomość celu.

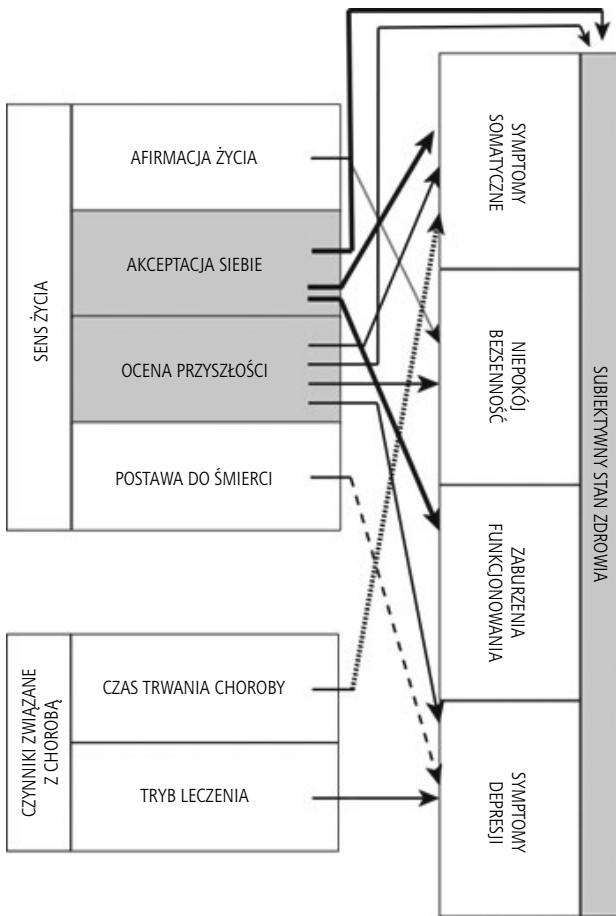
H15: Grupy osób o odmiennych poziomach subiektywnego stanu zdrowia różnią się w sposób istotny statystycznie [Mausch, Ryś 2020, s. 161].

Uzyskane wyniki badań własnych potwierdziły w całości lub częściowo wszystkie hipotezy.

H1: Płeć i wykształcenie różnicują w sposób istotny statystycznie poczucie sensu życia. Nie stwierdzono występowania zakładanej zależności między wiekiem, stanem cywilnym (nie analizowano zmiennej – wiara) a poczuciem sensu życia.

H2: Płeć różnicuje w sposób istotny statystycznie wszystkie komponenty sensu życia, natomiast wykształcenie: afirmację życia, akceptację siebie, poczucie wolności. Nie stwierdzono występowania zakładanej zależności między: wykształceniem a świadomością celu, oceną przyszłości i postawą do śmierci oraz między wiekiem, stanem cywilnym i wiarą a komponentami sensu życia.

H3: Czas trwania choroby różnicuje w sposób istotny statystycznie poczucie sensu życia.



Rysunek 1. Predyktory zdrowia (weryfikacja modelu badawczego)

Źródło: (Mausch, Ryś 2020, s. 152).

H4: Czas trwania choroby różnicuje w sposób istotny statystycznie wszystkie komponenty sensu życia.

H5: Tryb leczenia różnicuje w sposób istotny statystycznie poczucie sensu życia.

H6: Tryb leczenia różnicuje w sposób istotny statystycznie wszystkie komponenty sensu życia.

H7: Płeć i wykształcenie różnicują w sposób istotny statystycznie subiektywny stan zdrowia. Nie stwierdzono występowania zakładanej zależności między wiekiem, stanem cywilnym i wiarą a subiektywnym stanem zdrowia.

H8: Płeć różnicuje w sposób istotny statystycznie wszystkie komponenty subiektywnego stanu zdrowia, natomiast wykształcenie różnicuje: niepokój i bezsensowność oraz symptomy depresji. Nie stwierdzono występowania zakładanej zależności między wykształceniem a symptomami somatycznymi i zaburzeniami funkcjonowania oraz między wiekiem, stanem cywilnym i wiarą a wszystkimi komponentami subiektywnego stanu zdrowia.

H9: Czas trwania choroby różnicuje w sposób istotny statystycznie subiektywny stan zdrowia/zdrowie psychiczne.

H10: Czas trwania choroby różnicuje w sposób istotny statystycznie wszystkie komponenty subiektywnego stanu zdrowia.

H11: Tryb leczenia różnicuje w sposób istotny statystycznie subiektywny stan zdrowia/zdrowie psychiczne.

H12: Tryb leczenia różnicuje w sposób istotny statystycznie wszystkie komponenty subiektywnego stanu zdrowia.

H13: Istnieją statystyczne zależności między sensem życia (i wszystkimi komponentami) a subiektywnym stanem zdrowia. Najsilniejsze powiązanie występuje między afirmacją życia a wynikiem ogólnym stanu zdrowia.

H14: Niezależnymi predyktorami subiektywnego stanu zdrowia są: akceptacja siebie i ocena przyszłości (...) [Mausch, Ryś 2020, s. 160–161].

Wnioski z przeprowadzonych badań:

1. Istnieją statystyczne zależności między sensem życia (i wszystkimi komponentami) a subiektywnym stanem zdrowia. Najsilniejsze powiązanie występuje między afirmacją życia a wynikiem ogólnym stanu zdrowia.
2. Istnieje potrzeba włączenia problematyki sensu życia do kształcenia pracowników medycznych, szczególnie w zakresie psychoonkologii.

## Podsumowanie

W niniejszej pracy przedstawiono analizę związków zachodzących między subiektywnym zdrowiem psychicznym a sensem życia (reprezentującym duchowy wymiar człowieka) osób chorych onkologicznie. Teoretyczne, poznawcze i praktyczne aspekty badanego

zjawiska stanowią podstawę do postulowania konieczności konceptualizacji logoodukacji, czyli edukacji zorientowanej na sens, szczególnie w kontekście psychoonkologii. Stanowisko to wpisuje się w nurt myślenia reprezentowany już w literaturze naukowej przez badaczy zajmujących się złożonymi aspektami związanymi z procesem szeroko rozumianej terapii chorych z nowotworami oraz włączenia do procesu diagnozy i leczenia zjawisk dotyczących sfery duchowej człowieka. Chodzi o to, aby uwzględnić holistycznie sytuację chorego i odnajdować, a następnie uruchamiać te siły duchowe, które pozwolą choremu włączyć się i zaangażować w proces leczenia, zaakceptować chorobę i siebie w aktualnej sytuacji oraz przepracować obciążające, negatywne emocje związane z tym ekstremalnym położeniem uruchamiającym myślenie o własnej śmierci i rozchwianie tożsamości [Mausch, Ryś 2020, s. 181].

Mamy nadzieję, że wyniki badań własnych przedstawione w tej pracy przyczynią się do szerszego zainteresowania oraz stosowania wiedzy z zakresu motywacyjnej siły sensu życia do terapii, rehabilitacji i wsparcia osób chorych onkologicznie. Zakładamy, że zaprezentowane (...) zagadnienia dostarczą argumentów do włączenia w szeroko rozumiany proces leczenia także interwencji psychoterapeutycznych zorientowanych na wspomaganie poczucia sensu życia u pacjentów z chorobami onkologicznymi [Mausch, Ryś 2020, s. 183].

## Bibliografia

- Borowska T. (1998), *Pedagogia ograniczeń ludzkiej egzystencji*, Warszawa.
- Crumbaugh J.C., Maholick L.T. (1964), *An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis*, „Journal of Clinical Psychology”, vol. 20, issue 2, s. 200–207.
- Felcyn M., Ogińska-Bulik N. (2009), *Poczucie sensu życia osób w żałobie*, „Polskie Forum Psychologiczne”, t. 14, nr 1, s. 63–77.
- Frankl V.E. (2010), *Wola sensu. Założenia i zastosowanie logoterapii*, tłum. A. Wolnicka, Warszawa.
- Frankl V.E. (2017), *Lekarz i dusza. Wprowadzenie do logoterapii i analizy egzystencjalnej*, tłum. R. Skrzypczak, wyd. rozszerzone o *Dziesięć tez na temat osoby*, Warszawa.

- Gałuszka A. (2013), *Akceptacja choroby przewlekłej i poziom dystresu pacjentów leczących się ambulatoryjnie*, „Chowanna”, t. 1, s. 159–177.
- Kamińska-Rosner J., Zdun-Ryżewska A. (2013), *Satysfakcja pacjentów z ambulatoryjnej opieki medycznej i jej uwarunkowania*, „Medycyna Rodzinna”, nr 3, s. 83–86.
- Kędra E.M., Wiśniewski W. (2018), *Wybrane aspekty oceny jakości życia chorych na nowotwór jelita grubego i członków ich rodzin w świetle wyników badań własnych*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”, t. 8, nr 1, s. 33–38.
- Kieszkowska-Grudny A., Rucińska M., Biedrzycka S., Nawrocki S. (2012), *Ocena jakości życia w grupie kobiet chorych na raka szyjki macicy po radykalnej radiochemioterapii oraz w grupie kobiet nieleczonych z powodu raka – doniesienie wstępne*, „Nowotwory”, t. 62, nr 3, s. 168–174.
- Längle A. (2016), *Gdy rodzi się pytanie o sens. Praktyczne zastosowanie logoterapii*, tłum. A. Grzegorzczak, A. Szymczak, Warszawa.
- Längle A., Bürgi D. (2016), *Wenn das Leben pflügt. Krise und Leid als existentielle Herausforderung*, Mit einem Vorwort von M. Köhlmeier, Göttingen.
- Längle A., Orgler Ch., Kundi M. (2003), *The Existence Scale. A new approach to assess the ability to find personal meaning in life and to reach existential fulfilment*, „European Psychotherapy”, vol. 4, no. 1, s. 135–151.
- Mausch K., Ryś E. (2020), *Sens życia a zdrowie psychiczne osób chorych onkologicznie. Wybrane zagadnienia w kontekście psychoonkologii i logoedukacji*, Gorzów Wielkopolski.
- Piskozub M. (2010), *Noetyczno-duchowy wymiar osobowości w procesie radzenia sobie ze stresem onkologicznym*, „Psychoonkologia”, nr 1, s. 1–13.
- Popielski K. (1999), *Noopsychoosomatyka: propozycja nowego podejścia diagnostyczno-terapeutycznego*, „Przegląd Psychologiczny”, t. 42, nr 4, s. 17–41.
- Ryś E. (2007), *Zaburzenia poczucia sensu życia w sytuacji zmiany społecznej. Studium empiryczne na przykładzie nauczycieli województwa zachodniopomorskiego*, [w:] K. Mausch, E. Ryś, *Patologia społeczna. Wybrane zagadnienia*, Szczecin, s. 55–77.
- Ryś E. (2009), *The sense of life as a subjective spiritual human experience*, „Journal of the Society for Existential Analysis”, vol. 20.1, s. 50–68.
- Ryś E., Mausch K. (2013), *Poczucie sensu życia u mieszkańców domu pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych. Raport*

- z badań empirycznych*, [w:] *Troska o człowieka psychicznie chorego. Wsparcie, terapia, ochrona*, red. A. Dymer, Szczecin, s. 347–362.
- Ryś E., Pawłowska M., Wszółkowski E. (2015), *Poczucie sensu życia u młodzieży – komunikat z badań*, „Edukacja w Dyskursie”, nr 3, s. 205–227.
- Siek S. (1993), *Wybrane metody badania osobowości*, wyd. 2 popr. i rozsz., Warszawa.
- Williams P., Goldberg D., Makowska Z. (2001), *Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28*, tłum. D. Merecz, Łódź.
- Wnuk M., Marcinkowski J.T., Hędzielek M., Świstak-Sawa S. (2010), *Religijno-duchowe korelaty siły nadziei oraz poczucia sensu życia pacjentów onkologicznych*, „Psychoonkologia”, t. 1, s. 14–20.
- Wysocka-Pleczyk M., Słowik P. (2012), *Poczucie sensu życia i style radzenia sobie u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, t. 93, nr 4, s. 771–778.
- Yalom I.D. (2008), *Psychoterapia egzystencjalna*, tłum. A. Tanalska-Dulęba, Warszawa.
- Yalom. I.D. (2010), *Dar terapii. List otwarty do nowego pokolenia terapeutów i ich pacjentów*, tłum. A. Tanalska-Dulęba, wyd. 2, Warszawa.
- Yalom I.D. (2018), *Stając się sobą. Pamiętnik psychiatry*, tłum. P. Luboński, Warszawa.
- Zaborowski Z. (1994), *Współczesne problemy psychologii społecznej i psychologii osobowości*, Warszawa.

## Karol Mausch

Akademia im. Jakuba z Paradyża, Wydział Nauk o Zdrowiu  
<https://orcid.org/0000-0003-3550-4703>

## Ewa Ryś

Akademia im. Jakuba z Paradyża, Wydział Humanistyczny  
<https://orcid.org/0000-0002-8732-5507>

# CHARAKTERYSTYKA PROFILI OSÓB CHORYCH ONKOLOGICZNIE – ANALIZA SKUPIEŃ<sup>1</sup>

## Streszczenie

**Cel badań:** scharakteryzowanie profili badanych osób chorych onkologicznie w zakresie wybranych cech.

**Narzędzia badawcze:** GHQ-28 Goldberga, PIL.

**Metoda statystyczna:** analiza skupień.

**Badani:** 159 chorych onkologicznie.

**Wyniki:** wyodrębniono cztery grupy chorych onkologicznie: 1. z bardzo złym subiektywnym stanem zdrowia i bardzo niskim sensem życia (12%); 2. ze złym subiektywnym stanem zdrowia i niskim sensem życia, ale z istotnie statystycznie wyższą świadomością celu i poczuciem wolności niż w grupie 1. (25%); 3. z dobrym subiektywnym zdrowiem i wysokim sensem życia oraz z bardzo wysoką akceptacją siebie i pozytywną postawą do śmierci (35%); 4. z bardzo dobrym subiektywnym stanem zdrowia i bardzo wysokim poczuciem sensu życia (28%).

---

<sup>1</sup> Artykuł opracowano na podstawie monografii K. Mausch, E. Ryś (2020), *Sens życia a zdrowie psychiczne osób chorych onkologicznie. Wybrane zagadnienia w kontekście psychoonkologii i logoedukacji*, Gorzów Wielkopolski, w szczególności rozdz. 3 i 4; część opracowania stanowi przedruk fragmentów ze wspomnianej książki – za zgodą Wydawnictwa Naukowego AJP.

**Wnioski:** natężenie poczucia sensu życia jest predyktorem oceny zaburzeń zdrowia psychicznego.

**Słowa kluczowe:** chory onkologicznie, zdrowie psychiczne, sens życia, analiza skupień

## Characteristics of profiles of people with cancer – cluster analysis

### Abstract

**The aim of the research:** to identify groups of oncological patients in the field of mental health conditioned by the sense of meaning of life.

**Research tools:** Goldberg's GHQ-28, PIL.

**Statistical method:** cluster analysis.

**Subjects:** 156 oncological patients.

**Results:** four groups of oncological patients were distinguished from: 1. very bad subjective condition health and low sense of life (12%); 2. bad subjective health and sense of life, but with statistically significantly higher awareness of purpose and sense of freedom than in group 1 (25%); 3. good subjective health and high meaning of life, with very high self-acceptance and a positive attitude to death (35%); 4. very good subjective state of health and very high sense of meaning in life (28%).

**Conclusions:** The intensity of the sense of meaning in life is a predictor of the assessment of mental health disorders.

**Key words:** oncological patient, mental health, meaning of life, cluster analysis

## Wprowadzenie

W psychoonkologii zwraca się uwagę na potrzebę włączania problematyki duchowości do analiz i badań dotyczących jakości życia chorych na raka oraz uwzględnianie modelu biopsychospołeczno-duchowego jako istotnego dla zrozumienia sytuacji osób chorych (Holland i in. 1998; Brady i in. 1999; Whitford, Olver, Peterson 2008; Vallurupalli i in. 2012; Camargos i in. 2015; Piskozub 2010) [Mausch, Ryś 2020, s. 71–72]<sup>2</sup>.

Zagadnienia egzystencjalne znajdują się w centrum zainteresowań naukowych przedstawicieli psychologii egzystencjalnej – jednym z nich był twórca logoteorii i logoterapii Viktor E. Frankl. Głównie obejmują one zagadnienia sensu życia, cierpienia, wolności, śmierci, kompetencji duchowych, zarówno w kontekście

---

<sup>2</sup> W nawiasach kwadratowych podano strony dotyczące przedruku.

zdrowia, jak też choroby (Frankl 1998, 2012, 2017). Frankl reprezentował następujące stanowisko. Wola sensu jest najważniejszą siłą motywacyjną, także w ciężkiej chorobie, sens cierpienia wiąże się z realizacją wartości godnego cierpienia, jest najgłębszy ze wszystkich sensów, urzeczywistnia się w postawie wobec nieuniknionego cierpienia i pogodzenia się z tą sytuacją. W sposobie znoszenia cierpienia osoba chora, afirmując cierpienie, nie tylko nadaje sens bolesnym doświadczeniom, ale też odkrywa sens własnej egzystencji w tej ekstremalnej sytuacji. Współczesne stanowisko wielu specjalistów jednoznacznie wskazuje, że wymiar duchowy ochrony zdrowia stanowi sedno psychologicznego i religijnego funkcjonowania człowieka [Mausch, Ryś 2020, s. 72].

Bez wątpienia utrata zdrowia w wyniku choroby onkologicznej oznacza radykalną zmianę sytuacji życiowej chorego we wszystkich wymiarach egzystencji, tzn. w sferach: somatycznej (ból i cierpienie fizyczne), psychologicznej (doświadczenie stresu i konieczność readaptacji), społecznej (zmiana relacji z innymi ludźmi), duchowej (konfrontacja z własną śmiercią i troskami egzystencjalnymi – wolnością, izolacją, sensem życia) oraz w doświadczaniu czasu. Warto w tym miejscu przypomnieć refleksję Elisabeth Kübler-Ross i Davida Kesslera (2014, s. 238), ekspertów w zakresie problematyki śmierci i umierania, mówiącą o tym, że „życie nie kończy się wraz z diagnozą jakiejś bardzo poważnej choroby, ale tak naprawdę się zaczyna. Zaczyna się właśnie w tym momencie, bo kiedy dociera do nas to, że możemy umrzeć, zaczynamy w pełni rozumieć, że żyjemy” [Mausch, Ryś 2020, s. 75]. Osoba chora siły do walki z chorobą odnajduje przede wszystkim we własnej sferze duchowej, czyli w tych zasobach, które poszukują „innego rozumienia życia, jego sensu, szczególnie w sytuacji cierpienia” (Carlin, Cole, Strobel 2014, s. 446 [tłum. – K.M.]), a ich jakość przekłada się m.in. na obraz własnego zdrowia psychicznego (zob. Kubacka-Jasiecka 1999; Weis i in. 2007; Heszen-Niejodek, Gruszczyńska 2004; Yalom 2008; Heszen, Sęk 2007; Wilczek-Rużyczka, Zajkowska, Wojtas 2008; Ogińska-Bulik 2015; Juczyński 2016; Krok 2017; Mausch, Ryś 2019; Motyka, Jedynak 2019).

Z analizy literatury przedmiotu wynika, że pomimo wzrastającej liczby badań dotyczących omawianej problematyki, nadal zbyt

mało doniesień naukowych jest opartych na wynikach badań empirycznych, które ukazują zależności między poczuciem sensu życia (uwzględniających także poszczególne komponenty tego zjawiska) a zdrowiem psychicznym u osób chorych onkologicznie.

## Metodologia badań

Celem prezentowanych badań jest scharakteryzowanie profili badanych osób chorych onkologicznie w zakresie wybranych cech, do których należą<sup>3</sup>:

- subiektywny stan zdrowia i jego komponenty (symptomy somatyczne; niepokój, bezsenność; zaburzenia funkcjonowania; symptomy depresji);
- oraz poczucie sensu życia (wynik ogólny) i jego komponenty (afirmacja życia; akceptacja siebie; świadomość celu; poczucie wolności; ocena przyszłości; postawa do śmierci).

Problem badawczy zawarto w pytaniu: jakie profile chorych onkologicznie występują przy uwzględnieniu cech: subiektywny stan zdrowia i poczucie sensu życia?

W prezentowanych badaniach zastosowano testy psychologiczne:

1. Skalę Poczucia Sensu Życia Jamesa C. Crumbaugh'a i Leonard'a T. Maholicka (*Purpose in Life Test*, PIL), która oparta jest na założeniach logoteorii Frankla i pozwala na mierzenie stopnia, w jakim człowiek ma świadomość, że jego życie posiada sens i cel. W badaniach zastosowano część A testu, która obejmuje 20 twierdzeń osadzonych na 7-punktowej skali szacunkowej. Skala PIL cechuje się wysoką rzetelnością ( $r$ -Pearsona = 0,81,  $r$ -Spearmana-Browna = 0,90) i trafnością. W części A wyodrębnia się sześć podskal, które określają komponenty sensu życia: afirmację życia (7 itemów), akceptację siebie (3 itemy), świadomość celu (3 itemy), poczucie wolności (2 itemy), ocenę przyszłości (2 itemy), postawę do śmierci (2 itemy).
2. Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia Davida Goldberga GHQ-28, który pozwala na ustalenie dobrostanu psychicznego badanych osób i obejmuje 4 podskale (po 7 pytań): symptomy

<sup>3</sup> Metodologię badań przedstawiono na podstawie rozdziału 3 (Mausch, Ryś 2020, s. 89–94, 96).

somatyczne; niepokój, bezsenność; zaburzenia funkcjonowania; symptomy depresji. Narzędzie charakteryzuje się rzetelnym poziomem pomiaru i wysoką trafnością.

3. Ankietę zawierającą pytania dotyczące cech socjodemograficznych, czasu trwania choroby, trybu leczenia.

Badania empiryczne przeprowadzono wśród 159 osób chorych onkologicznie leczonych w trybie szpitalnym (69%) i ambulatoryjnym (31%). Wśród badanych 70% stanowiły kobiety, 30% mężczyźni. Respondenci to osoby w wieku 21–79 lat, z czego 61% stanowią osoby w wieku 46–65 lat, 20% chorzy w wieku powyżej 65 lat, 15% badani w wieku 31–45 lat i 4% osoby poniżej 31 lat. Najwięcej badanych – 85%, to osoby zamężne/żonaci, 6% zazaczyło odpowiedź „panna/kawaler”, 5% „wdowa/wdowiec” i 4% „rozwódka/rozwodnik”. Wśród badanych dominują osoby ze średnim wykształceniem – 45%, następnie z wykształceniem wyższym – 27%, zasadniczym zawodowym 20% i podstawowym – 8%. Respondenci to osoby, które chorują od 4 do 6 miesięcy – 26%, do 3 miesięcy – 25%, dłużej niż 5 lat – 24%, od roku do 5 lat – 10%.

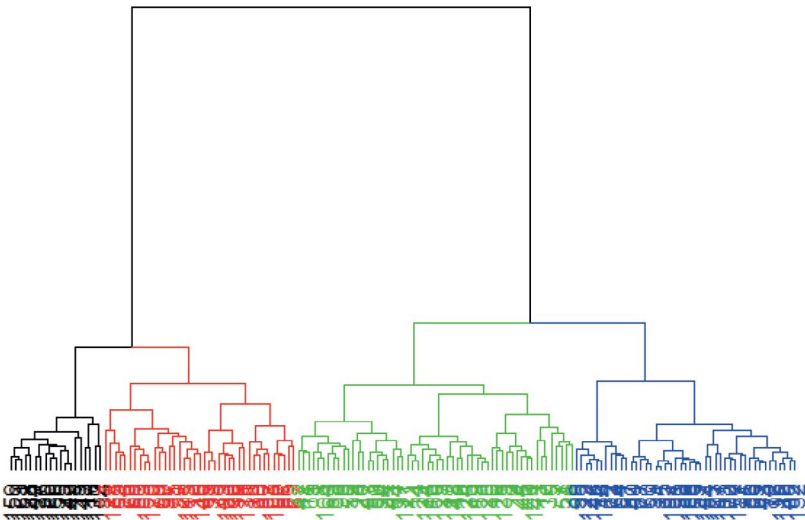
Do obliczeń statystycznych zastosowano metodę analizy skupień, wykonaną metodą hierarchiczną (*agglomerative hierarchical clustering*, AHC) jako najbardziej uniwersalną, odporną na tzw. obserwacje odstające oraz niewymagającą *a priori* ustalenia liczby poszukiwanych skupień. Inne powszechnie stosowane metody, jak metoda k-średnich czy metoda grupowania wokół medoidów (*Partitioning Around Medoids*, PAM) nie mają tych pożądanych cech. Zastosowano standardowe parametry tej metody, tj. odległość euklidesową i połączenie Warda. Przed analizą wystandaryzowano brane pod uwagę zmienne, tak aby każda z nich miała taką samą wagę w procesie wyszukiwania skupień. Normalność rozkładu zmiennych badano za pomocą testu Shapiro-Wilka. Porównanie grup wykonano za pomocą testu Kruskala-Wallisa, a w przypadku wykrycia istotnych statystycznie różnic wykonywano analizę *post-hoc* testem Dunna w celu zidentyfikowania różniących się istotnie statystycznie grup. W analizie przyjęto poziom istotności na poziomie 0,05, tzn. że wszystkie wartości *p* poniżej 0,05 interpretowano jako świadczące o istotnych zależnościach. Analizę wykonano w programie R, wersja 3.5.0 (2022).

W omawianych badaniach subiektywny stan zdrowia rozumiany jest za Goldbergiem, jako ocena stanu zdrowia psychicznego, która uwzględnia nasilenie dolegliwości w czterech wymiarach obejmujących (Williams, Goldberg, Makowska 2001):

- symptomy somatyczne;
- niepokój, bezsenność;
- zaburzenia funkcjonowania;
- symptomy depresji.

Przyjęto, że sens życia to sposób przeżywania egzystencji związany z całożyciowym poszukiwaniem i realizacją życiowego powołania (misji), celu i zadania (sensu). Wyodrębniono sześć komponentów poczucia sensu życia:

- afirmację życia;
- akceptację siebie;
- świadomość celu;
- poczucie wolności;
- ocenę przyszłości;
- postawę do śmierci.



Rysunek 1. Skupienia osób chorych onkologicznie ze względu na wyniki analizowanych zmiennych

Źródło: (Mausch, Ryś 2020, s. 141).

## Wyniki<sup>4</sup>

Analiza skupień sugeruje podział badanych na 4 klastry – skupienia (rysunek 1):

- klaster 1 (na rysunku zaznaczony jako czarny);
- klaster 2 (na rysunku zaznaczony jako czerwony);
- klaster 3 (na rysunku zaznaczony jako zielony);
- klaster 4 (na rysunku zaznaczony jako niebieski).

Zastosowanie testów *post-hoc* wyłoniło ogólny obraz:

- grupa 1 – osoby o najniższym potencjale zdrowia psychicznego (najwyższe wyniki GHQ-28) i o najniższym poziomie poczucia sensu życia (najniższe wyniki PIL);
- grupa 2 – osoby o nieco wyższym potencjale zdrowia psychicznego (mniej dolegliwości niż w grupie 1) i o nieco wyższym poziomie poczucia sensu życia (niskie wyniki w PIL);
- grupa 3 – osoby o dobrym potencjale zdrowia psychicznego i wysokim poziomie poczucia sensu życia (wysokie wyniki w PIL);
- grupa 4 – osoby o bardzo wysokim potencjale zdrowia psychicznego (najniższe wyniki w GHQ 28) i o bardzo wysokim poziomie sensu życia (bardzo wysokie wyniki w PIL).

Charakterystyki osób wchodzących do wyodrębnionych skupień:

### Skupienie 1

Osoby chore onkologicznie o bardzo niskim potencjale subiektywnego stanu zdrowia (bardzo wysoki wskaźnik dolegliwości we wszystkich badanych wymiarach) i skrajnie niskim poczuciu sensu życia

Osoby wchodzące w skład skupienia 1 (12%) charakteryzują się subiektywnymi ocenami zdrowia psychicznego sugerującymi znaczące nasilenie:

- 1) różnorodnych dolegliwości somatycznych (oceny własnego samopoczucia jako znacznie gorszego niż zwykle; przekonanie o potrzebie podreperowania swojego zdrowia oraz poczuciu silnego wyczerpania i osłabienia; silne poczucie bycia chorym, odczuwanie: bólów głowy, ucisku w głowie, naprzemiennie zimna i gorąca);

---

<sup>4</sup> Prezentowane wyniki zostały opracowane na podstawie danych przedstawionych w monografii (Mausch, Ryś 2020, s. 140–143).

- 2) zaburzeń związanych z niepokojem i bezsennością (zamartwianie się; po przebudzeniu trudności z ponownym zaśnięciem; stałe poczucie przemęczenia, rozdrażnienia i złości; wpadanie w popłoch i panikę bez wyraźnego powodu; poczucie przytłoczenia nadmiarem spraw; permanentne zdenerwowanie i napięcie);
- 3) zaburzeń funkcjonowania (gorsze radzenie sobie ze wszystkimi zajęciami; wolniejsze niż zwykle wykonywanie różnych czynności; przekonanie, że na ogół podejmowane czynności wykonywane są znacznie gorzej niż zwykle; znacząca utrata zadowolenia ze sposobu wykonywania swoich zadań; przekonanie, że podejmowane działania są znacznie mniej pożyteczne niż zwykle; znaczny spadek zdolności do podejmowania decyzji; znaczny spadek cieszenia się swoimi zwykłymi zajęciami);
- 4) zaburzeń depresyjnych (poczucie bezwartościowości; przekonanie o beznadziejności życia stanowisko, że nie warto żyć; myślenie o możliwości odebrania sobie życia, myśli samobójcze; przekonanie o braku umiejętności robienia czegokolwiek z powodu złego stanu nerwów; pragnienie śmierci i bycia z dala od wszystkiego; ciągle myśli o odebraniu sobie życia);
- 5) zaburzeń ogólnego zdrowia psychicznego;
  - oraz skrajnie niskim poziomem poczucia sensu życia:
    - o bardzo niskiej świadomości celu (najniższe wyniki);
    - o bardzo niskim poczuciu wolności (najniższe wyniki).

#### Skupienie 2

Osoby chore onkologicznie o niskim potencjale subiektywnego stanu zdrowia (wysoki wskaźnik dolegliwości) i niskim poczuciu sensu życia, ale ze świadomością celu i poczuciem wolności wyższym niż u osób w skupieniu 1

Osoby wchodzące w skład skupienia 2 (25%) charakteryzują się odczuwaniem zaburzeń zdrowia psychicznego oraz dolegliwości w każdym jego wymiarze (charakterystyka jak wyżej), w sposób zbliżony do chorych ze skupienia 1 (nie stwierdzono występowania istotnych różnic statystycznych w stosunku do osób ze skupienia 1), jednak dolegliwości tych jest mniej, a także charakteryzują się niskim poziomem poczucia sensu życia:

- o zbliżonym odczuwaniu afirmacji życia, akceptacji siebie, ocenie przyszłości i stosunku do śmierci, jak osoby ze skupienia 1;
- o istotnie statystycznie wyższej świadomości celu oraz poczuciu wolności niż u osób ze skupienia 1.

#### Skupienie 3

Osoby chore onkologicznie o dobrym potencjale subiektywnego stanu zdrowia i wysokim poczuciu sensu życia z bardzo wysoką akceptacją siebie i pozytywną postawą do śmierci

Osoby wchodzące w skład skupienia 3 (35%) to najstarsi badani, istotnie statystycznie starsi niż osoby z grupy 1 i 4, które charakteryzują się:

- średnią liczbą dolegliwości zdrowia psychicznego (różnią się w sposób istotny statystycznie od pozostałych trzech grup); osoby w skupieniu 3 mają:
  - a) mniej dolegliwości we wszystkich wymiarach zdrowia w porównaniu z osobami ze skupienia 1 i 2;
  - b) więcej dolegliwości, w porównaniu z badanymi ze skupienia 4, w trzech wymiarach zdrowia psychicznego, dotyczących zaburzeń somatycznych, niepokoju i bezsenności oraz zaburzeń funkcjonowania, natomiast odczuwają stosunkowo niski poziom zaburzeń depresyjnych (nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w tym zakresie w porównaniu z osobami ze skupienia 4);
- wysokim poziomem poczuciu sensu życia; osoby te różnią się w sposób istotny statystycznie od pozostałych trzech grup; ponadto charakteryzują się bardzo wysokim poziomem akceptacji siebie i pozytywną postawą do śmierci – te cechy są podobne jak u badanych ze skupienia 4 (brak istotnych statystycznie różnic).

#### Skupienie 4

Osoby chore onkologicznie o bardzo wysokim potencjale subiektywnego zdrowia i bardzo niskim nasileniu dolegliwości psychosomatycznych, niepokoju i bezsenności, zaburzeń funkcjonowania i depresji oraz o bardzo wysokim poziomie poczucia sensu życia

Osoby wchodzące w skład skupienia 4 (28%) charakteryzują się:

- zdecydowanie niską liczbą dolegliwości w zakresie zdrowia psychicznego; występuje u nich śladowy wskaźnik dolegliwości

- depresyjnych, niepokoju i bezsenności oraz funkcjonowania, nieznacznie więcej zaburzeń somatycznych (wszystkie wyniki na poziomie bardzo niskim);
- bardzo wysokim poziomem poczucia sensu życia; osoby w skupieniu 4, w porównaniu z osobami ze skupienia 3, mają istotnie statystycznie wyższe natężenie: afirmacji życia, świadomości celu, pozytywnej oceny przyszłości i poczucia wolności.

Analiza skupień ukazała, że:

- 1) grupy o najniższych zasobach zdrowia psychicznego (1 i 2) są do siebie podobne, różnią się w sposób istotny statystycznie od grup o dobrych i bardzo dobrych zasobach subiektywnym stanu zdrowia (3 i 4) w zakresie: symptomów somatycznych, niepokoju, bezsenności, zaburzeń funkcjonowania, dolegliwości depresyjnych oraz ogólnego stanu zdrowia psychicznego;
- 2) grupy o wyższych zasobach zdrowia psychicznego (3 i 4) różnią się między sobą w sposób istotny statystycznie w zakresie nasilenia dolegliwości somatycznych, niepokoju, bezsenności i zaburzeń funkcjonowania (w grupie 3 występuje ich więcej) oraz ogólnego stanu zdrowia psychicznego, natomiast są podobne w zakresie odczuwania dolegliwości depresji (brak istotnych różnic statystycznych), a ponadto grupa o średnich zasobach zdrowia psychicznego (3) ma wysokie, jednak istotnie statystycznie niższe poczucie sensu życia niż grupa o bardzo wysokich zasobach zdrowia psychicznego, afirmację życia, świadomość celu, ocenę przyszłości i poczucie wolności; w zakresie akceptacji siebie i postawy do śmierci badani z tych grupą (3 i 4) są do siebie podobni (brak różnic istotnych statystycznie);
- 3) wszystkie grupy badanych różnią się w sposób istotny statystycznie między sobą w zakresie świadomości celu i poczucia wolności ( $4 > 3 > 2 > 1$ ).

## Omówienie wyników

Rezultaty badań uzyskane w wyniku zastosowania metody analizy skupień potwierdzają empirycznie duże zróżnicowanie profili zdrowia psychicznego osób chorych onkologicznie. Analiza wyników

pokazuje, że osoby o dobrym i bardzo dobrym potencjale zdrowia mają wysokie i bardzo wysokie poczucie sensu życia, natomiast osoby o niskich zasobach zdrowia psychicznego charakteryzują się niskim natężeniem sensu życia. Anja Mahnert, Katharina Braack i Sigrun Vehling (2011) podają, że u 44% pacjentów z poważnymi chorobami ujawniają się egzystencjalne i duchowe obciążenia.

Adaptacja do choroby nowotworowej wymaga skonfrontowania się z samym sobą, ze swoimi emocjami, potrzebami, celami i planami życiowymi, wprowadzenia zmian w zachowaniach. Poradzenie sobie z odpowiedzią na pytanie dotyczące własnej tożsamości w chorobie oraz sensu i celu życia wymaga refleksji nad doświadczanymi emocjami, które w pierwszych etapach zmagania się z chorobą na ogół mają nieadaptacyjny charakter (strach, lęk, żal, poczucie krzywdy, winy, wstydu, bezradności, bezsilności). Lęk i cierpienie często prowadzą do obniżenia samooceny, dezintegracji tożsamości, załamania sfery dążeniowej (utrata celów i wartości), dlatego dla pozytywnej adaptacji niezbędna jest akceptacja siebie w tej nowej sytuacji. Z punktu widzenia logoteorii i psychologii egzystencjalnej akceptacja siebie jest jednym z podstawowych aspektów związanych z odkrywaniem sensu życia oraz pozytywną subiektywną oceną stanu zdrowia [Mausch, Ryś 2020, s. 76]. Utracie akceptacji siebie towarzyszy poczucie utraty kontroli nad własną egzystencją. Uzyskane wyniki potwierdzają empirycznie to stanowisko (osoby o wysokim natężeniu akceptacji siebie w grupach 3 i 4; co więcej osoby z tych grup mają bardzo wysokie i wysokie poczucie wolności). Ponadto wyniki te są zbieżne z ustaleniami Anny Kaczmarskiej i Heleny Wrony-Polańskiej (2016) ukazującymi silne związki poczucia koherencji z wysokim subiektywnym stanem zdrowia. Jak podaje Irvin D. Yalom (2008, s. 213), wyniki badań wskazują, że „lęk przed śmiercią jest odwrotnie proporcjonalny do satysfakcji z życia”, tzn. im bardziej negatywna postawa do śmierci, tym większe cierpienie, zbyt wysoki lęk przed śmiercią może ograniczać afirmację siebie i akceptację własnej sytuacji.

Diagnoza raka wiąże się ze zmianą odczuwania czasu przez chorego: „Odczucia dotyczące czasu stają się bardzo intensywne”, chorzy „zaczynają się nagle bać, że mają go za mało”, odkrywają, że ich czas jest ograniczony (Kübler-Ross, Kessler 2014, s. 133) [Mausch, Ryś 2020, s. 76].

Perspektywa postrzegania czasu w psychologii rozumiana jest jako proces służący do porządkowania osobistego doświadczenia z uwzględnieniem czasowych kategorii (Zimbardo, Boyd 2012). Psychologiczny czas w głęboki sposób oddziałuje na życie człowieka. Według Phila Zimbardo i Johna Boyd'a umiarkowane (zrównoważone) nastawienie do przeszłości, terażniejszości i przyszłości jest oznaką zdrowia psychicznego. Zdaniem przywołanych autorów pytania dotyczące czasu są w rzeczywistości pytaniami o sens życia. Przywołane przez nich wyniki badań wskazują, że lęk, depresja i złość korespondują z negatywnym postrzeganiem przeszłości i terażniejszym fatalizmem. Pacjenci pracujący nad własnym negatywnym postrzeganiem przeszłości i terażniejszości oraz przyjmujący szerszą perspektywę przyszłości lepiej radzą sobie z sytuacją zdrowotną (Zimbardo, Boyd 2012, s. 249; por. Gulla, Tucholska 2019) [Mausch, Ryś 2020, s. 76–77].

Badacze zajmujący się sensem życia kładą nacisk na znaczenie perspektywy przyszłości dla zdrowia psychicznego (Frankl 2017; Yalom 2008; Längle 2004). Perspektywa ta silnie wiąże się ze sferą motywacji egzystencjalnej i akcentuje kwestie wartości, ideałów, celów, dążeń, planów, pragnień, które uruchamiają wewnętrzną motywację osoby, pozwalają zachować poczucie autonomii i kierowania swoim życiem jako mającym indywidualne znaczenie. Wyniki badań empirycznych wskazują na związek między perspektywą czasową a przystosowaniem do choroby nowotworowej. Ustalono, że fatalistyczne postrzeganie terażniejszości silnie zwiększa występowanie nieadaptacyjnych zachowań (Zawadzka, Byrczek, Zawadzka 2014). Inne wyniki wskazują, że osoby reprezentujące pozytywne postrzeganie przeszłości i hedonistyczne postrzeganie terażniejszości w sposób istotny statystycznie częściej stosują strategię ducha walki i pozytywnego przewartościowania. Natomiast chorzy reprezentujący negatywną perspektywę przeszłości i fatalistyczne interpretowanie terażniejszości, w sposób istotny statystycznie częściej reprezentują strategię zaabsorbowania lękowego, beznadziei, beznadziei i pozytywnego przewartościowania (Furmańska i in. 2019). Z kolei pacjenci o pozytywnej przyszłościowej perspektywie temporalnej w sposób istotny statystycznie rzadziej korzystają ze strategii beznadziei-beznadziei. W tym kontekście

warto zwrócić uwagę na obserwację Stephanie Simonton i in., mówiącą o tym, że w swoich ocenach jakości życia osoby chore na raka mają tendencję do oceniania siebie poprzez porównywanie swojej aktualnej sytuacji do wyidealizowanej przez siebie sytuacji sprzed choroby, podczas gdy osoby zdrowe porównują się do pożądanej sytuacji w przyszłości (Kalembrik, Juczyński 2001, s. 74). Sytuacja taka może powodować kształtowanie orientacji temporalnej, która zawęży myślenie o przyszłości, co w konsekwencji może prowadzić do utraty poczucia wpływu, kontroli sprawstwa i nadziei [Mausch, Ryś 2020, s. 77]. Można przyjąć, że wyniki badań własnych prezentowanych w tym tekście potwierdzają powyższe ustalenia. Biorąc pod uwagę ograniczenia związane z zastosowanym narzędziem, zalecane byłoby prowadzenie kolejnych projektów badawczych w tym zakresie, aby uchwycić oceny przyszłości chorych onkologicznie, uwzględniające aktualne założenia logoteorii.

Z perspektywą przyszłości związana jest świadomość celu (celów) życia. Analizy przedstawione przez Michaela J. MacKanziego i Roya F. Baumeistera (2014) wskazują, że niskie poczucie sensu życia (pustka egzystencjalna) wiąże się m.in. z brakiem celu życiowego (brak powiązania teraźniejszości z projektowaniem przyszłości) czy z utratą poczucia kontroli nad swoim życiem. Wyniki badań Dariusza Kroka (2017) sugerują, że sens życia, w kontekście celów i wartości, jest istotnym predyktorem dobrostanu eudajmonistycznego u osób chorych onkologicznie. David Kissane podaje, że demoralizacja, jako stan dysforyczny występujący m.in. u osób z chorobami nowotworowymi, wynika z utraty sensu i celu życia (Mehnert, Braack, Vehling 2011, s. 394). W tym kontekście wyniki badań potwierdzają sugerowaną tendencję związków między celem życia a subiektywnym stanem zdrowia osób chorych onkologicznie.

## **Podsumowanie**

1. Profile zdrowia psychicznego osób chorych onkologicznie w kontekście sensu życia są bardzo zróżnicowane, choć można wskazać cztery odrębne, różniące się między sobą grupy; najczęściej występująca grupa to badani o dobrym potencjale subiektywnego

- stanu zdrowia i wysokim poczuciu sensu życia, z bardzo wysoką akceptacją siebie i pozytywną postawą do śmierci (35%).
2. Wzrostowi poczucia sensu życia towarzyszy spadek zaburzeń zdrowia psychicznego.
  3. Wszystkie wyodrębnione skupienia różnią się w sposób istotnie statystycznie w zakresie świadomości celu i poczucia wolności.
  4. Wskazane jest uwzględnianie w procesie leczenia czynników związanych z sytuacją egzystencjalną pacjentów oraz wzmacnianie duchowych sił, jako chroniących subiektywne dobre oceny zdrowia.

## Bibliografia

- Brady M.J., Peterman A.H., Fitchett G., Mo M., Cella D. (1999), *A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology*, „Psychooncology”, vol. 8, issue 5, s. 417–428.
- Camargos M.G. de, Paiva C.E., Barroso E.M., Carneseca E.C., Paiva B.S. (2015), *Understanding the Differences Between Oncology Patients and Oncology Health Professionals Concerning Spirituality/Religiosity: A Cross-Sectional Study*, „Medicine”, vol. 94, issue 47, e2145.
- Carlin N., Cole T., Strobel H. (2014), *Guidance from the humanities for professional formation*, [w:] *Oxford textbook of Spirituality in Healthcare*, eds. M.R. Cobb, Ch.M. Puchalski, B. Rumbold, Oxford, s. 443–449.
- Frankl V.E. (1998), *Homo patiens*, tłum. R. Czernecki, Z.J. Jaroszewski, wyd. 4, Warszawa.
- Frankl V.E. (2012), *Bóg ukryty. W poszukiwaniu ostatecznego sensu*, przedm. C. Hammond, posł. A. Batthyány, tłum. A. Wolnicka, Warszawa.
- Frankl V.E. (2017), *Lekarz i dusza. Wprowadzenie do logoterapii i analizy egzystencjalnej*, tłum. R. Skrzypczak, wyd. rozszerzone o *Dziesięć tez na temat osoby*, Warszawa.
- Furmańska J., Ligocka M., Milik A., Kołodziejska A., Rzepa T. (2019), *Postrzeganie czasu i jego znaczenie w procesie adaptacji do choroby nowotworowej*, „Czasopismo Psychologiczne – Psychological Journal”, t. 25, nr 1, s. 95–99.
- Gulla B., Tucholska K. (2019), *Psychologia czasu w kontekście zdrowia i choroby*, Kraków.
- Heszen I., Sęk H. (2007), *Psychologia zdrowia*, Warszawa.

- Heszen-Niejodek I., Gruszczyńska E. (2004), *Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar*, „Przegląd Psychologiczny”, t. 47, nr 1, s. 15–31.
- Holland J.C., Kash K.M., Passik S., Gronert M.K., Sison A., Lederberg M., Russak S.M., Baider L., Fox B. (1998), *A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness*, „Psychooncology”, vol. 7, issue 6, s. 460–469.
- Juczyński Z. (2016), *Zmaganie się z nieuleczalną chorobą – mobilizacja osobistych potencjałów zdrowia*, „Sztuka Leczenia”, nr 1, s. 19–29.
- Kaczmarek A., Wrona-Polańska H. (2016), *Zasoby podmiotowe jako wyznaczniki zdrowia osób wspierających chorych na białaczkę*, „Psychiatria”, t. 13, nr 2, s. 55–62.
- Kalembrik A., Juczyński Z. (2001), *Psychologiczny wymiar „jakości życia” w chorobach nowotworowych*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Psychologica”, nr 5, s. 71–82.
- Krok D. (2017), *W poszukiwaniu znaczenia choroby nowotworowej*, Opole.
- Kubacka-Jasiecka D. (1999), *Perspektywy promocji zachowań zdrowotnych w zmaganiu się z ciężką chorobą somatyczną*, „Przegląd Psychologiczny”, t. 42, nr 4, s. 57–68.
- Kübler-Ross E., Kessler D. (2014), *Lekcje życia. Specjaliści od śmierci i umierania zdradzają tajemnice życia*, Poznań.
- Längle A. (2004), *Cierpienie – wyzwanie egzystencjalne. Rozumienie, postępowanie i radzenie sobie z cierpieniem w perspektywie analizy egzystencjalnej*, tłum. A. Jankowiak, [w:] *Wobec cierpienia. Konferencja Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich „Psychologia i psychoterapia wobec cierpienia”*, Konstancin 21–23 marca 2003 roku, red. R. Jaworski, A. Rusak, W. Simon, Płock, s. 219–236.
- MacKanzie M.J., Baumeister R.F. (2014), *Meaning in Life: Nature, Needs, and Myths*, [w:] *Meaning in Possitiv and Existential Psychology*, eds. A. Batthyany, P. Russo-Netzer, New York, s. 25–37.
- Mehnert A., Braack K., Vehling S. (2011), *Sinnorientierte Interventionen in der Psychoonkologie*, „Psychotherapeut”, vol. 56, issue 5, s. 394–399.
- Mausch K., Ryś E. (2019), *Duchowość a zdrowie*, Gorzów Wielkopolski.
- Mausch K., Ryś E. (2020), *Sens życia a zdrowie psychiczne osób chorych onkologicznie. Wybrane zagadnienia w kontekście psychoonkologii i logoedukacji*, Gorzów Wielkopolski.
- Motyka M., Jedynek W. (2019), *Egzystencjalna rola choroby*, „Zeszyty Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II”, t. 62, nr 3, s. 55–74.

- Ogińska-Bulik N. (2015), *Rola zasobów osobistych w rozwoju po traumie u osób zmagających się z chorobami nowotworowymi*, „Psychoonkologia”, nr 3, s. 88–96.
- Piskozub M. (2010), *Noetyczno-duchowy wymiar osobowości w procesie radzenia sobie ze stresem onkologicznym*, „Psychoonkologia”, nr 1, s. 1–13.
- R Core Team (2022), *A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, <https://www.R-project.org> [dostęp: 15.07. 2018].
- Vallurupalli M., Lauderdale K., Balboni M.J., Phelps A.C., Block S.D., Ng A.K., Kachnic L.A., VanderWeele T.J., Balboni T.A. (2012), *The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy*, „Journal of Supportive Oncology”, vol. 10, issue 2, s. 81–87.
- Weis J., Schumacher A., Blettner G., Determann M., Reinert E., Ruffer J.U., Werner A., Weyland P. (2007), *Psychoonkologie: Konzepte und Aufgaben einer jungen Fachdisziplin*, „Der Onkologe”, vol. 13, issue 2, s. 185–194.
- Whitford H.S., Olver I.N., Peterson M.J. (2008), *Spirituality as a core domain in the assessment of quality of life in oncology*, „Psychoonkology”, vol. 17, issue 11, s. 1121–1128.
- Wilczek-Rużyczka E., Zajkowska E., Wojtas K. (2008), *Postawy lekarzy i pielęgniarek wobec cierpienia*, „Psychoterapia”, nr 1(144), s. 79–89.
- Williams P., Goldberg D., Makowska Z. (2001), *Ocena zdrowia psychicznego na podstawie kwestionariusza Davida Goldberga. Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28*, tłum. D. Merez, Łódź.
- Yalom I.D. (2008), *Psychoterapia egzystencjalna*, tłum. A. Tanalska-Dułęba, Warszawa.
- Zawadzka B., Byrczek M., Zawadzka S. (2014), *Perspektywa temporalna i inne czynniki psychologiczne utrudniające adaptację do wymogów leczenia u chorych przewlekle dializowanych*, „Psychiatria Polska”, t. 48, nr 5, s. 961–974.
- Zimbardo P., Boyd J. (2012), *Paradoks czasu*, tłum. A. Cybulko, M. Zieliński, red. nauk. M. Materska, wyd. 2 zm., Warszawa.

## **Małgorzata Woś**

Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego w Krakowie, Oddział Okulistyki z Pododdziałem Dziecięcym  
<https://orcid.org/0000-0003-3184-9958>

## **Aleksandra Świerczyńska**

Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego w Krakowie, Oddział Okulistyki z Pododdziałem Dziecięcym  
<https://orcid.org/0000-0002-2353-8079>

## **Edyta Steczko**

Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego w Krakowie, Oddział Okulistyki z Pododdziałem Dziecięcym  
<https://orcid.org/0009-0003-9307-9386>

# **DIAGNOSTYKA OKULISTYCZNA W NIEORGANICZNYCH ZABURZENIACH WIDZENIA U DZIECI**

## **Streszczenie**

Nieorganiczne zaburzenia widzenia u dzieci występują coraz częściej i stanowią niejednokrotnie duży problem diagnostyczny. Diagnostyka opiera się na metodach obiektywnych i subiektywnych i nieraz wymaga współpracy specjalistów z różnych dziedzin.

**Słowa kluczowe:** nieorganiczne zaburzenia widzenia, symulacja, testy diagnostyczne

## Ophthalmological diagnostics of non-organic visual loss in children

### Abstract

Non organic visual loss in children becoming more frequent and often constitute a major diagnostic problem. Diagnostic is based on objective and subjective methods and often requires the cooperation of specialists from various fields.

**Key words:** non-organic visual loss, malingering, diagnostic tests

### Wprowadzenie

Zaburzenia widzenia o różnym, nierzadko niespecyficznym charakterze są jednymi z częściej zgłaszanych dolegliwości okulistycznych w grupie pacjentów pediatrycznych. Dzisiejsza wiedza okulistyczna daje nam narzędzia do obiektywnej oceny ostrości widzenia. Mimo tego zaburzenia te często przysparzają licznych trudności diagnostycznych, istnieje bowiem grupa pacjentów, u których mają one charakter somatyczny i wymagają multidyscyplinarnego podejścia. W ostatnim czasie w praktyce klinicznej można zaobserwować zwiększoną częstość występowania zaburzeń o podłożu funkcjonalnym. W zdecydowanej większości przypadków ich przyczyny należy poszukiwać w strefie psychologicznej.

Celem niniejszego opracowania jest zwrócenie uwagi na problem zaburzeń widzenia u dzieci z uwzględnieniem metod diagnostycznych.

### Omówienie tematu

Nieorganiczna utrata (zaburzenie) widzenia (*non-organic visual loss*, NOVL) lub funkcjonalna utrata widzenia (*functional visual loss*, FVL) to określenia odnoszące się do zaburzeń widzenia bez towarzyszących im organicznych patologii (Muñoz-Hernández i in. 2012). Subiektywne objawy pacjenta nie znajdują potwierdzenia w badaniu klinicznym i badaniach dodatkowych przeprowadzanych w takiej sytuacji.

W jednym z najpowszechniej stosowanych podziałów możemy wyróżnić dwie główne grupy pacjentów: pierwsza to pacjenci celowo podający objawy, których w rzeczywistości nie doświadczają

(symulacja), druga to osoby doświadczające objawów, które nie mają jednak podłoża somatycznego i są reakcjami psychogennymi.

W literaturze spotyka się również inne klasyfikacje. Ali Ihsan Incesu i Güngör Sobacı (2011) wyróżniają trzy typy osób symulujących: pierwszy to celowi symulanci, drugi to niewinni histerycy otwarci na autosugestie i trzeci to osoby wyolbrzymiające objawy. Natomiast Joseph C. Thompson, Greg S. Kosmorsky i Brian D. Ellis (1996) podzielili podobnie symulujących pacjentów okulistycznych na następujące typy:

- 1) umyślny symulant – udawany problem okulistyczny w celu zwrócenia na siebie uwagi lub zysku finansowego (procesy sądowe);
- 2) niepokojący oszust – świadomie przesadza z objawami okulistycznym, nie chce, aby jego problem został niezauważony czy przeoczony;
- 3) podatny na wyolbrzymianie – uważa, że z jego oczami dzieje się coś złego, chce pomóc lekarzowi i ułatwić rozpoznanie objawów;
- 4) sugestywnie niewinny – przekonany o swoich problemach okulistycznych, bardzo zadowolony z siebie, niezbyt zmartwiony swoim problemem.

NOVL może przejawiać się również jako symulowanie choroby okulistycznej (symulacja pozytywna) lub zaprzeczanie chorobie okulistycznej (symulacja negatywna) (Incesu 2013).

Świadome zachowanie i roszczenia odszkodowawcze to główne cechy symulacji. U dorosłych najczęściej występuje celowa symulacja, która ma przynieść korzyści finansowe i niefinansowe (uniknięcie odpowiedzialności karnej, służby wojskowej; korzyści wynikające z ubezpieczenia społecznego/prywatnego, korzystanie z leków/sprzętu medycznego) (Poudel, Krishnasamy 2020).

Określenie częstości występowania symulacji jest trudne, gdyż większość przypadków nie jest raportowana. Rex B. Villegas i Pauline F. Ilsen (2007) wskazują, że 10–30% pacjentów klinicznych poradni neurologicznych nie wykazuje organicznej patologii, podobnie jak 33–50% populacji pacjentów objętych podstawową opieką zdrowotną. Natomiast 1–7% pacjentów poradni okulistycznych symuluje objawy schorzeń narządu wzroku (Incesu, Sobacı 2011). Należy jednak pamiętać, że po przeprowadzeniu szczegółowej diagnostyki nawet 2,2% przypadków symulacji ma ukrytą lub powiązaną patologię organiczną (Lim, Siatkowski, Farris 2005).

Pacjenci pediatryczni zaliczani są zwykle do drugiej ze wspomnianych grup, czyli są to osoby doświadczające objawów bez podłoża somatycznego. Świadoma symulacja występuje w tym okresie sporadycznie, zazwyczaj u dzieci w wieku późnoszkolnym. Zaburzenia mają najczęściej podłoże psychospołeczne (potrzeba współczucia otoczenia, pomocy rodziny, pojawienie się rodzeństwa, nowa szkoła, rozwód rodziców, sposób na funkcjonowanie w społeczeństwie). Często współistnieją one z zaburzeniami psychiatrycznymi (niepokój, depresja, deficyty uwagi), a objawy poprzedzone są stresem lub urazem emocjonalnym. W czasie pandemii COVID-19 obserwowano również znamieny wzrost częstości występowania takich zaburzeń, zwłaszcza w okresie nauki zdalnej, która w znacznym stopniu wpłynęła na relacje społeczne i rodzinne najmłodszych. Najbardziej prozaiczną przyczyną jest jednak chęć posiadania okularów. Typowe objawy pojawiają się z początkiem roku szkolnego, z wyraźnym spadkiem częstości w okresie wakacyjnym. Dotykają dzieci w wieku 9–11 lat, częściej dotyczą dziewcząt (Somers i in. 2015). 1–5% wszystkich dzieci będących pacjentami gabinetów okulistycznych cierpi na nieorganiczne zaburzenia widzenia (Chen i in. 2007).

Spektrum zgłaszanych dolegliwości może być bardzo szerokie. Najczęściej jest to obniżenie ostrości wzroku w jednym lub obu oczach, aż do całkowitego zaniewidzenia oraz nieco rzadziej utrata pola widzenia. Mogą się jednak pojawić także dużo mniej charakterystyczne objawy, jak np. nadwrażliwość na światło, zaburzenia widzenia barw, widzenia przestrzennego, podwójne widzenie, fotopsje, porażenie akomodacji. Towarzyszyć temu mogą również bóle głowy czy oczu (Dattilo i in. 2016). 50–80% nieorganicznych zaburzeń widzenia jest obuoczne (Incesu, Sobaci 2011).

Należy jednak pamiętać, że występują również rzadkie schorzenia okulistyczne, takie jak choroby siatkówki (dystrofie plamkowe, choroba Stargardta), zespoły paraneoplastyczne czy dziedziczne neuropatie nerwu wzrokowego, które mogą być łatwo przeoczone u dzieci, ze względu na bardzo skąpe objawy (Chen i in. 2007). Kiedy jednak objawy nie są zgodne z oceną okulistyczną i poparte dodatkowo wywiadem o sytuacji socjalnej, rodzinnej, ekonomicznej czy też szkolnej, to podejrzewać można NOVL.

## Diagnostyka okulistyczna

Naturalne jest, że kiedy dziecko zgłasza zaburzenia widzenia, rodzic kieruje pierwsze kroki do okulisty. Badanie w takim przypadku skupia się głównie na wykluczeniu przyczyn organicznych, wymagających dalszej diagnostyki i leczenia. Panel diagnostyczny w tym przypadku jest szeroki, ale niekoniecznie wykonywany w pełnym zakresie. Badanie rozpoczyna się już w poczekalni przez obserwacje pacjenta, a następnie jest kontynuowane w gabinecie, gdzie można zobaczyć jak pacjent porusza się w nieznanym otoczeniu, np. czy unika obiektów z łatwością, co jest niemożliwe dla osób z głębokim uszkodzeniem widzenia w obu oczach. Z kolei stosowanie okularów przeciwsłonecznych w pomieszczeniu, bez okulistycznych wskazań, zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia NOVL z 0,043 do 0,079 (Bengtzen i in. 2008). Pacjent, często chcąc podkreślić swój problem, nadmiernie go demonstruje, np. osoba skarżąca się na jednooczną utratę widzenia często podczas badania przyrymka oko.

Ważne jest nawiązanie kontaktu wzrokowego już na początku spotkania, ocena sposobu wejścia pacjenta do gabinetu i zajęcia miejsca siedzącego czy też podania ręki, które to obserwacje stanowią cenne wskazówki. W przypadkach wątpliwych przeprowadza się badanie sprawnie, tak by pacjent nie zorientował się, co do naszych wątpliwości, najlepiej bez towarzystwa rodziny czy przyjaciół, co jednak w przypadku dzieci jest utrudnione (Poudel, Krishnasamy 2020). Trzeba podkreślić, że dobrze zebrany wywiad zarówno z dzieckiem, jak i z opiekunem/rodzicem może nakierunkować lekarza na właściwą diagnostykę i postępowanie. Ważne jest dostosowanie badania do osoby i zgłaszanych przez nią lub przez opiekunów problemów. W przypadku dziecka można posiłkować się przykładowymi pytaniami skierowanymi do rodziców czy opiekunów, odnoszącymi się do jego zachowań, np. czy dziecko wykazywało zainteresowanie zagadnieniami okulistycznymi, czy siada blisko telewizora, czy są jakieś problemy w szkole, przedszkolu, domu, czy ktoś z kolegów, rodzeństwa, rodziców nosi okulary. Ważne jest również pytanie o to, czy rodzice uważają, że dziecko ma problem ze wzrokiem i jaka według nich jest tego przyczyna (Poudel, Krishnasamy 2020, s. 5).

## Podstawowe badanie okulistyczne

Badanie rozpoczyna się od standardowego badania okulistycznego, które obejmuje: badanie skorygowanej ostrości wzroku, refrakcji, reakcji źrenic, ruchomości gałek ocznych, widzenia przestrzennego i widzenia barw, badanie w lampie szczelinowej oraz badanie dna oka.

Badanie skorygowanej ostrości wzroku należy uzyskać na podstawie badania refrakcji. Poprawa widzenia w stenopii wskazuje na błąd refrakcji. Ostrość wzroku do blizy i dali powinna być podobna; rozbieżność sugerować może patologię (Byszewska, Rękas 2022).

Niezwykle czułym wskaźnikiem dysfunkcji nerwu wzrokowego, zwłaszcza u pacjentów z jednooczną utratą widzenia, jest reakcja źrenic na światło. Zwykle światło skierowane na jedną źrenicę powoduje jednakowe zwężenie obu źrenic (Byszewska, Rękas 2022). Uszkodzenie drogi dośrodkowej odruchu źrenicznego (*Relative Afferent Pupillary Defect*, RAPD) wykrywa się przez naprzemienne oświetlenie obu źrenic. Jeśli występuje asymetria drogi dośrodkowej, źrenice rozszerzają się natychmiast po skierowaniu światła na chore oko.

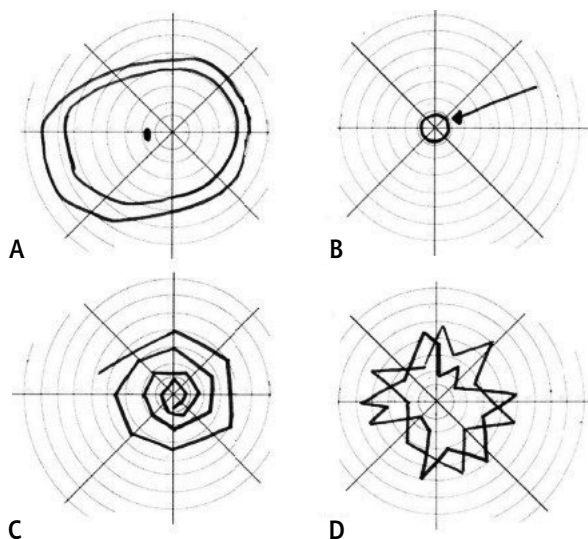
Badanie widzenia barw uzupełnia badanie ostrości wzroku i powinno być przeprowadzone osobno dla każdego oka. Najbardziej przesiewowym testem są tablice pseudoizochromatyczne Ishihary, służące do wykrywania zaburzeń widzenia w osi czerwono-zielonej. Natomiast test Hardy-Rand-Rittler służy do badania osi niebiesko-żółtej. Bardziej szczegółowe, ale i czasochłonne są test Farnsworth D-15 czy test 100 odcieni Farnsworth-Munsell.

Test stereopsji (widzenia przestrzennego) służy do określenia użytecznego widzenia obuocznego. Stereopsja wymaga dobrego widzenia w każdym oku oddzielnie i zdolności oczu do fuzji (Dattilo i in. 2016, s. 332). W przypadku stwierdzenia widzenia przestrzennego niemożliwa jest ślepotą w jednym oku.

Badanie w lampie szczelinowej oraz badanie dna oka pozwalają określić zmiany chorobowe w gałce ocznej, które mogą odpowiadać za pogorszenie widzenia, jak choćby zmętnienia ośrodków optycznych, schorzenia plamki żółtej czy obrzęk tarczy nerwu wzrokowego.

## Badania dodatkowe

Ważne są też badania dodatkowe, jak choćby statyczne i kinetyczne badanie pola widzenia (perymetria), które pomagają określić lokalizację zmian na dośrodkowej drodze wzrokowej, ustalić przyczynę utraty widzenia i ocenić uszkodzenie ilościowe. Wymaga to jednak współpracy pacjenta i jest niemożliwe do wykonania u młodszych dzieci. Można wtedy przeprowadzić konfrontacyjne badanie pola widzenia. Mroczek centralny, dwuskroniowe ubytki i mroczki łukowate wskazują na chorobę organiczną. Natomiast mroczki w polu widzenia typu gwiazdy czy spirali mogą świadczyć o symulacji. Również zawężone, tunelowe pole widzenia u pacjenta dobrze poruszającego się w przestrzeni świadczyć może o nieorganicznych zaburzeniach widzenia (Dattilo i in. 2016, s. 332). Perymetria stanowi więc badanie uzupełniające, ale pamiętać należy, że przy dużym zmotywowaniu i spostrzegawczości pacjenta możliwe są fałszywe wyniki (rycina 1).



Rycina 1. Zaburzenia pola widzenia

A – prawidłowe pole widzenia, pole widzenia większe przy intensywniejszej stymulacji; B – niefizjologiczne zawężenie pola widzenia w NOVL; C – pole widzenia nie powiększające się przy intensywniejszej stymulacji w NOVL; D – pole widzenia o figurze gwiazdy charakterystyczne dla NOVL [tłum. – M.W.].

Źródło: (Dattilo i in. 2016, s. 337).

Badanie ostrości wzroku, barw czy pola widzenia wymaga współpracy pacjenta. Przy jej braku czy chęci wprowadzenia badającego w błąd ciężko interpretować otrzymane wyniki. W tych przypadkach oraz w razie wątpliwości konieczne jest poszerzenie diagnostyki. Pomocne są badania służące do diagnostyki schorzeń siatkówki, naczyniówki oraz neurookulistycznych, takie jak: nieinwazyjna optyczna koherentna tomografia (OCT), inwazyjna angiografia fluoresceinowa (AF) czy angiografia indocyjaninowa (ICG). Ważną rolę odgrywają badania elektrofizjologiczne, mogące potwierdzić lub wykluczyć utajone nieprawidłowości nerwu wzrokowego, siatkówki czy też wskazać na symulacje. Należą do nich wzrokowe potencjały wywołane (*visual evoked potential*, VEP), które są klinicznie użyteczne w dwóch sytuacjach: jako ocena drogi wzrokowej u pacjenta z ograniczonym kontaktem oraz jako potwierdzenie nienaruszonych dróg wzrokowych u pacjenta z podejrzeniem choroby nieorganicznej. PVEP (*pattern visual evoked potentials*) służy do oceny dysfunkcji dośrodkowej drogi wzrokowej obejmujących plamkę i nerw wzrokowy. W przypadku jednostronnego niedowidzenia lub ślepoty spodziewany jest asymetryczny zapis dwojga oczu. Z pomocą PVEP rozpoznać można ślepotę jednostronną, ale badanie to nie jest pomocne w ilościowym określeniu ostrości wzroku między 2/10 a pełną ostrością wzroku 10/10. VEP jest dobrze skorelowany z ostrością wzroku, czułością 97% i swoistością 62% (Civelekler 2009).

Elektroretinografia (ERG) mierzy z kolei całościową odpowiedź elektryczną z siatkówki w reakcji na różne bodźce świetlne w rozmaitych stanach adaptacji do światła (Byszewska, Rękas 2022). PERG (*pattern electroretinography*) jest użyteczny w przypadkach niewyjaśnionych utrat widzenia. Po pierwsze, łatwo identyfikuje te dysfunkcje fotoreceptorów, które rzadko widoczne są podczas badania dna oka. Po drugie – normalny ERG świadczy o prawidłowej fiksacji i prawidłowym ogniskowaniu obrazu optycznego w siatkówce. Dlatego kombinacja PERG i PVEP jest konieczna w diagnostyce czynnościowych zaburzeń widzenia (Beatty 1999). Prawidłowe PVEP i PERG nie są jednak kompatybilne z ostrością wzroku mniejszą niż 6/10 (Ledoux-Skivee, Ledoux 2004).

W większości przypadków przeprowadzana jest także diagnostyka obrazowa głowy, zwykle rezonans magnetyczny mózgu, ale również elektroencefalografia (EEG) będąca nieinwazyjną metodą diagnostyczną pozwalającą zbadać bioelektryczną czynność mózgu.

Pomocna nieraz jest konsultacja neurologiczna, psychologiczna, a w razie potrzeby również psychiatryczna. Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne definiuje niezależne badanie jako ocenę przeprowadzoną przez medyka, który nie sprawuje opieki nad pacjentem i tylko go ocenia. Niezależny okulista to lekarz, który nie leczy chorego, ale ma określić jego stan okulistyczny, zaburzenia okulistyczne, związek objawów, szczególnie utraty widzenia, z występującymi patologiami, początek wystąpienia objawów, niezmiennosc patologii. Jest on cenny dla potwierdzenia prawdziwości objawów i patologii, ustalenia powiązań i wykrycia wyolbrzymiania oraz udawania (Schutz, Mavrakanas 2009).

Za pomocą prostych testów doświadczony okulista może zdiagnozować NOVL. Do wyboru mamy cały ich szereg, a dobór testu wiązać się powinien z zakresem zgłaszanych dolegliwości. Przykładowe testy zamieszczono w tabelach 1–3. Testy subiektywne opierają się na prostych zachowaniach, obiektywne wykorzystują dodatkowe testy diagnostyczne, częściowo już omówione.

Tabela 1. Testy do wykrywania symulacji obustronnej ślepoty

Testy subiektywne	Testy obiektywne
Pokój z przeszkodami	Test oczopląsu optokinetycznego
Test spojrzenia i ręki	Test psychogalwaniczny
Test podpisu	Reakcja źrenic
Test pisania	EEG
Test zagrożenia	VEP
Test lustra	–
Test dotykania palców	–
Test palec do nosa	–

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Testy do wykrywania symulacji obustronnego niedowidzenia

Testy subiektywne	Testy obiektywne
Specjalne optotypy	Test oczopląsu optokinetycznego
Test Snellena w lustrze	VEP
Test otuchy, zapewnienia	–
Lytton test	–
Baundry test	–
Stereopsja	–

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3. Testy do wykrywania symulacji jednostronnej ślepoty lub niedowidzenia

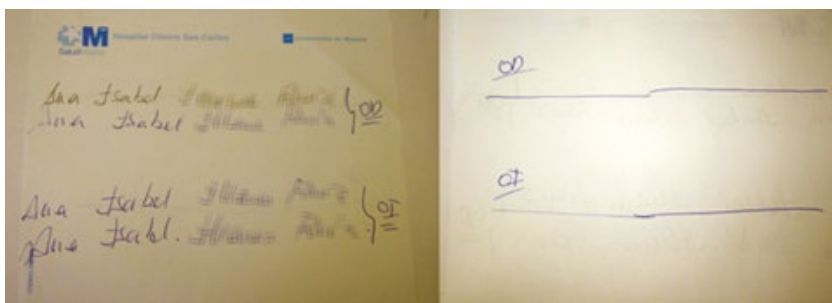
Testy subiektywne	Testy obiektywne
Specjalne optotypy	OCT
Test ołówka	VEP
Test linijki	mfERG
Test optokinetyczny	PERG
Test lustra	–
Czytanie do blizy	–
Test z dziurką	–
Test zamglenia	–
Cykloplegia	–
Test z kolorowymi soczewkami	–
Synoptofor	–

Źródło: opracowanie własne.

Większość testów może być przeprowadzona poza gabinetem okulistycznym, ale w przypadku dzieci muszą one być dostosowane do wieku dziecka i jego możliwości.

Jednym z prostszych testów do wykonania jest test dotykania palców, stosowany u pacjentów zgłaszających obuoczną całkowitą ślepotę. Pacjentowi poleca się zetknąć ze sobą palce wskazujące. Osoba, która rzeczywiście nie widzi, zwykle nie będzie miała z tym problemu, ponieważ czynność ta nie wymaga kontroli wzroku, a jedynie tak zwanego czucia głębokiego. Brak zetknięcia palców może zatem świadczyć o rzadkich zaburzeniach neurologicznych lub o symulacji (zwłaszcza kiedy jest to jedyny zgłaszany objaw).

Równie łatwo można przeprowadzić tzw. test pisania. Polega on na poleceniu pacjentowi, żeby rozpoczął pisanie lub rysowanie prostej linii. Następnie należy rozproszyć uwagę pacjenta, aby ten na chwilę przerwał czynność, a potem zachęcić go ponownie do jej kontynuowania. Pacjent, który kontynuuje rysowanie od miejsca, w którym skończył, posiada ostrość wzroku min. 0,1 (gdzie pełna ostrość wynosi 1,0). Badanie można przeprowadzić dla każdego oka osobno, warto je wtedy rozpocząć od oka „gorszego” (rycina 2).



Rycina 2. Test pisania

Źródło: (Muñoz-Hernández i in. 2012, s. 271).

Pokój z przeszkodami może być testem pierwszego wyboru. Kosz na śmieci, krzesła lub inne przedmioty należy umieścić na środku pokoju, zanim pacjent wejdzie do gabinetu. W takim pomieszczeniu można łatwiej rozpoznać symulacje. Faktycznie niewidomy wchodzi z podniesioną głową, spokojnie, uważnie badając przestrzeń z przodu, wyczuwając przedmioty i obchodząc je. Symulujący przeciwnie – wchodzi przestraszony, ze spuszczoną głową, często z białą laską i ciemnymi okularami. Symulant najczęściej obija się o przedmioty, rani siebie, chodzi nieuważnie, nawet odmawiając poruszania się bez pomocy innych osób.

Z kolei w teście spojrzenia i ręki badanemu każe się spojrzeć na swoją rękę. Prawdziwie niewidomy wyciąga rękę, patrzy na nią i mówi: „wiem, gdzie jest moja ręką, ale jej nie widzę”. Symulujący natomiast wyciąga rękę tam i z powrotem, ale nie patrzy na nią i mówi krótko: „nie widzę jej”.

W teście podpisu pacjent otrzymuje kartkę oraz długopis i proszony jest o złożenie podpisu. Osoba symulująca pisze niewyraźnie, a prawdziwie niewidomy podpisuje się czytelnie bez problemu kilka razy.

Podczas przeprowadzania testu zagrożenia badany siedzi wygodnie na krześle, a badający nagle macha ręką blisko przed oczami siedzącego. Jeśli zamknie on oczy to znaczy, że widzi.

W teście linijki badany czyta z bliska i w tym czasie przed jego nosem umieszczana jest linijka zaburzająca widzenie. Ze względu na nakładanie się pól widzenia osoby obuoczne z łatwością czytają, pacjent prawdziwie jednooczny ma z tym problem.

Test ołówka polega na tym, że pacjent czyta z bliska i egzaminujący powoli umieszcza ołówek bez ostrzeżenia przed zdrowym okiem. Jeśli badany faktycznie ma problem w oku, na które się uskarża, nie może dalej łatwo czytać.

Podczas testu lustra duże mobilne lustro jest stawiane przed pacjentem, który jest proszony by trzymał otwarte oczy. Lustro jest pochylane powoli do przodu i tyłu oraz na boki i wtedy badający dyskretnie obserwuje badanego. Jeśli pacjent przegląda się w lustrze lub odnotowywany jest ruch gałek ocznych w lustrze, a pacjent zgłasza, że nic nie widzi, to świadczy to o symulacji (rycina 3).

Czytanie do bliży – pacjent czyta tekst teoretycznie niewidzącym okiem. Jeśli czyta tym okiem małe litery oznacza to, że symuluje, ponieważ czytanie do bliży równoznaczne jest z możliwością widzenia do dali.

W teście z dziurką pacjent przed niedowidzące oko ma daną przesłonkę z dziurką, a zdrowe oko pozostaje odsłonięte. Badany czyta optotypy – jeśli zasłonięte niezauważalnie zostanie zdrowe oko a pacjent czyta dalej, to znaczy, że oko jest widzące.

Test palec do nosa ma ten sam mechanizm fizjologiczny i wartość diagnostyczną co test dotykania palców. Pacjent proszony jest o dotknięcie nosa palcem wskazującym przy zamkniętych oczach. Symulujący podejmuje próbę, ale nie wykonuje polecenia (Incesu, Sobaci 2011).

Kolejne testy są już nieco bardziej skomplikowane, ale za to z większą dokładnością informują o rzeczywistej ostrości wzroku pacjenta. Niektóre muszą być wykonane w gabinecie okulistycznym.

Korzysta się w nich z różnego rodzaju soczewek, np. pryzmatycznych, mogących powodować dwojenie, kolorowych, które stanowią formę „filtra” dla określonych części optotypu, a także sferycznych lub cylindrycznych, których użycie w odpowiedni sposób może powodować pożądane zamglenie lub wyostrenie obrazu.



Rycina 3. Test lustra

Źródło: (Dattilo i in. 2016, s. 334).

W teście oczopląsu optokinetycznego bęben optokinetyczny po zakręceniu wywołuje u patrzącej na niego osoby tzw. oczopląs optokinetyczny. Świadczy to przynajmniej o ostrości wzroku 1/20 lub 1/10 w skali Snellena (Leavitt 2006). Im mniejsza jest szerokość paska wywołującego oczopląs, tym wyższa rzeczywista ostrość wzroku. Jeśli pacjent zgłasza, że nic nie widzi, a jego oczy poruszają się wraz z paskami, to czynnościowy charakter może być potwierdzony. Osoby z symulowaniem mogą celowo rozglądać się lub skupiać wzrok poza pasami w celu minimalizacji reakcji. Można użyć w tym teście również smartfona, pokazując pacjentowi nagranie wolno poruszającego się wzoru szerokich pasków (Byszewska, Rękas 2022).

Test Snellena w lustrze użyteczny jest u pacjentów, którzy potrafią już nazywać optotypy. Polega na określeniu najmniejszej widzianej przez pacjenta linijki, a następnie podwojeniu odległości od tablicy za pomocą lustra. Pacjent, który jest w stanie odczytać ten sam rząd także w lustrze, ma w rzeczywistości wyższą ostrość wzroku.

Podczas testu psychogalwanicznego pacjent siedzi przed lampą szczelinową i nagle mocne światło kierowane jest na słabsze, według pacjenta, oko. Jeśli mrugnie lub wystąpi łzawienie to znaczy, że światło jest widziane przez to oko.

Specjalne optotypy to jedno z najprostszych klasycznych badań. Optotypy są drukowane na kartonach, mają identyczny rozmiar i są takie same w standardowym oświetleniu. Przestrzeń między optotypami i ich długość jest taka sama, ale ekwiwalent widzenia jest różny. Osoba symulująca nie wie, że duże optotypy mają taki sam ekwiwalent widzenia, jak małe optotypy.

W teście zapewnienia (otuchy) okulista pokazuje coraz mniejsze optotypy, wmawiając błędnie pacjentowi, że są coraz większe i powinien je bez trudu rozpoznać.

Test Lytton oraz test Baundry polegają na czytaniu z bliska z jednoczesnym stwarzaniem pozoru niemożności czytania przez użycie soczewki +1,0D w osi 90 stopni i -1,0D w osi 45 stopni lub soczewek o mocy +6,0D i -6,0D.

W przypadku asymetrycznej utraty widzenia stosowany jest test zamglenia. W celu rozmycia widzenia używa się plusowych i minusowych soczewek cylindrycznych (6D), których osie są symetryczne.

Test cykloplegiczny polega na zakrapianiu oka dobrze widzącego (według pacjenta) 2–3-krotnie kroplami poszerzającymi źrenicę (np. cyklopentolat), a oka teoretycznie źle widzącego kroplami typu sól fizjologiczna, ale wyglądającymi tak samo jak krople poszerzające. Po 45 min pacjent czyta każdym okiem z osobna; okiem z cyklopentolatem dobrze czyta z 5 m, ale odmawia czytania teoretycznie złym okiem. Z bliska czyta, myśląc, że widzi obuocznie.

W teście kolorowych soczewek używane są kolorowe soczewki i karty, zgodnie z zasadą, że kolorowe szkło odfiltrowuje kolory dopełniające. Dziecko jest proszone o czytanie karty z naprzemiennie

zielonymi i czerwonymi literami przez czerwono-zielone okulary. Jeśli czerwona soczewka założona jest przed „lepsze” oko, czerwone litery są neutralizowane. Jeśli dziecko może przeczytać całą kartę, wiadomo, że użyło „chorego” oka.

Badanie z użyciem synoptofora polega na tym, że badając fuzje, badamy widzenie obuoczne (Incesu 2011).

Czasem diagnostyka wymaga kilku wizyt, ponieważ tylko wtedy może być postawione rozpoznanie NOVL, jeśli nie stwierdza się przyczyn organicznych. Wizyty kontrolne mają na celu nie tylko wsparcie pacjenta, ale również potwierdzenie rozpoznania. Zawsze trzeba wykluczyć przyczynę funkcjonalną lub organiczną, taką jak niedowidzenie, zez, schorzenia rogówki, soczewki, siatkówki i drogi pozagąłkowej oraz nowotwory związane z retinopatią (Taich 2004).

## Podsumowanie

W przypadku symulacji dziecięcej dotyczącej zaburzenia widzenia, która jest dość powszechnym problemem, rokowania są bardzo dobre, a większość objawów znika spontanicznie. Dobrym prognostycznie wskaźnikiem jest młodszy wiek w momencie pojawienia się objawów i brak jakiegokolwiek choroby psychiatrycznej (Chen 2007; Toldo i in. 2010). Współpraca z rodzicami/opiekunami oraz wyjaśnienie istoty problemu jest niezwykle istotne. Karanie dziecka z nieorganicznymi zaburzeniami widzenia jest niewłaściwym postępowaniem (Moore i in. 2012). Wsparcie i współczucie są podstawą leczenia, ale jeśli problem jest bardziej kompleksowy, pacjent powinien zostać skierowany do pediatry lub psychiatry dziecięcego. Rehabilitacja wzrokowa nie jest wskazana w tej populacji pacjentów, w przeciwieństwie do osób faktycznie chorych z uszkodzonym wzrokiem (van Leeuwen i in. 2015). Ważne jest również zaangażowanie dziecka w leczenie, np. zachęcając je do odpoczynku wzrokowego przez ograniczenie używania urządzeń elektronicznych.

Zaburzenia widzenia o podłożu nieorganicznym nie mogą być marginalizowane. Należy zawsze brać pod uwagę możliwość ich wystąpienia, gdyż pacjenci nimi dotknięci stanowią istotną grupę chorych i mogą długo pozostawać nieprawidłowo zdiagnozowani.

## Bibliografia

- Beatty S. (1999), *Non-organic visual loss*, „Postgraduate Medical Journal”, vol. 75, issue 882, s. 201–207.
- Bengtzen R., Woodward M., Lynn M.J., Newman N.J., Biouesse V. (2008), *The „sunglasses sign” predicts nonorganic visual loss in neuro-ophthalmologic practice*, „Neurology”, vol. 70, no. 3, s. 218–221.
- Byszewska A., Rękas M. (red.) (2022), *Neurookulistyka*, tłum. A. Byszewska, M. Cichowska, A. Furmańczuk, M. Gawrońska-Cedro, A. Jagielak, I. Jamiółkowska, M. Juda, J. Kawa, K. Korecka-Skowron, P. Laszewicz, J. Leydo-Nowak, A. Młyńska, M. Nazar, M. Niedzielski, M. Oleszczuk, B. Pawlik, I. Skrzypiec, A. Woś, Wrocław, rozdz. 14, s. 393–410.
- Chen C.S., Lee A.W., Karagiannis A., Crompton J.L., Selva D. (2007), *Practical clinical approaches to functional visual loss*, „Journal of Clinical Neuroscience”, vol. 14, issue 1, s. 1–7.
- Civelekler M., Halili I., Gundogan F.C., Sobaci G. (2009), *Retinal nerve fiber layer thickness analysis in suspected malingers with optic disc temporal pallor*, „Indian Journal of Ophthalmology”, vol. 57, no. 5, s. 365–370.
- Dattilo M., Biouesse V., Bruce B.B., Newman N.J. (2016), *Functional and simulated visual loss*, [w:] *Functional Neurologic Disorders*, eds. M. Hallett, J. Stone, A.J. Carson, Amsterdam, s. 329–341.
- Incesu A.I., Sobaci G. (2011), *Malingering or simulation in ophthalmology-visual acuity*, „International Journal of Ophthalmology”, vol. 4, issue 5, s. 558–566, <https://doi.org/10.3980/j.issn.2222-3959.2011.05.19>.
- Incesu A.I. (2013), *Tests for malingering in ophthalmology*, „International Journal of Ophthalmology”, vol. 6, issue 5, s. 708–717.
- Leavitt J.A. (2006), *Diagnosis and management of functional visual deficits*, „Current Treatment Options in Neurology”, vol. 8, issue 1, s. 45–51.
- Ledoux-Skivee Ch., Ledoux A. (2004), *Simulation et dissimulation en ophthalmologie*, „Bulletin de la Société belge d’ophthalmologie”, nr. 291, s. 29–36.
- Lim S.A., Siatkowski R.M., Farris B.K. (2005), *Functional visual loss in adults and children: Patient Characteristics, Management, and Outcomes*, „Ophthalmology”, vol. 112, issue 10, s. 1821–1828.
- Moore Q., Al-Zubidi N., Yalamanchili S., Lee A.G. (2012), *Nonorganic visual loss in children*, „International Ophthalmology Clinic”, vol. 52, issue 3, s. 107–123.

- Muñoz-Hernández A.M., Santos-Bueso E., Sáenz-Francés F., Méndez-Hernández C.D., García-Feijoó J., Gegúndez-Fernández J.A., García-Sánchez J. (2012), *Nonorganic visual loss and associated psychopathology in children*, „European Journal of Ophthalmology”, vol. 22, issue 2, s. 269–273.
- Poudel J., Krishnasamy P. (2020), *Eye Examination Techniques for Malingering Patients – A Review*, „International Journal of Innovative Science and Research Technology”, vol. 5, issue 7, s. 3–6.
- Schutz J.S., Mavranakas N.A. (2009), *The value of the ophthalmological independent medical examination: analysis of 344 cases*, „The British Journal of Ophthalmology”, vol. 93, s. 1371–1375.
- Somers A., Casteels K., Van Roie E., Spileers W., Casteels I. (2015), *Non-organic visual loss in children: prospective and retrospective analysis of associated psychosocial problems and stress factors*, „Acta Ophthalmologica”, vol. 94, issue 5, s. 312–316.
- Taich A., Crowe S., Kosmorsky G.S., Traboulsi E.I. (2004), *Prevalence of psychosocial disturbances in children with nonorganic visual loss*, „Journal of American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus”, vol. 8, issue 5, s. 457–461.
- Thompson J.C., Kosmorsky G.S., Ellis B.D. (1996), *Fields of dreamers and dreamed-up fields: Functional and fake perimetry*, „Ophthalmology”, vol. 103, issue 1, s. 117–125.
- Toldo I., Pinello L., Suppiej A., Ermani M., Cermakova I., Zanin E., Sartori S., Battistella P.A. (2010), *Nonorganic (psychogenic) visual loss in children: a retrospective series*, „Journal of Neuro-Ophthalmology”, vol. 30, s. 26–30.
- van Leeuwen L.M., Rainey L., Kef S., van Rens G.H.M.B., van Nispen R.M.A. (2015), *Investigating rehabilitation needs of visually impaired young adults according to the International Classification of Functioning, Disability and Health*, „Acta Ophthalmol”, vol. 93, issue 7, s. 642–650.
- Villegas R.B., Ilsen P.F. (2007), *Functional vision loss: A diagnosis of exclusion*, „Optometry”, vol. 78, no. 10, s. 523–533.



**Celestyna Grzywniak**

Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie, Wydział Psychologii,

Pedagogiki i Nauk Humanistycznych

<https://orcid.org/0000-0002-8414-5199>

# **ROLA PSYCHOLOGA W DIAGNOZIE I TERAPII DZIECI Z ZESPOŁEM PANDAS, CZYLI Z AUTOIMMUNOLOGICZNYM PEDIATRYCZNYM ZESPOŁEM ZABURZEŃ NEUROPSYCHIATRYCZNYCH PO INFEKЦИИ STREPTOKOKAMI**

## **Streszczenie**

Celem opracowania jest zwrócenie uwagi na objawy neuropsychiatryczne pojawiające się u dzieci w bliskiej odległości czasowej po przejściu zakażenia wywołanego streptokokami oraz na rolę psychologa, jaką powinien on pełnić podczas przyjęcia dziecka na diagnozę i terapię. Zespół autoimmunologicznego pediatrycznego zespołu zaburzeń neuropsychiatrycznych po infekcji *Streptococcus* (*pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections*, PANDAS) pojawia się nagle lub w okresie od 4. do 6. tygodni od wystąpienia stanu zapalnego. Streptotoki mogą wywołać następujące choroby: anginę, szkarlatynę, gorączkę reumatyczną lub też zapalenie gardła, dróg moczowych i zapalenie płuc. Zespół PANDAS, zaliczany do chorób autoimmunologicznych, daje liczne objawy neuropsychiatryczne występujące u dzieci, które są dotkliwe i zmieniają ich zachowanie, a jego terapia jest trudna i bardzo kosztowna.

**Słowa kluczowe:** zespół PANDAS, PANS, psychoterapia w zespole PANDAS, objawy neuropsychiatryczne, mechanizm chorób autoimmunologicznych

## The role of a psychologist in the diagnosis and therapy of children with PANDAS syndrome, i.e. with autoimmune pediatric neuropsychiatric syndrome following streptococcal infection

### Abstract

The aim of the article is to draw attention to the neuropsychiatric symptoms appearing in children in a short time after the infection caused by streptococci and to the role of a psychologist when admitting a child for diagnosis and therapy. It emerges suddenly or 4 to 6 weeks after the onset of inflammation caused by streptococci. They can cause the following diseases: angina, scarlet fever or rheumatic fever, pharyngitis, or inflammation of the urinary tract and pneumonia. PANDAS syndrome causes numerous neuropsychiatric symptoms in children that are severe and change their behavior, and therapy is difficult and very expensive. It is classified as an autoimmune disease.

**Key words:** PANDAS syndrome, PANS, psychotherapy in PANDAS syndrome, neuropsychiatric symptoms, mechanism of autoimmune diseases

### Wprowadzenie

Zespół autoimmunologicznego pediatrycznego zespołu zaburzeń neuropsychiatrycznych po infekcji *Streptococcus* (*pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections*, PANDAS) jest schorzeniem rzadkim – szacuje się, że zapada na niego 1 na 2000 dzieci, choć w ostatnich dwu latach (2022–2024) zanotowano zdecydowanie częstsze jego występowanie (Bryńska, Wolańczyk 2004). Najczęściej rozwija się on u pacjentów mających od 3 do 12 lat (Berenbaum 2020). Dla prawidłowej diagnozy i dalszego leczenia ważne jest uchwycenie związku czasowo-przyczynowego pomiędzy patologicznymi stanami, które opisane zostaną w dalszej części opracowania. Wiedza naukowa dotycząca zespołu PANDAS jest niewielka, ponieważ został on odkryty i opisany przez Susan Swedo i jej zespół (1998, s. 264) stosunkowo niedawno, tj. w 1998 r. Bardzo często rodzice są zaskoczeni nagłą zmianą zachowania dziecka, które zaczyna zachowywać się dziwnie. Według Stanforda T. Shulmana (2009) do syndromów schorzenia zalicza się:

- 1) nagły początek objawów lub/i ich zmiany falowe, z nasiloną intensywnością, które wyciszają się po pewnym czasie;
- 2) brak elastyczności poznawczej;

- 3) obsesyjne, a także kłótlive zachowania;
- 4) objawy ze spektrum autyzmu;
- 5) problemy z utrzymaniem uwagi;
- 6) zachowania o charakterze prowokującym;
- 7) problemy z koordynacją ruchową;
- 8) brzydkie pismo;
- 9) zaburzenia snu i moczenie nocne;
- 10) zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, objawy ADHD;
- 11) nadaktywność motoryczną i obecność niespodziewanych ruchów;
- 12) pojawienie się objawów w wieku dziecięcym, czyli od ok. 3. r.ż. do okresu pokwitania;
- 13) epizodyczne objawy – okresy napadów i remisji;
- 14) wcześniejsze zakażenie paciorkowcem;
- 15) płasawicę;
- 16) początek objawów neuropsychiatrycznych przed wiekiem dojrzewania;
- 17) inne dziwne zachowania.

Celem opracowania jest zwrócenie uwagi na objawy neuropsychiatryczne pojawiające się u dzieci w bliskiej odległości czasowej po przejściu zakażenia wywołanego streptokokami oraz na rolę psychologa, jaką powinien on pełnić podczas przyjęcia dziecka na diagnozę i terapię.

### **Przyczyny powstawania zespołu PANDAS**

Przyczyną zespołu PANDAS jest reakcja autoimmunologiczna organizmu na streptokoki (czyli paciorkowce), który wytworzył do ich zwalczania przeciwciała, ale na skutek mimikry patogenu zaczęły one atakować własną tkankę, czyli centralny układ nerwowy, a zwłaszcza jądra podstawy mózgu. Ten mechanizm wywołuje również inne choroby autoimmunologiczne. Zjawisko mimikry polega na tym, iż

w trakcie zakażenia paciorkowcem [...] organizm zaczyna produkować przeciwciała, czyli elementy mające za zadanie rozpoznać i zniszczyć bakterie. Jest to naturalny mechanizm odpornościowy. Antygeny, czyli białka obecne na błonie komórkowej paciorkowca mają podobną budowę molekularną do komórek mózgu. Podobieństwo antygenów bakteryjnych i „naszych” ludzkich – powoduje, że przeciwciała atakują nie

tylko bakterie, ale również własne neurony w obszarze jąder podstawnych mózgu. Mózg jest nadrzędnym organem odpowiadającym za emocje, ruch i zachowanie – dlatego właśnie objawy PANDAS dotyczą tych trzech obszarów zdrowia (Byrska 2020; zob. więcej Moretti i in. 2008).

Reakcję immunologiczną wywołuje antygen, czyli substancja wprowadzona do organizmu; reakcja ta polega na proliferacji limfocytów (rozmnażaniu się komórek) oraz na wytwarzaniu się swoistych przeciwciał. Pojęcie antygeny jest szerokie i zależne od kontekstu – mianem antygeny można określić całą komórkę bakteryjną lub tylko jedno z białek na jej powierzchni. Każdą cząsteczkę, którą rozpoznaje układ odpornościowy, nazywamy antygenem. Cechą każdego antygeny jest immunogenność, czyli zdolność do wywołania reakcji organizmu, która polega na wytwarzaniu swoistych przeciwciał. Antygenami, które wywołują reakcję naszego organizmu, są głównie:

- bakterie,
- wirusy,
- pierwotniaki,
- grzyby,
- alergen.

Antygeny mają zróżnicowaną budowę chemiczną – mogą one być węglowodanami, białkami, lipidami, a nawet kwasami nukleinowymi.

Antygeny to obce cząsteczki, które z chwilą pojawienia się w organizmie aktywują go do podjęcia z nimi walki przez produkowanie przeciwciał. Małe przeciwciała w odpowiedzi odpornościowej zaczynają atakować obcy i zagrażający naszemu zdrowiu antygen. Konsekwencją tego ataku jest aktywacja dwóch podstawowych mechanizmów obronnych:

- 1) mechanizmu typu komórkowego (wykorzystanie komórek żerujących np. makrofagów),
- 2) mechanizmu humoralnego (produkcja przeciwciał).

Przeciwciała (immunoglobuliny) są produkowane przez limfocyty B oraz ich komórki potomne, tzw. plazmocyty. Rolą przeciwciał jest rozpoznawanie patogenów i uruchamianie szeregu reakcji, które mają doprowadzić do zniszczenia obcego antygeny. Jak wspomniano, układ odpornościowy na skutek nieprawidłowości nie potrafi rozpoznać własnych komórek i zaczyna je atakować, co doprowadza do powstania poważnych zaburzeń. Powstaje wtedy mechanizm

autoagresji, który jest przyczyną chorób autoimmunologicznych. Jest to duża grupa chorób, wśród których znajdują się m.in. przewlekłe stany zapalne jelit, autoimmunologiczne zapalenie tarczycy czy celiakia, stwardnienie rozsiane, zapalenie stawów, schorzenia jelit, choroba Hashimoto.

Mechanizm powstawania chorób autoimmunologicznych i autoimmunizacyjnych polega na niszczeniu własnych komórek i tkanek organizmu. Odporność humoralna to „jeden z mechanizmów odporności swoistej. W reakcji odpornościowej humoralnej organizm wykorzystuje różne substancje chemiczne, najważniejszymi są w niej przeciwciała (białka odpornościowe). Przeciwciała są produkowane, a następnie uwalniane [...]” (*Odporność humoralna*) i kierowane przeciw antygenom czynnika chorobotwórczego. Komórki żerne najczęściej pożerają i trawią kompleksy antygenowe z przeciwciałami. Nie zawsze jednak tak się zdarza – czasami kompleksy te działają nieprawidłowo i wtedy komórki deponują je w śródbłonku drobnych naczyń krwionośnych rozmaitych narządów. Depozyty immunologiczne stymulują następne procesy komórek żernych. Komórki te zaczynają pożerać tkanki, na których owe kompleksy zostały zdeponowane, gdyż nie rozpoznają własnej komórki od tego kompleksu (Smolewska 2022).

## Diagnozowanie zespołu PANDAS

Diagnoza odbywa się na podstawie stwierdzenia charakterystycznych dla zespołu PANDAS objawów i powiązania ich z infekcją streptokokami, która miała miejsce w niewielkiej odległości czasowej. Często jest to niełatwe zadanie, gdyż choroba PANDAS jest mało znana, a rodzice mogą tylko sami od siebie powiedzieć, że wcześniej dziecko chorowało na np. anginę. Jest to pewna świadomość, że coś wywołało jakieś nieprawidłowe stany psychiczne, które wcześniej nie występowały. Czasami zakażenie streptokokami przebiega łagodnie, co utrudnia rozpoznanie. Lekarz zazwyczaj zaleca wymaz z gardła, badanie ASO (odczyn antystreptolizynowy), czasami rezonans magnetyczny i inne badania (Kurlan i in. 2008).

## Leczenie zespołu PANDAS

Zazwyczaj leczenie zespołu PANDAS jest dość złożone. „[...] Stosuje się immunoterapię w postaci podawanych dożylnie preparatów immunoglobulin ludzkich (IVIG). Zawierają one oczyszczone przeciwciała uzyskane z surowicy ponad tysiąca dawców krwi” (Rzepecka 2021). Wlewy dożylnie wykonuje się w przeciągu dwóch dni. „Udowodniono, że pojedynczy cykl IVIG wystarcza do uzyskania znacznej poprawy stanu zdrowia, a w niektórych przypadkach do całkowitej remisji objawów. Złagodzenie objawów może nastąpić już w pierwszym lub dwóch dniach po leczeniu, ale częściej występuje w ciągu trzech do czterech tygodni, ale u niektórych dzieci pożądana odpowiedź organizmu występuje od ośmiu do 12 tygodni po zastosowaniu tego rodzaju terapii” (Rzepecka 2021; zob. więcej: Cooperstock i in. 2017).

Stosuje się również plazmaferezę, glikokortykosteroidy i leki przeciwzapalne. Podane dożylnie immunoglobuliny w wysokiej dawce prowadzą do zahamowania produkcji przeciwciał przez układ odpornościowy pacjenta i równocześnie blokują krążące przeciwciała o funkcji autoimmunizacyjnej. W sytuacji zespołu PANDAS podanie dożylnie immunoglobulin pomaga, ale wtedy, gdy działa mechanizm autoimmunizacyjny, czyli układ odpornościowy chorego produkuje przeciwciała uszkadzające komórki czy struktury centralnego systemu nerwowego. Jak dotąd jest niewiele obserwacji o efektach immunoglobulin u chorych z zespołem PANDAS, ale u większości pacjentów immunoglobuliny prowadziły do ustąpienia objawów. Jest to drogie leczenie, często trwające kilka miesięcy. Dla dziecka jest to dość obciążająca procedura, więc decyzje o jej wprowadzeniu podejmowana jest ostrożnie. Obok immunoterapii stosowana jest z reguły terapia antybiotykowa, a w razie potrzeby również przeciwdepresyjna. Niestety, koszty takiego leczenia są ogromne (Frankovich i in. 2017).

W leczeniu objawów zespołów PANDAS i PANS – który zostanie omówiony poniżej – stosuje się również leki bakteryjne, psychiatryczne oraz terapię poznawczo-behawioralną (Thienemann i in. 2017).

## Zespół PANS

Podobnymi objawami jak w zespole PANDAS charakteryzuje się zespół PANS (*pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome*), czyli zespół ostrych dziecięcych zaburzeń neuropsychiatrycznych, obejmujący wszystkie przypadki nagłego pojawienia się zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (*obsessive-compulsive disorder*, OCD) i innych objawów neuropsychiatrycznych. Zespół PANS, odmiennie w stosunku do PANDAS, ma szersze przyczyny powstawania, może pojawić się również po przejściu grypy, czyli zakażeń wirusowych, oraz zakażeń bakteryjnych i nie zawsze w bliskiej odległości czasowej. PANS może również wystąpić u osób dorosłych. Podobnie jak w zespole PANDAS „objawy pojawiają się nagle w wyniku błędu ze strony układu immunologicznego, który, zamiast walczyć z infekcją, atakuje zdrowe tkanki, wpływając na funkcjonowanie układu nerwowego” (Rzepecka 2021).

Przyczyną są „infekcje bakteryjne lub wirusowe obejmują zwłaszcza anginę, atypowe zapalenie płuc (*Mycoplasma pneumoniae*), grypę, zapalenia górnych dróg oddechowych oraz zapalenie zatok” (www.pandasppn.org za: Rzepecka 2021).

Do objawów PANS zalicza się:

- nagłe pojawienie się lub nagły nawrót zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (OCD) – to zaburzenie psychiczne zwane potocznie nerwicą natręctw. Dana osoba ma potrzebę wielokrotnego wykonywania pewnych czynności (to np. kilkakrotne sprawdzanie, czy aby na pewno wyłączyliśmy żelazko) lub zmaga się z nawracającymi myślami (np. dotyczącymi obaw zakażenia się jakąś chorobą);
- [...] zaburzenia odżywiania – unikanie lub ograniczanie przyjmowania pokarmów.  
[...]
- regresję behawioralną, czyli cofanie się do zachowań typowych dla poprzedniej fazy rozwoju;
- podwyższony poziom lęku i/lub lęk związany z oddzieleniem od rodziców;
- wzmożoną motorykę lub zaburzenia motoryczne (pojawiają się tiki – mimowolne skurcze mięśni, czy dysgrafia – częściowa lub zupełna utrata zdolności poprawnego graficznie pisma. Uwagę powinna zwrócić zmiana charakteru pisma dziecka);
- pogorszenie wyników w nauce;

- zaburzenia nastroju (osoba z zespołem PANS może być podrażniona, wykazywać agresję, a także, jak wskazują lekarze, ostre zachowania buntownicze);
- trudności, dyskomfort podczas oddawania moczu;
- objawy somatyczne (np. bóle kończyn i stawów, bóle i zawroty głowy, bóle w klatce piersiowej, bóle brzucha i nudności, zmęczenie, zaburzenia snu)
- [wahania nastroju – C.G.] (Rzepecka 2021; zob. więcej Moretti i in. 2008; Berenbaum 2020; Thienemann i in. 2017).

Objawów tych nie da się zdiagnozować i wytłumaczyć na podstawie znanych zaburzeń neurologicznych lub medycznych (Moretti i in. 2008; Berenbaum 2020; Thienemann i in. 2017).

### **Egzemplifikacja indywidualnych dwóch przypadków zespołu PANDAS**

Poniżej przedstawione zostaną dwie analizy – przypadku 14-letniej dziewczynki, która po ustąpieniu anginy i temperatury zaczęła wykazywać objawy PANDAS, oraz przypadku 6-letniego chłopca, który wcześniej chorował na ostry stan zapalny gardła, czyli anginę. W obu przypadkach pierwotnie postawiono mylną diagnozę.

#### **Przypadek 14-letniej dziewczynki**

Dziewczynka pochodziła z rodziny pełnej, uczęszczała do VIII klasy szkoły podstawowej, uczyła się dobrze. Matka przed wystąpieniem objawów nie zgłaszała żadnych problemów z dzieckiem. Zanim zgłosiła się do gabinetu psychologicznego wraz z córką, dziewczynka zachorowała na anginę. Leczenie antybiotykami trwało dwa tygodnie i po tym czasie angina ustąpiła. Jednak zaledwie kilka dni po zaprzestaniu antybiotykoterapii dziewczynka dwukrotnie straciła przytomność i zaczęły się – jak określiła to matka – dziwne objawy. Dziewczynka zaczęła mieć problemy z pamięcią, nie pamiętała co było na lekcji lub co robiła przed godziną. Na pytanie psychologa szkolnego, co robiła wczoraj, nie mogła odtworzyć ważnych zdarzeń. Czasami pojawiały się problemy z powrotem do domu po zakończeniu lekcji. Dziewczynka dojeżdżała do szkoły autobusem, jednak zapominała numeru autobusu i drogi powrotnej. Czasami, według relacji matki, nastolatka była jakby nieobecna, pozostawała bez ruchu. Pojawiło

się też brzydkie pismo, niechęć do pisania w zeszycie, również do odrabiania lekcji. Początkowo dziewczynka została skierowana przez wychowawcę do pedagoga i psychologa szkolnego na ćwiczenia korekcyjno-kompensacyjne, jednak były one mało pomocne. Z tego powodu po kilku miesiącach, za radą pedagoga, matka zgłosiła się z córką do gabinetu psychologicznego na diagnozę i jak sama sugerowała, na ćwiczenia pamięci i dysgrafii. Wywiad kliniczny przeprowadzony w gabinecie wskazywał na występowanie związku czasowego pomiędzy zakażeniem paciorkowcami a wystąpieniem objawów neuropsychiatrycznych. Związek ten, charakterystyka objawów i wiek, w jakim one wystąpiły mogły wskazywać na pojawienie się zespołu PANDAS. Zaistniała więc konieczność diagnozy w kierunku wymienionego zespołu chorobowego i skierowania dziewczynki do oddziału pediatrycznego jednego ze szpitali. Podejrzenie zespołu PANDAS okazało się słuszne i dziewczynka została poddana specjalistycznemu leczeniu w postaci immunoterapii.

#### Przypadek 6-letniego chłopca

Matka wraz z 6-letnim chłopcem zgłosiła się do poradni psychologicznej, gdzie postawiono diagnozę zespołu Aspergera. Około 4 miesięcy przed postawieniem diagnozy 6-letni chłopiec zachorował na anginę i był leczony antybiotykiem przepisany przez lekarza pediatrę. Po kilku tygodniach od zakończenia terapii antybiotykiem zachowanie dziecka zmieniło się. Chłopiec zaczął biegać w koło po pokoju i wydawać dziwne dźwięki. W tym czasie prośby rodziców o zaprzestanie takiego zachowania, próba zatrzymania go czy dotarcia do niego nie przynosiły oczekiwanych rezultatów. W przedszkolu było podobnie – chłopiec przestał bawić się z dziećmi w grupie, nie podejmował powierzonych zadań przez nauczyciela, zaczął się izolować, odwracać tyłem do dzieci, bawić się jedną lub dwoma zabawkami, a także unikać kontaktu wzrokowego. Wcześniej był chłopcem wesołym, chętnie bawiącym się w grupie, a następnie stał się spięty i nerwowy. Zaniepokojeni rodzice po uzyskaniu diagnozy w poradni psychologiczno-pedagogicznej, udali się na terapię do psychologa. Jednak wnikliwy wywiad kliniczny i występowanie związku czasowego pomiędzy zakończeniem leczenia anginy a pojawieniem się objawów u chłopca oraz charakterystycznych objawów sugerował dalsze

poszukiwanie przyczyni skierowanie dziecka na badanie w kierunku zespołu PANDAS. Diagnoza przeprowadzona w szpitalu pediatrycznym potwierdziła przypuszczenie występowania zespołu PANDAS, a chłopiec został poddany dalszemu leczeniu w tym kierunku.

### **Rola psychologa w diagnozie i terapii dzieci z zespołem PANDAS**

Należy podkreślić, iż bardzo często dzieci z zespołem PANDAS najpierw trafiają do psychologa na zdiagnozowanie tego stanu rzeczy, jednak jego rola jest ograniczona, ponieważ dziecko powinno zostać skierowane na dokładne badania medyczne. Jeżeli dzieci są w wieku przedszkolnym i szkolnym, to zmiany zachowania, oprócz rodziców, którzy są pierwszym ogniwem w stawianiu diagnozy, zauważa również nauczyciel. Dlatego psycholog powinien współpracować także z nauczycielem w diagnozowaniu zachowań dziecka i pojawiających się objawów (Kruk-Lasocka, Bartosik 2022).

Psycholog w wywiadzie klinicznym ma obowiązek zadać rodzicom pytanie dotyczące stanu zdrowia i samopoczucia dziecka przed wystąpieniem niepokojących objawów i zmian w zachowaniu, jakie dziecko prezentowało we wczesnych latach, miesiącach przed pojawieniem się trudności. W wypadku wystąpienia zbieżności czasowej psycholog powinien odesłać dziecko na diagnozę medyczną w kierunku zespołu PANDAS. Jeżeli do specjalisty zgłasza się dziecko z już postawioną diagnozą, to w ramach terapii behawioralno-poznawczej psycholog może pomóc rodzicom i dziecku w rozumieniu pojawiających się objawów, ograniczyć ich występowanie i nasilenie, znaleźć sposób na radzenie sobie z nimi oraz pomóc w złagodzeniu lęku i niepewności. Uczy on także dzieci i rodziców jak radzić sobie z przyszłymi nawrotami choroby i jak postępować w trakcie występowania objawów.

### **Podsumowanie**

Egzemplifikacja przypadków zespołu PANDAS w literaturze należy do rzadkości, natomiast opis diagnozy psychologicznej i psychoterapii w ogóle nie występuje. W procesie diagnozowania zespołu PANDAS istotne jest wykrycie związku czasowego pomiędzy

zakończeniem leczenia anginy a pojawieniem się objawów neuropsychiatrycznych. Rola psychologa koncentruje się na wychwyceniu tego związku, opisie objawów neuropsychiatrycznych i skierowaniu dziecka na dalsze specjalistyczne badania medyczne. Dalsze postępowanie psychologa w formie psychoterapii jest w pewnym stopniu zależne od rodzaju objawów neuropsychiatrycznych. Bazując na doświadczeniu autorki, pomocna jest psychoedukacja w zakresie przyczyn, mechanizmów powstawania zespołu PANDAS oraz różnorodności pojawiających się objawów neuropsychiatrycznych. Powinno stosować się psychoedukację dla rodziców, a dla dziecka edukacja powinna być dostosowana do jego możliwości intelektualnych i emocjonalnych. Następnie w psychoterapii powinno zastosować się elementy terapii behawioralno-poznawczej oraz ćwiczenia korekcyjno-kompensacyjne funkcji poznawczych, a także neurobiofeedback, w ramach którego występują objawy; jeżeli jest potrzeba, to również ćwiczenia motoryki małej, oraz bardzo ważne – należy wprowadzić stabilizację emocjonalną i wsparcie.

## Bibliografia

- Berenbaum S. (2020), *COVID-19's daunting challenges for families with Lyme and PANS/PANDAS*, LymeDisease.org, 30.03, <https://www.lymedisease.org/covid-19-berenbaum> [dostęp: 20.08.2021].
- Bryńska A., Wolańczyk T. (2004), *Popaciorkowcowe autoimmunologiczne zaburzenia neuropsychiatryczne u dzieci (PANDAS): opis 2 przypadków*, „Psychiatria Polska”, t. 38, nr 1, s. 105–123.
- Byrska M. (2020), *Zespół PANDAS u dzieci po anginie – tiki i zachowania obsesyjno-kompulsywne*, wykryjangle.pl, 23.02, <https://wykryjangle.pl/zespol-pandas-u-dzieci-po-anginie> [dostęp: 27.08.2024].
- Cooperstock M.S., Swedo S.E., Pasternack M.S., Murphy T.K. (2017), *Clinical Management of Pediatric Acute-Onset Neuropsychiatric Syndrome: Part III – Treatment and Prevention of Infections*, „Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology”, vol. 27, no. 7, s. 594–606.
- Frankovich J., Swedo S., Murphy T., Dale R.C., Agalliu D., Williams K., Daines M., Hornig M., Chugani H., Sanger T., Muscal E., Pasternack M., Cooperstock M., Gans H., Zhang Y., Cunningham M., Bernstein G., Bromberg R., Willett T., Brown K., Farhadian B., Chang K., Geller D., Hernandez J., Sherr J., Shaw R., Latimer E., Leckman J.,

- Thienemann M., PANS/PANDAS Consortium (2017), *Clinical Management of Pediatric Acute-Onset Neuropsychiatric Syndrome: Part II – Use of Immunomodulatory Therapies*, „Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology”, vol. 27, no. 7, s. 574–593.
- Kruk-Lasocka J., Bartosik B. (2022), *Epilepsja i mniej znane zespoły zaburzeń w autystycznym spektrum: trudności rozpoznawania a epidemia COVID-19. Cz. 1: Co terapeuta powinien wiedzieć o PANDAS i PDA?*, [w:] *Sytuacja osób z niepełnosprawnością w rzeczywistości epidemicznej*, red. J. Patkiewicz, Wrocław, s. 53–61.
- Kurlan R., Johnson D., Kaplan E.L., Tourette Syndrome Study Group (2008), *Streptococcal infection and exacerbations of childhood tics and obsessive-compulsive symptoms: a prospective blinded cohort study*, „Pediatrics”, vol. 121, issue 6, s. 1188–1197.
- Moretti G., Pasquini M., Mandarelli G., Tarsitani L., Biondi M. (2008), *What every psychiatrist should know about PANDAS: a review*, „Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health”, vol. 4, 13.
- Odporność humoralna* [hasło], Wikipedia, [https://pl.wikipedia.org/wiki/Odporno%C5%9B%C4%87\\_humoralna](https://pl.wikipedia.org/wiki/Odporno%C5%9B%C4%87_humoralna) [dostęp: 26.08.2024].
- Rzepecka I. (2021), *Zespół PANS atakuje najmłodszych. Przyczyny, objawy i leczenie zespołu PANS*, Interia, 6.09, <https://zdrowie.interia.pl/zdrowie/uklad-nerwowy/news-zespol-pans-atakuje-najmlodszych-przyczyny-objawy-i-leczenie,nId,5465486> [dostęp: 27.08.2024].
- Shulman S. (2009), *Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococci (PANDAS): update*, „Current Opinion Pediatrics”, vol. 21, no. 1, s. 127–130, <https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e32831db2c4>.
- Smolewska E. (2022), *Choroby autoimmunizacyjne w wieku rozwojowym*, [w:] E. Smolewska (red.), *Choroby autoimmunizacyjne u dzieci*, Warszawa, s. 17–20.
- Swedo S.E., Leonard H.L., Garvey M., Mittleman B., Allen A.J., Perlmutter S., Lougee L., Dow S., Zankoff J., Dubbert B.K. (1998), *Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases*, „American Journal of Psychiatry”, vol. 155, no. 2, s. 264–271.
- Thienemann M., Murphy T., Leckman J., Shaw R., Williams K., Kaphahn C., Frankovich J., Geller D., Bernstein G., Chang K., Elia J., Swedo S. (2017), *Clinical Management of Pediatric Acute-Onset Neuropsychiatric Syndrome: Part I – Psychiatric and Behavioral Interventions*, „Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology”, vol. 27, no. 7, s. 566–573.

**Anna Bar**

Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie, Wydział Psychologii, Pedagogiki  
i Nauk Humanistycznych  
<https://orcid.org/0009-0001-9460-7692>

# DEPRESJA I WYPALENIE ZAWODOWE WŚRÓD NAUCZYCIELI SZKÓŁ MASOWYCH I SPECJALNYCH – ANALIZA PORÓWNAWCZA

## Streszczenie

Wypalenie zawodowe staje się coraz bardziej powszechnym zjawiskiem, również wśród nauczycieli, które ma wpływ na ich funkcjonowanie zarówno w miejscu pracy, jak i poza nią. W ciągu ostatnich lat nauczyciele stanęli przed wieloma wyzwaniami i wymaganiami, jednocześnie doświadczając wysokiego poziomu presji ze strony społeczeństwa, obniżenia prestiżu zawodu nauczyciela oraz stosunkowo niskiego wynagrodzenia. Zjawisko wypalenia zawodowego charakteryzuje się uczuciem wyczerpania, depersonalizacji i obniżeniem samooceny, a to wiąże się z różnymi negatywnymi skutkami zdrowotnymi. Ponadto może wpływać na występowanie zaburzenia depresji. Celem pracy jest zbadanie korelacji między wypaleniem zawodowym a depresją oraz analiza czynników wpływających na to zjawisko wśród nauczycieli szkół masowych oraz specjalnych.

**Słowa kluczowe:** wypalenie zawodowe, depresja, nauczyciele

## Depression and burnout among teachers in mainstream and special schools – a comparative analysis

### Abstract

Burnout is becoming an increasingly common phenomenon, even among teachers, which affects their functioning both at work and outside of it. Over the past years, teachers have faced numerous challenges and requirements, while also experiencing high levels of societal pressure, a decline in the prestige of the teaching profession, and relatively low salaries. The phenomenon of burnout is characterized by feelings of exhaustion, depersonalization, and lowered self-esteem, and it is associated with various negative health consequences. Additionally, it can contribute to the occurrence of depression. The aim of this study is to examine the correlation between burnout and depression, as well as analyze the factors influencing this phenomenon among teachers in mainstream and special schools.

**Key words:** burnout, depression, teacher

### Wprowadzenie

Praca zawodowa jest niezbędnym elementem godnego życia jednostki ludzkiej, często natomiast może stać się źródłem stresu, który powoduje nieporządane konsekwencje zarówno psychiczne, jak i somatyczne. Stres jest obecny w większości zawodów, jednak szczególnie często występuje w zawodach pomocowych, w których istotny jest kontakt społeczny z drugą osobą. Do takiej grupy zawodowej należy zaliczyć m.in. nauczycieli. Pedagodzy uczący w szkołach poza stałym kontaktem interpersonalnym z uczniami, rodzicami, innymi nauczycielami nie ograniczają swoich działań zawodowych jedynie do prowadzenia zajęć dydaktycznych, wywiadówek, konsultacji indywidualnych czy rad pedagogicznych. Nauczyciele kontynuują swoją pracę poza murami szkoły, przygotowując się merytorycznie do zmieniających się podstaw programowych, programów nauczania, wymagań administracyjnych. Sprawdzają prace uczniów, przygotowują pomoce naukowe, wycieczki, imprezy szkolne, dokumentują prace itp.

Stres w pracy nauczyciela jest stały i dotyczy wielu jej aspektów. Szczególnie obciążające są zachowania uczniów, które coraz częściej są niedostosowane do powszechnie obowiązujących norm społecznych, tj. nadpobudliwość, niesubordynacja, agresja, nadmierna

hałaśliwość, ale także poczucie odpowiedzialności za wyniki nauczania, rosnące oczekiwania rodziców i bezpośrednich przełożonych oraz administracji rządowej. To wszystko oddziałuje na psychikę pedagogów i generuje napięcie emocjonalne. Analizując dostępne w literaturze wyniki badań, można zauważyć wzrost incydencji wypalenia zawodowego wśród nauczycieli (Syper-Jędrzejak 2022). Nauczyciele doświadczają coraz wyższego poziomu stresu związanego z wielkowiarymowością wykonywanej pracy (Anthony 2019). Również pandemia COVID-19 wpłynęła na znaczne nasilenie się stresu wśród nauczycieli, w związku z m.in. koniecznością adaptacji do nowych form nauczania zdalnego, niepewnością dotyczącą przyszłości edukacji oraz dodatkowym obciążeniem emocjonalnym związanym z troską zarówno o zdrowie uczniów, jak i własne.

Celem opracowania jest przedstawienie kompleksowej analizy wypalenia zawodowego nauczycieli oraz jego źródeł, a także ocena jego wpływu na zdrowie psychiczne i fizyczne pedagogów. W ramach opracowania omówione zostaną mechanizmy i skutki stresu w kontekście specyfiki pracy nauczyciela, uwzględniając złożoność pełnionych ról i zmieniających się wyzwań zawodowych.

## Pojęcie depresji

Depresja stała się powszechną chorobą dotykającą coraz większą liczbę osób, która w znacznym stopniu negatywnie wpływa na funkcjonowanie jednostki, w szczególności na samopoczucie, sposób myślenia oraz utratę zainteresowania czynnościami, które kiedyś stanowiły źródło zainteresowania, w tym również obniżenie czerpania z nich przyjemności. Taki stan może doprowadzać do różnego rodzaju problemów, głównie emocjonalnych i fizycznych, oraz może zmniejszać zdolność osoby do funkcjonowania społecznego, szczególnie widocznego w pracy, ale także w domu (Jansson 2020).

Według kryteriów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) epizod depresyjny cechuje się cierpieniem pacjenta spowodowanym obniżeniem nastroju, aktywności oraz ubytkiem energii. Zmniejszeniu ulega również odczuwanie przyjemności. Często u pacjentów pojawia się zmęczenie, nawet po niewielkim wysiłku. Zmianom ulega także samoocena, przy coraz częściej pojawiającym się odczuwaniu

winy oraz chronicznym poczuciu niskiej wartości. Występujące obniżenie nastroju nie jest zazwyczaj związane z bieżącymi wydarzeniami, a narastanie objawów depresyjnych przeważnie występuje rano – koreluje to z perspektywą konieczności przetrwania kolejnego dnia. Epizod depresyjny może występować pod postacią łagodną, umiarkowaną lub ciężką. W pierwszej z wymienionych zazwyczaj występują dwa do trzech z typowych objawów. W epizodzie depresji umiarkowanej przeważnie występuje powyżej czterech charakterystycznych objawów. Dodatkowo w tej postaci depresji mogą pojawić się trudności z wykonywaniem obowiązków dnia codziennego. Ostatni z możliwych epizodów depresji, czyli typ ciężki, charakteryzuje się znacznym nasileniem objawów, pojawiają się myśli, a nawet próby samobójcze. Fazie tej towarzyszą zmiany somatyczne (ICD-10 2019). W ostatnich latach obserwuje się wzrost zachorowań na depresję (Chan i in. 2024).

Według WHO depresja jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych na świecie, szacuje się, że dotyka ona ok. 264 mln. Można jej doświadczyć w każdym momencie życia, niezależnie od wieku. Jednak grupą najbardziej narażoną są osoby pomiędzy 20 a 35 r.ż. (Szukutnik-Fiedler, Grześkowiak, Wyrowski 2014, s. 14).

### **Charakterystyka wypalenia zawodowego**

Pojęcie „wypalenie” nie jest diagnozą medyczną, a więc nie zostało uznane jako jednostka chorobowa. WHO natomiast zdefiniowało je jako syndrom, który wynika z przewlekłego stresu w miejscu pracy. Wielu badaczy jednak twierdzi, że pomimo braku możliwości diagnozowania wypalenia zawodowego w aspektach medycznych, niektóre choroby, w tym depresja, są skutkiem wypalenia zawodowego. Niezależnie od przyczyny wypalenia zawodowego może mieć ono wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne (Maslach, Schaufeli 2011). Najnowsze badania wskazują na bardzo silną korelację pomiędzy wypaleniem zawodowym a depresją, tworząc jeszcze niepotwierdzone założenie, jakoby wypalenie zawodowe stanowiło odłam formy depresji, w związku z częścią tożsamyh objawów w obu zaburzeniach (Bianchi i in. 2021).

Wypalenie zawodowe to stan psychiczny, który wynika z chronicznego stresu i nadmiernego obciążenia zawodowego. Osoby

zmagające się z wypaleniem zawodowym często odczuwają zmęczenie, brak motywacji oraz poczucie beznadziei związane z pracą. Problem wypalenia zawodowego może dotyczyć każdej osoby wykonującej pracę, dlatego staje się coraz popularniejszym zagadnieniem, w szczególności w kulturze europejskiej. Pomimo tego, że problematyka ta jest coraz częściej poruszana i omawiana w Internecie w innych źródłach zewnętrznych, to nadal istnieje wiele jej aspektów, które nie zostały poznane przez naukę (Kulikowski 2022). Wypalenie zawodowe jest stanem wyczerpania emocjonalnego, fizycznego i psychicznego spowodowanego nadmiernym i długotrwałym stresem. Występuje, gdy pracownik czuje się przytłoczony i niezdolny do spełnienia ciągłych wymagań stawianych przez pracodawcę. Wypalenie zawodowe cechuje przedłużona reakcja wobec stresu działającego chronicznie i obejmującego głównie stresory emocjonalne w miejscu pracy. Gdy stres utrzymuje się dłuższy czas, pracownik zaczyna tracić zainteresowanie i motywację, które doprowadziły go do przyjęcia konkretnej pracy. Wypalenie zawodowe zmniejsza produktywność i marnuje energię, przez co pracownik czuje się coraz bardziej bezradny, cyniczny i urażony prawie każdym zachowaniem wychodzącym od innych ludzi w kontaktach międzyludzkich. W końcu może on poczuć, że nie ma już nic do zaoferowania swojemu pracodawcy (Maslach 2003).

Herbert Freudenberger, który badał i opisał zjawisko wypalenia zawodowego, określał je jako stan wyczerpania emocjonalnego danej osoby, który jest skutkiem przytłoczenia spowodowanego za dużą ilością obowiązków oraz zadań nadanych przez środowisko zawodowe na daną jednostkę. Doprowadza to osobę do poczucia znudzenia, zwątpienia oraz frustracji, a przede wszystkim poczucia niedoceniaenia (Freudenberger 1989). Ponadto bardzo często silna motywacja połączona z czynnikami osobowościowym skorelowana jest z wysokim perfekcjonizmem adaptacyjnym, którego znaczny poziom negatywnie wpływa na depersonalizację i wyczerpanie. Przyjmując powyższe, wskazać należy również, że poziom perfekcjonizmu dezadaptacyjnego cechuje się pozytywnym wpływem na depresję i wyczerpanie, natomiast nie ma istotnego znaczenia dla depersonalizacji jednostki (Klimek 2022). Tak więc pojęcie wypalenia zawodowego mieści w sobie zdecydowanie więcej niż tylko nadmierne zmęczenie

pracownika; jest to również pojawiający się brak energii, motywacji i siły do podjęcia w szczególności nowych wyzwań, ale też kontynuowania już rozpoczętych działań. To brak zaangażowania cechujący się chronicznym dystansem do wykonanej pracy, a więc uznaniem pracy jedynie za obowiązek przy niezdolności do poświęcania się jej. Wypaleniu zawodowemu towarzyszy subiektywne poczucie braku skuteczności, co oznacza trudność dostrzegania swoich postępów w zakresie zawodowym, a więc uczucie niezadowolenia ze swojej pracy, a co za tym idzie obecny brak satysfakcji zawodowej. Massimo Santinello (2014) wskazuje, że postrzeganie siebie jako osoby skutecznej jest istotne, gdyż dzięki temu wzrasta w szczególności poziom poczucia własnej wartości, ale też zaangażowanie w pracę. Rozczarowanie natomiast wynika z niespełnionych oczekiwań dotyczących pełnionej aktywności zawodowej, a także z braku możliwości realizacji własnych wartości i ideałów. Wpływa to na funkcjonowanie w życiu codziennym, niosąc istotne znaczenie dla roli, jakie nauczyciel pełni zarówno w pracy, jak i poza nią. Ponadto rozczarowanie może prowadzić do utraty pasji i entuzjazmu, którymi pracownik obdarzał swoją pracę na początku kariery zawodowej. Tak więc według Santinello wypalenie zawodowe to stan psychofizyczny, który objawia się apatią, dystansem, chłodem w relacjach międzyludzkich, bezradnością w działaniu oraz emocjonalnym wyczerpaniem. W dostępnej literaturze najczęściej cytowana jest jednak wielowymiarowa koncepcja wypalenia zawodowego według Christiny Maslach, na którą składają się trzy komponenty, mianowicie (Tucholska 2001):

1. Wyczerpanie emocjonalne – w którym występuje nadmierne zmęczenie i wyczerpanie emocjonalnych zasobów. Charakteryzuje się brakiem zadowolenia z aktywności zawodowej na skutek zmęczenia (pomimo aktualnych sukcesów) oraz brakiem zapału do pracy. Mogą też współuczestniczyć objawy psychosomatyczne.
2. Depersonalizacja – charakteryzuje się specyficznym stosunkiem do innych osób, któremu towarzyszy izolowanie i dystansowanie się od ludzi, cynizm w kontaktach i utrata idealizmu. Relacje z innymi zmieniają swój charakter, stając się bardziej zdepersonalizowane, bezosobowe oraz zobojętniałe. Jest to skutkiem nadmiernego wyczerpania emocjonalnego.

3. Obniżone poczucie dokonań osobistych – określa się go poczuciem spadku kompetencji własnych oraz poczuciem obniżenia wydajności zawodowej. Charakteryzuje się spostrzeganiem swojej pracy jako nieefektywnej. Może być to spowodowane zarówno trudnościami, z którymi pracownik musi się zmierzyć, jak i stresem. Składać się na to może również zbyt małe wsparcie ze strony bliskich osób i otoczenia.

Wypalenie zawodowe (kod QD85) zostało uwzględnione w 11 edycji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD-11 – jako zjawisko zawodowe. WHO definiuje zespół wypalenia zawodowego jako zespół wynikający z chronicznego stresu w miejscu pracy, którym nie udało się skutecznie zarządzać. Charakteryzuje się on trzema wymiarami (ICD-11 2022):

- 1) zwiększeniem dystansu mentalnego do pracy lub poczuciem negatywizmu bądź cynizmu związanego z pracą;
- 2) uczuciem wyczerpania lub wyczerpania energii;
- 3) zmniejszoną skutecznością zawodową.

Szczególne oznaki wypalenia zawodowego zostały przedstawione w tabeli 1.

Tabela 1. Oznaki wypalenia zawodowego

Fizyczne	uczucie zmęczenia; wyczerpanie; obniżona odporność; częste choroby; częste bóle głowy; bóle mięśni; zmiany apetytu; problemy ze snem; nadmierna senność
Emocjonalne	niechęć, która towarzyszy przy wyjściu do pracy; poczucie izolacji od otoczenia; ogólny życiowy pesymizm; narastające negatywne kontakty z współpracownikami; obniżona cierpliwość; poirytowanie; częstsze choroby, które często nie mają przyczyn; skłonności do autoagresji, stan wyczerpania cielesnego, duchownego, gniew
Najczęściej występujące	wyczerpanie fizyczne; beżsenność; napięcie mięśniowe, zazwyczaj występujące bez somatycznej przyczyny; zamartwianie się związane z pracą; utrata entuzjazmu; poczucie winy i obwinianie siebie za swoje wyniki zawodowe; utrata zainteresowania szczególnie pracą; cynizm; popadanie w uzależnienie; zazwyczaj stopniowe zwiększanie dawki leków uspakajających lub innych używek, w tym alkoholu; narzucona sobie izolacja, szczególnie w gronie zawodowym; odizolowanie się od współpracowników

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Dawidziuk i in. 2011; Maslach 1978; Gramlewicz 2012).

Przyjmując powyższe podłoże teoretyczne, które koncentruje się na mechanizmach powstawania wypalenia zawodowego w kontekście chronicznej pracy w warunkach przewlekłego stresu, kluczowe znaczenie mają kompetencje osobiste, w szczególności umiejętności w zakresie kompetencji społecznych oraz zasoby osobowościowe. Te elementy wpływają na zdolność pracowników do radzenia sobie z trudnościami i przeciwdziałania wypaleniu, co podkreśla znaczenie wsparcia społecznego i umiejętności zarządzania stresem w zapobieganiu temu zjawisku.

### **Stres w miejscu pracy nauczyciela**

Zjawisko stresu w pracy pedagogicznej jest zagadnieniem zajmującym badaczy od wielu lat, ze względu na jego ogromne znaczenie i wpływ na reakcje podejmowane przez nauczycieli w kontaktach z uczniami, a także w relacjach w miejscu pracy. Czynnikiem stresogennych charakterystycznych dla tego zawodu jest wiele i występują one w różnym nasileniu i w różnym czasie pracy zawodowej. W obliczu kolejnych, coraz to nowszych wymagań stawianych nauczycielom oraz coraz większej ilości zmian, w szczególności programów nauczania, zwiększonej biurokracji czy innowacji technologicznych, nauczyciele stają się jeszcze bardziej podatni i narażeni na stres. Dodatkowymi stresorami są perspektywy finansowe oraz kwestie awansu, który jest czterostopniowy, rozpoczyna się od nauczyciela stażysty a kończy na nauczycielu dyplomowanym. Co więcej, administracja państwowa stawia nauczycielom coraz to nowsze wymagania pod względem doszkalania się – studiów podyplomowych, uzyskiwania certyfikatów czy kolejnych stopni awansu zawodowego. Wielu nauczycieli jest też narażonych na ogólnie złe jakościowo warunki w miejscu pracy. Konsekwencją tego w 2019 r. odbył się najdłuższy w powojennej Polsce 21-dniowy strajk nauczycieli (Smolińska-Theiss 2019).

Poddając analizie stresory obecne w miejscu pracy nauczyciela, wskazać należy na ogólne badania, mówiące, że im więcej konfliktów w danym miejscu pracy, tym bardziej osoby przebywające w tym otoczeniu doświadczają wypalenia zawodowego jako następstwa, co więcej to konflikty z kolegami zostały uznane

za te, które mają największy związek z wypaleniem zawodowym (Danauskė, Raišienė, Korsakienė 2023). Dodatkowym powodem, dla którego nauczyciele borykają się ze stresem jest fakt, że spędzają dużo czasu, pracując ponad wymiar godzin dydaktycznych, czyli pensum, i poza miejscem pracy, przenosząc pracę zawodową do domu. Przez pracę w domu rozumie się godziny poświęcane na przygotowywanie się do zajęć, sprawdzanie testów i zadań domowych, przygotowanie pomocy oraz kontakt z rodzicem. Nauczanie wymaga nieustannej komunikacji z uczniami, rodzicami, innymi nauczycielami oraz innymi pracownikami szkoły.

Warunki pracy nauczycieli najczęściej określa się jako fizyczne oraz psychospołeczne, które to mają ogromny wpływ na działanie, w tym na życie osobiste nauczycieli, co oddziałuje na ich późniejsze funkcjonowanie (Bortkiewicz i in. 2020). Nauczyciele doświadczają presji wymagań, jednak bez zadowalających zasobów i wsparcia. Zauważono również, że na przestrzeni lat zawód nauczyciela stracił na swojej wartości zawodowej, aktualnie nauczyciel nie jest osobą cenioną tak jak kiedyś, co ma również znaczące przełożenie w odczuwaniu stresu zawodowego (Pater, Zubel 2019). W oparciu o analizę wyników badań (Bortkiewicz i in. 2020) do występujących najczęściej problemów zdrowotnych u nauczycieli zalicza się: bóle szyi, choroby głosowe, bóle barku oraz ramion, bóle nóg i stóp, bóle głowy, przemęczenie oczu, lęk, choroby układu krążenia, choroby psychosomatyczne, zaburzenia mięśni szkieletowych, zaburzenia sercowo-naczyniowe

Przechodząc do omówienia najnowszych badań, wskazać należy, że wypalenie zawodowe nauczycieli wzrosło szczególnie w wyniku dostosowań, jakie trzeba było wprowadzić w związku z pandemią COVID-19. Badanie związku między optymizmem a wypaleniem zawodowym dowiodło, że zdecydowana większość wskazywała na umiarkowany poziom optymizmu związany z wykonywaną profesją, czyli taki, w którym zadowolenie z wykonywanej pracy nie jest zbyt duże (Fabella, Dela Paz-Aller 2023). Co więcej, podczas szczytu pandemii nauczyciele stawali w obliczu kolejnych, skrajnie stresujących warunków pracy. Ponad 70% postrzegало obciążenie związane z nauczaniem na odległość (zdalnym) jako negatywny wpływ na ich zdrowie psychiczne. Ich godziny pracy zaczęły

przewyższać ilość czasu pracy wykonywanej w szkole, a więc nauczyciele wykonywali swój zawód nawet po zakończeniu zajęć. Większość nauczycieli musiała polegać na swoich własnych komputerach i laptopach, z minimalnym wsparciem ze strony rządu (Hernando-Malipot 2021). W związku z przejściem na kształcenie na odległość pojawił się również problem niskiego poziomu kompetencji komputerowych oraz nieumiejętność korzystania z narzędzi internetowych wśród pedagogów. Co więcej, nie tylko metodologia pracy w tym okresie oddziaływała na nauczycieli, ale również brak bezpośredniej komunikacji pomiędzy uczniami, z czego wynikał brak emocjonalnych więzi przekładający się na obniżenie wydajności nauczycieli (Mirzoyanm, Mikaelyan 2022). Jak wskazują polscy badacze, doświadczanie negatywnych emocji przez nauczycieli w związku z rozwojem technologii zauważalne było jeszcze przed rozpoczęciem epidemii COVID-19, i opierało się głównie na agresji w Internecie, natomiast zjawisko to zdecydowanie nasiliło się po wprowadzeniu lekcji za pośrednictwem środków przekazu elektronicznego. Zagrożenie to w szczególności było związane z brakiem możliwości kontroli nad uczniami oraz brakiem powstania więzi emocjonalnej pomiędzy nimi (Nowak 2021). Pojawiające się doniesienia z badań przeprowadzonych na gruncie polskiej edukacji, wskazują, że ponad 50% badanych nauczycieli w okresie pandemii COVID-19 doświadczało w różnym stopniu nasilenia takich objawów jak epizody depresji, lęk, wypalenie zawodowe oraz większy stres (Pisula i in. 2020). Ponadto, jak wynika z jednego z największych na świecie międzynarodowych badań dotyczących problemu wypalenia zawodowego wśród nauczycieli, u 65% z nich zidentyfikowano oznaki wypalenia zawodowego, a 15% wskazało na wysokie ryzyko jego wystąpienia. Przyczyną takiego stanu był w szczególności nierównoważny czas pracy, a więc czas, w którym nauczyciel pracuje poza szkołą, w szczególności podczas COVID-19, bez dodatkowego wynagrodzenia, jednak z dodatkową pracą do wykonania, co przekłada się na trudności w sferze towarzyskiej nauczycieli oraz chroniczne zmęczenie połączone z permanentnym oczekiwaniem wakacyjnej przerwy (Anthony 2019). Najczęściej występujące przyczyny wypalenia zawodowego wśród nauczycieli zostały przedstawione w tabeli 2.

Tabela 2. Główne przyczyny wypalenia zawodowego wśród nauczycieli

<p>obciążenie pracą, brak czasu, niewystarczające zasoby, ponadprzeciętne wymagania w pracy, nakazy szkolne lub rządowe w zakresie nauczania, nadmierna liczba obowiązków, niskie wynagrodzenie, wyczerpanie, udzielanie wsparcia emocjonalnego uczniom, dostosowania i obawy związane z COVID-19</p>
---

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Millacci 2021).

### Trudności zawodowe nauczycieli pracujących w szkolnictwie specjalnym

Pedagodzy specjaliści, czyli nauczyciele pracujący z osobami z niepełnosprawnościami intelektualnymi, są szczególnie narażeni na permanentny stres oraz na wypalenie zawodowe. Przyczyną tego są obciążenia pracą, jakie na nich spoczywają oraz zbyt duże stawiane im wymagania. Teza ta została potwierdzona już w 1999 r. przez badacza Chrisa Hattona w Wielkiej Brytanii, który dowiódł, że nauczyciele specjaliści uzyskali wysokie wskaźniki odnoszące się do odczuwania stresu związanego z pracą. Wyniki w tej grupie są niemal dwukrotnie wyższe w porównaniu z wynikami populacji ogólnej osób dorosłych w Wielkiej Brytanii (Plichta 2014, s. 240). Uczniowie z określonymi dysfunkcjami, a przez to sprecyzowanymi potrzebami edukacyjnymi, wymagają od nauczycieli większego zaangażowania, większej ilości czasu i uwagi. W przeprowadzonym przez Marwa Kebbi i Anies Al-Hroub (2018, s. 34–41) badaniu jako źródło dużego stresu wśród nauczycieli kształcenia specjalnego wymienili oni powody związane z wymaganiami pozaszkolnymi, do których zaliczyli brak należnego uznania ze strony uczniów czy nieodpowiednią politykę dyscyplinarną wobec uczniów. Ponadto obok czynników powodujących największy stres, nauczyciele kształcenia specjalnego biorący udział w badaniu uznali nieadekwatnie niskie wynagrodzenie. Trudności może tworzyć niewłaściwy dobór uczniów do klas oraz brak wsparcia, w szczególności przez niedostosowane pomoce dydaktyczne lub ich brak, które to pomoce uznawane są za przyczynę nadmiernych rozbieżności w zakresie potrzeb uczniów i ich poziomu zdobywania wiedzy. Wskazuje się również na potrzebę indywidualnego kontaktu z uczniem z niepełnosprawnością, który często jest niemożliwy ze względu na niewłaściwą proporcję nauczycieli do uczniów (zbyt liczne klasy), co powoduje wolniejsze postępy dydaktyczne (Antonik

2015). Powyższe sprowadza się do przekonania, że ważne jest indywidualne podejście do ucznia, które winno być sprawiedliwe przy jednoczesnej trudności logistycznej i emocjonalnej takich działań (Kula-Lic 2009).

Uczniowie z zaburzeniami społecznymi, intelektualnymi i emocjonalnymi czasami zachowują się zarówno agresywnie, przez działania słowne i fizyczne skierowane wobec innych i na przedmioty, jak i autoagresywnie. W związku z powyższym ważne jest zapewnienie uczniom i pedagogom ze szkół specjalnych bezpiecznych warunków w celu zredukowania niebezpiecznych i zagrażających zdrowiu sytuacji ze strony agresywnych uczniów. Dzieci autystyczne bardzo często wyrażają swoje pragnienia przez ekspresję zewnętrzną (krzykiem, gestykulacją). Nauczyciele sygnalizują, że te czynniki są szczególnie stresujące, tym bardziej że w tym zakresie nie otrzymują oni wystarczającej pomocy ze strony przełożonych oraz ze strony prawnej, która ogranicza możliwości skutecznego postępowania niwelującego niepożądane reakcje. W sytuacjach trudnych wychowawczo nauczyciele muszą być spokojni, pełni empatii oraz zrozumienia, a zniecierpliwienie, podenerwowanie, znużenie muszą zachować dla siebie, nie okazując napięcia na zewnątrz. Powoduje to wzmożoną kumulację stresu. Dodatkową presją jest konieczność zapewnienia autystycznym uczniom poczucia bezpieczeństwa i spokoju. Przeprowadzone przez polskich naukowców badanie pokazuje również na zbyt duże oczekiwania rodziców dzieci z niepełnosprawnością w stosunku do nauczyciela, co może być dla pedagogów bardzo stresujące. Rodzice często mają nierealistyczne wyobrażenie o szkole i oczekują specjalistycznej pomocy, która wykracza poza zakres pracy oraz obowiązków nauczyciela. Wynika to z faktu, że rodzice nie mają specjalistycznego wykształcenia z zakresu opieki nad dzieckiem z dysfunkcjami i mogą polegać na wiedzy nauczyciela. Dlatego też musi on być przygotowany na tego rodzaju stresujące sytuacje. Doradztwo i komunikacja z rodzicami dzieci o specjalnych potrzebach to ogromna część pracy, która również sprawia nauczycielom trudności emocjonalne (Orlikowska, Cholewa-Trybuła 2018). Praca z uczniami dysfunkcyjnymi charakterystyczna dla nauczycieli w szkołach specjalnych może negatywnie wpływać na emocjonalne, a nawet niekiedy fizyczne samopoczucie pedagoga specjalnego, zwłaszcza gdy istnieje

stała wewnętrzna i zewnętrzna presja, aby upewnić się, że uczniowie robią postępy zarówno edukacyjne, jak i rozwojowe. Ponadto badania przeprowadzone przez Edwarda J. Cancio i jego zespół (2018), w których brało udział 211 nauczycieli dowodzą, że czynnikiem powodującym stres jest także nadmiar spraw administracyjnych, które stale doskwierają nauczycielom w kontekście nowej polityki państwa czy nowych wymagań władz centralnych. Ciągły wzrost pracy formalno-administracyjnej, brak pomocy oraz wsparcia administracyjnego w jej realizacji, a także niejednoznaczność związana z wypełnianiem tych obowiązków, są znaczącymi czynnikami stresogennymi. Badania te pokazują, że nauczyciele specjalni wskazują na występowanie stresu w pracy związanego z dużą ilością spraw formalnych, presją odnoszącą się do osiągnięć uczniów i ich zachowania oraz niskim wynagrodzeniem. Badanie porównawcze Beaty Papidy-Dolińskiej (2017) pomiędzy nauczycielami w szkołach ogólnodostępnych, którzy uczą dzieci o pewnych dysfunkcjach, szczególnie wzrokowych, oraz nauczycieli szkół specjalnych, w których uczniowie przejawiają bliźniaczo podobne dysfunkcje pokazało, że nauczyciele ze szkół ogólnodostępnych częściej zgłaszają problemy związane z pracą z uczniami z niepełnosprawnością. Wyniki przeprowadzonych badań zostały podzielone na poniższe kategorie:

1. Nauczyciele szkół masowych w kategorii zachowań agresywnych, wskazując na czynniki najczęściej występujące, wytypowali konflikty oraz ich wszczynanie z kolegami, a także przejawianie zachowań agresywnych skierowanych do kolegów, w tym słowną agresję. Natomiast nauczyciele ze szkół specjalnych wskazali w tej kategorii takie zachowania uczniów jak skargi, a niekiedy podniesienie głosu w stosunku do innych uczniów.
2. Wśród zachowań powściągliwych nauczyciele ze szkół ogólnodostępnych, wymieniając czynniki uznane przez nich za najbardziej uciążliwe wśród uczniów z niepełnosprawnością wzrokową, uznali zbyt niską motywację do wykonywania zadań, a przy tym bierność, nie tylko podczas pracy, ale również objawiającą się w trudności z nawiązywaniem społecznego kontaktu z kolegami i wycofanie się. Mając na uwadze tę samą kategorię, nauczyciele w szkołach specjalnych wymienili lękliwość i silne, nagłe reakcje emocjonalne oraz wycofanie się w sytuacji niepowodzeń. Osoby

badane wskazały również na takie cechy jak bierność i ograniczone kontakty w relacji z kolegami.

3. Zdarza się, że niedojrzałe zachowania uczniów przysparzają najczęściej trudności nauczycielom w obydwu typach placówek. Uczący w szkołach ogólnodostępnych wymienili w tej kategorii takie trudności jak problemy z koncentracją uwagi i jej rozproszenie, nieadekwatne zachowanie do miejsca i czasu, w tym gadatliwość, szczególnie podczas lekcji i wypowiedzi niezwiązane z treścią zajęć oraz nacechowane emocjonalnie, silne reakcje, które są nieadekwatne do danej sytuacji. Natomiast w tym samym modelu wśród nauczycieli kształcenia specjalnego za czynniki opisujące dostrzeżone trudności wymienili buntowniczy model zachowania, nagłą i dynamiczną zmianę nastrojów, a także nadpobudliwość ruchową i słowną, problemy w przewidywaniu konsekwencji swoich czynów i zachowań, problemy z wykonywaniem codziennych zadań i poleceń, również podatność na wpływy innych, w szczególności kolegów.

Podsumowując, najczęściej trudności wychowawczych podczas pracy z dziećmi z niepełnosprawnością sprawiają nauczycielom: niedyscyplinowanie uczniów, przejawy nieadekwatnego zachowania, w tym lęklności, wycofanie uczniów, potrzeba stałej kontroli oraz niska motywacja do nauki (Papuda-Dolińska 2017).

## **Cel badań**

Celem przeprowadzonych badań była analiza wypalenia zawodowego i depresji u nauczycieli szkół masowych oraz specjalnych przez porównanie wskazanych grup badawczych, a także analiza związku pomiędzy depresją i wypaleniem zawodowym wśród wszystkich nauczycieli.

## **Hipotezy badawcze**

W celu realizacji postawionego celu badawczego, biorąc pod uwagę, że praca nauczyciela jest narażona zarówno na zjawisko wypalenia zawodowego, jak i depresji, postawiono następujące hipotezy:

1. Wypalenie zawodowe i depresja występują częściej u pracowników szkół specjalnych w porównaniu z nauczycielami pracującymi w szkołach masowych.
2. Istnieje związek pomiędzy wypaleniem zawodowym a depresją.
3. Istnieje związek między wypaleniem zawodowym i depresją a stażem pracy.

## Grupy badawcze

Osobami biorącymi udział w badaniu byli nauczyciele szkół masowych i specjalnych w przedziale wiekowym 27–67 lat, pracujący przez co najmniej pięć lat w danym ośrodku oświatowym. Przebadanych zostało łącznie 79 nauczycieli spełniających wymienione kryteria. Zostali oni podzieleni na dwie grupy, z czego 40 osób było nauczycielami szkół specjalnych, a 39 pracowało w szkołach masowych. Ponadto 92% z badanych nauczycieli stanowiło grupę nauczycieli dyplomowanych, natomiast 8% stanowiła grupa nauczycieli mianowanych. Średnia wieku badanych wyniosła 47 lat, natomiast odchylenie standardowe 7,55.

## Materiały i metody

W badaniach do pomiaru wypalenia zawodowego zastosowano Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego (*Link Burnout Questionnaire*, LBQ) autorstwa Santinello. LBQ składa się z 24 stwierdzeń, które dotyczą odczuć związanych z pracą zawodową badanego. Osoby uczestniczące w badaniu udzielają odpowiedzi na pytania, które znajdują się na sześciostopniowej skali, której punkty odnoszą się do częstości pojawiania się danych odczuć. LBQ stosuje się do pomiaru czterech aspektów wypalenia zawodowego, mianowicie:

1. Wyczerpanie psychofizyczne – odnosi się do oceny własnych zasobów psychofizycznych.
2. Brak zaangażowania w relacje z klientami – odnosi się do jakości relacji z podopiecznymi.
3. Poczucie braku skuteczności zawodowej – odnosi się do własnych ocen kompetencji zawodowych.
4. Rozczarowanie – dotyczy oczekiwań egzystencjonalnych.

Rzetelność kwestionariusza szacowana jest na podstawie współczynników alfa Cronbacha. Każdy z wymiarów zawierał sześć pozycji. Dla Wyczerpania psychofizycznego wskaźnik alfa Cronbacha wynosi 0,796, dla Braku zaangażowania w relacje z klientami – 0,713, dla Poczucia braku skuteczności zawodowej – 0,754, natomiast w skali Rozczarowanie – 0,865.

Do pomiaru depresji wykorzystano *Inwentarz Depresji Becka – Wydanie drugie (Beck Depression Inventory – Second Edition, BDI-II)* autorstwa Aarona T. Becka, Roberta A. Steera i Gregory'ego K. Browna. BDI jest samoopisowym narzędziem, które przeznaczone jest do pomiaru nasilenia depresji. Nie jest natomiast narzędziem przeznaczonym do klinicznej diagnozy. BDI-II składa się z 21 pozycji w formie skali – badany ma do wyboru jedną opcję, która najlepiej opisuje jego odczucia. Pytania są dopasowane do kryterium depresji, przez co BDI-II może być stosowane do badań przesiewowych depresji. Rzetelność kwestionariusza jest szacowana na podstawie współczynników alfa Cronbacha. W skali depresji obejmującej 21 pozycji wskaźnik alfa Cronbacha wynosił 0,834.

Ponadto w celu weryfikacji grupy badawczej posłużono się ankietą własną, zawierającą 8 pytań dotyczących danych socjodemograficznych, takich jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, staż w pracy w zawodzie nauczyciela, stopień awansu zawodowego, miejsce pracy, stan cywilny, posiadanie innego miejsca zatrudnienia poza główną placówką oświatową.

W pierwszym kroku analizy sprawdzono rozkłady zmiennych ilościowych. W tym celu wyliczono podstawowe statystyki opisowe wraz z testem Shapiro-Wilka, badającym normalność rozkładu. Wynik testu w przypadku wszystkich zmiennych okazał się istotny statystycznie, a więc ich rozkład istotnie odbiega od rozkładu normalnego. Skośność rozkładu tych zmiennych jest jednak stosunkowo niewielka, tzn. nie przekracza umownej wartości bezwzględnej równej 2. Jest to równoznaczne z tym, że jej rozkład jest asymetryczny w nieznacznym stopniu. W związku z tym, po spełnieniu pozostałych założeń, przeprowadzono analizy na podstawie testów parametrycznych dla wszystkich zmiennych. Opisane wyniki zostały zaprezentowane w tabeli 3.

Tabela 3. Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych wraz z testem Shapiro-Wilka

	M	Me	SD	Sk.	Kurt.	Min.	Maks.	W	p
Staż w zawodzie	22,66	20,00	8,38	0,21	-1,07	6,00	41,00	0,96	0,009
Skala depresji (BDI)	6,67	6,00	5,20	1,50	4,73	0,00	31,00	0,89	<0,001
Wyczerpanie psychofizyczne (LBQ)	2,74	2,50	1,03	0,72	-0,34	1,17	5,50	0,93	<0,001
Brak zaangażowania w relacje z klientami (LBQ)	2,34	2,33	0,84	0,63	-0,35	1,00	4,50	0,94	0,001
Poczucie braku skuteczności zawodowej (LBQ)	2,03	1,67	0,78	0,90	0,18	1,00	4,17	0,91	<0,001
Rozczarowanie (LBQ)	2,33	2,00	1,07	0,72	-0,51	1,00	4,83	0,91	<0,001

M – średnia; Me – mediana; SD – odchylenie standardowe; Sk. – skośność; Kurt. – kurtoza; Min. i Maks. – najniższa i najwyższa wartość rozkładu; W – wynik testu Shapiro-Wilka; p – istotność testu Shapiro-Wilka.

Źródło: analiza własna.

W pierwszej części testowania związków między zmiennymi weryfikacji poddano hipotezę o zróżnicowaniu nauczycieli pracujących w szkołach specjalnych oraz szkołach masowych pod względem depresji oraz wypalenia zawodowego. W tym celu przeprowadzono testy t Studenta dla prób niezależnych. Analiza wykazała brak istotnych statystycznie różnic pomiędzy dwiema grupami badanych osób pod względem wszystkich wskaźników. Oznacza to, że miejsce pracy nauczycieli nie różnicuje tak poziomu depresji, jak i ich wypalenia zawodowego. Szczegółowe dane zawarto w tabeli 4.

W kolejnej części pracy zweryfikowano hipotezy dotyczące związku pomiędzy poziomem depresji a wypaleniem zawodowym oraz ich zależnością od stażu pracy, osobno dla dwóch grup pedagogów. W tym celu przeprowadzono analizy korelacji r Pearsona.

Jako pierwszą zbadano hipotezę o istnieniu związku między poziomem depresji badanych a ich wypaleniem zawodowym. Okazuje się, że poziom depresji w obu grupach korelował istotnie statystycznie i dodatnio ze wszystkimi wymiarami wypalenia zawodowego. W grupie nauczycieli szkół masowych najsilniej z poziomem depresji korelowało Poczucie braku skuteczności zawodowej oraz Rozczarowanie. Natomiast wśród nauczycieli szkół specjalnych najsilniejszy związek dotyczył Poziomu depresji, Poczucia braku skuteczności

zawodowej oraz Wyczerpania psychicznego. Innymi słowy, im wyższy był stopień wypalenia zawodowego badanych w obu grupach pedagogów, tym większy był poziom ich depresji (tabela 5).

Tabela 4. Porównanie nauczycieli ze szkół specjalnych oraz szkół masowych pod względem depresji oraz wypalenia zawodowego

	Szkoła specjalna (n = 39)		Szkoła masowa (n = 40)		t	p	95% CI		d Cohena
	M	SD	M	SD			LL	UL	
Skala depresji (BDI)	6,87	4,84	6,48	5,59	0,34	0,737	-1,95	2,74	0,08
Wyczerpanie psychofizyczne (LBQ)	2,68	0,95	2,79	1,11	-0,48	0,630	-0,57	0,35	0,11
Brak zaangażowania w relacje z klientami (LBQ)	2,29	0,90	2,39	0,78	-0,49	0,627	-0,47	0,29	0,11
Poczucie braku skuteczności zawodowej (LBQ)	2,19	0,84	1,87	0,69	1,84	0,070	-0,03	0,66	0,41
Rozczarowanie (LBQ)	2,23	0,97	2,43	1,17	-0,84	0,405	-0,68	0,28	0,19

n – liczba obserwacji; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; t – wynik testu t Studenta; p – istotność statystyczna testu t Studenta; 95% CI – przedział ufności dla różnicy między średnimi; LL i UL – dolna i górna granica przedziału ufności; d Cohena – siła efektu

Źródło: analiza własna.

Tabela 5. Korelacja depresji i wypalenia zawodowego w grupie nauczycieli szkół specjalnych oraz szkół masowych

		Skala depresji	
		Nauczyciele szkół specjalnych	Nauczyciele szkół masowych
Wyczerpanie psychofizyczne (LBQ)	r Pearsona	0,50	0,61
	istotność	0,001	<0,001
Brak zaangażowania w relacje z klientami (LBQ)	r Pearsona	0,43	0,38
	istotność	0,006	0,017
Poczucie braku skuteczności zawodowej (LBQ)	r Pearsona	0,54	0,71
	istotność	<0,001	<0,001
Rozczarowanie (LBQ)	r Pearsona	0,32	0,69
	istotność	0,044	<0,001

Źródło: analiza własna.

W kolejnym etapie analizy przetestowano hipotezę o istnieniu związku pomiędzy depresją oraz poziomem wypalenia zawodowego a stażem zawodowym nauczycieli. Analiza wykazała brak istotnych statystycznie korelacji między okresem zatrudnienia nauczycieli a poziomem depresji i wypalenia zawodowego w obu grupach, co oznacza brak związku między nimi (tabela 6).

Tabela 6. Korelacja między stażem zawodowy a depresją i wypaleniem zawodowym grupie nauczycieli szkół specjalnych oraz szkół masowych

		Staż w zawodzie	
		Nauczyciele szkół specjalnych	Nauczyciele szkół masowych
Skala depresji (BDI)	r Pearsona	-0,04	0,06
	istotność	0,788	0,719
Wyczerpanie psychofizyczne (LBQ)	r Pearsona	-0,15	-0,27
	istotność	0,352	0,095
Brak zaangażowania w relacje z klientami (LBQ)	r Pearsona	0,02	-0,24
	istotność	0,884	0,140
Poczucie braku skuteczności zawodowej (LBQ)	r Pearsona	0,08	0,10
	istotność	0,607	0,549
Rozczarowanie (LBQ)	r Pearsona	-0,04	-0,19
	istotność	0,787	0,232

Źródło: analiza własna.

## Dyskusja

Wypalenie zawodowe oraz depresja wśród nauczycieli nie są nowymi zjawiskami, niemniej jednak przybierają one obecnie na sile. Coraz więcej nauczycieli boryka się z tymi problemami, a ich powody wydają się różne. Przyczyn można upatrywać w stażu pracy, sytuacji ekonomicznej oraz przepaści pokoleniowej. Depresja i wypalenie zawodowe są coraz częściej spotykanymi zjawiskami wśród pracowników zdecydowanej większości profesji, stając się cechą nowoczesnych społeczeństw, jednak najczęściej spotykane są w zawodach pomocowych. Nauczyciele zaliczają się do zawodu obciążonego potencjalnie wypaleniem zawodowym i depresją. Na podstawie przeprowadzonych badań udało się potwierdzić postawioną hipotezę dotyczącą związku między wypaleniem zawodowym

a depresją, co więcej – zdecydowana większość wymiarów wypalenia zawodowego badanych osób w obu grupach korelowała istotnie statystycznie dodatnio z poziomem depresji. W grupie nauczycieli szkół masowych najsilniej z poziomem depresji korelowało Poczucie braku skuteczności zawodowej oraz Rozczarowanie, natomiast wśród nauczycieli szkół specjalnych najsilniejszy związek dotyczył poziomu depresji, Poczucia braku skuteczności zawodowej oraz Wyczerpania psychicznego. Z niniejszych badań jednoznacznie wynika, że depresja i wypalenie zawodowe są ze sobą ściśle powiązane. Znak korelacji wskazuje, że wraz ze wzrostem depresji wzrasta wypalenie zawodowe, zależność ta potwierdzona została również w drugą stronę – ze wzrostem wypalenia zawodowego wzrasta depresja. Wyniki te potwierdzają badania przeprowadzone przez Kirsi Aholę i jej zespół w 2005 r., w których ponad trzy tysiące pracowników zostało przebadanych ogólnym Kwestionariuszem Wypalenia Zawodowego oraz *Composite International Diagnostic Interview*. Uzyskane przez uczestników badania wyniki wyraźnie potwierdzają powiązanie pomiędzy depresją i wypaleniem zawodowym. Im większy był stopień wypalenia zawodowego wśród grupy pracowników, tym bardziej wzrastało ryzyko zaburzeń depresyjnych. U połowy badanych, u których zdiagnozowano wysoki poziom wypalenia zawodowego, stwierdzono zaburzenia depresyjne. W szczególności u osób, u których obserwowany (diagnozowany) był epizod dużej depresji, występowało poważniejsze wypalenie zawodowe niż u pracowników, u których takowego przebiegu depresji nie stwierdzono. Badania wykazały również istotną korelację pomiędzy depresją i wypaleniem zawodowym – u prawie połowy badanych, u których wykryto wypalenie zawodowe, stwierdzono również depresję (Ahola i in. 2005).

Ponadto, analizując kolejną z postawionych hipotez, wskazać należy, że według przytoczonych badań miejsce pracy nauczycieli nie różnicuje zarówno poziomu depresji, jak i wypalenia zawodowego. Otrzymany w analizie porównawczej wynik wskazuje na brak różnic statystycznych pomiędzy nauczycielami obu rodzaju placówek edukacyjnych. Przeprowadzone badania ukazują, że wypalenie zawodowe i depresja są na takim samym poziomie wśród nauczycieli szkół masowych i specjalnych. Taki rozkład wyników i brak

znacznej różnicy w jednej z rodzajów szkół mógł być spowodowany odmienną charakterystyką wykonywanej pracy, spowodowaną innymi potrzebami edukacyjnymi i mentalnymi uczniów, co powoduje rozwinięcie różnych dla obydwu grup kompetencji zawodowych, charakterystycznych dla pracy nauczycieli w określonych warunkach (Pyżalski 2010). Biorąc pod uwagę, że w szkołach specjalnych jest większa zależność uczniów od pedagoga, nauczyciele posiadają wypracowane cechy, komponenty oraz podejście do podopiecznych, które odpowiadają potrzebom uczniów. Jest ono bardziej indywidualne i nacechowane emocjonalnie przez bliższą relację oraz chęć niesienia pomocy uczniom przez pełne zaangażowanie oraz zapał, co rekompensuje stres zawodowy (Skura 2015). W literaturze jako źródło stresu dla nauczycieli szkół specjalnych wskazywany jest niski poziom lub brak postępu osiągniętego przez uczniów, szczególnie ze względu na duże zaangażowanie nauczycieli. Jacek Pyżalski (2010) dowiódł, że niewielki postęp jest jedną z największych przyczyn, które prowadzą zarówno do stresu, jak i do wypalenia zawodowego co skutkuje bezpośrednio przewlekłym stresem.

Warto zwrócić uwagę na to, że analiza badanego materiału ujawniła brak istotnych statystycznie korelacji między czasem zatrudnienia nauczycieli a poziomem depresji oraz wypalenia zawodowego w obu grupach, co wskazuje na nieobecność związku między tymi zmiennymi i jednocześnie nie potwierdza postawionej hipotezy. Ponadto wyniki przeprowadzonych badań wskazują na brak istotnych statystycznie różnic pomiędzy poziomem wypalenia zawodowego a stażem pracy. Potwierdzają to badania Süleymana Sadi Seferoğlu, Hatice Yıldız i Ümmühan Avcı Yücel (2014), stwierdzające, że u nauczycieli z większym stażem pracy poziom wypalenia zawodowego jest niższy w porównaniu z grupami pracującymi krócej w tym zawodzie, gdyż pojawiają się większe zdolności kompensacji negatywny stresorów. Dodatkowo, wyższy staż w pracy zawodowej nauczycieli wpływa zarówno na wyższe zdolności adaptacji i przystosowania do warunków, jak i na kompensowanie negatywnych bodźców przez zdarzenia pozytywne. Pojawiają się ponadto wyrobione na przestrzeni lat pracy bardzo istotne strategie radzenia sobie z sytuacjami problematycznymi (Selma 2021). Na zbliżonym stanowisku stał również Olcay Çam (1992), broniący

pojęcia, że rozpoczęcie zawodu z wielkimi nadziejami zawodowymi, a następnie ich nie spełnienie, zwiększa prawdopodobieństwo wypalenia zawodowego.

Nauczyciele szkół masowych oraz szkół specjalnych są jednakowo narażeni na stres oraz wypalenie zawodowe. Jak wspomniano, w przeprowadzonych badaniach zauważono, że poczucie depresji wśród nauczycieli szkół specjalnych koreluje z brakiem skuteczności zawodowej oraz wyczerpaniem psychicznym. To dowodzi, że im bardziej nauczyciel szkoły specjalnej odczuwa wyczerpanie psychofizyczne i brak efektywności zawodowej, tym wyższy jest jego poziom depresji. Ponadto Keith C. Herman i Wendy M. Reinke, identyfikując źródła stresu w zawodzie nauczyciela, wskazali m.in. oczekiwania administracyjne, wymagania czasowe, postawy uczniów (Herman, Reinke 2014). W innych badaniach za najsilniejsze predyktory wypalenia zawodowego wśród nauczycieli wskazano na wyczerpanie emocjonalne oraz energetyczne, a także cechy osobowościowe uczniów, i brak rezultatów wykonywanej pracy (Markelj, Kovač, Jurak 2023). Posiłkując się badaniami przeprowadzonymi przez Danutę Umiastowską i Agatę Gdaniec (2016, s. 152), można stwierdzić, że występowanie wypalenia zawodowego wśród nauczycieli jest spowodowane przede wszystkim przez „zbyt niskie wynagrodzenie i niski status zawodu nauczycielskiego w opinii społeczeństwa wywołują bardzo wysoki poziom stresu [...]”. W efekcie czynniki te przekładają się na powstanie depresji. Zjawisko to jest związane z wykonywaniem pracy w każdym rodzaju szkoły. Jak wynika z najnowszych badań przeprowadzonych w czasie pandemii, nauczyciele stanęli w obliczu wielu nowych wyzwań i wymagań. Zmiany w tradycyjnych systemach edukacji były traktowane przez nich jako wskaźnik wysokiego poziomu stresu, ponieważ w obliczu rosnących oczekiwań oraz pojawiających się trudności nie otrzymywali oczekiwanego wsparcia (Marshall i in. 2022). Podsumowując badania własne, trzeba zaznaczyć, że liczba nauczycieli w nich uczestniczących była niewielka w stosunku do globalnego wymiaru problemu, dodatkowo niskie zainteresowanie młodych osób pracą w zawodzie nauczyciela stanowi kolejne istotne ograniczenie utrudniające pełny zakres analizy depresji i wypalenia zawodowego w tej grupie. Pomimo pewnych ograniczeń

przeprowadzone badanie zdaje się uzupełniać dotychczasową wiedzę i pokazuje istotny kierunek rozwoju badań w tym obszarze.

## Podsumowanie

1. Osoby pracujące na stanowisku nauczyciela narażone są na wypalenie zawodowe i depresję.
2. Występuje korelacja pomiędzy wypaleniem zawodowym a depresją oraz między depresją a wypaleniem zawodowym.
3. Przeprowadzona analiza nie wykazała istotnych statystycznie różnic pomiędzy nauczycielami szkół masowych oraz szkół specjalnych w zakresie zarówno poziomu wypalenia zawodowego, jak i depresji.
4. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy wypaleniem zawodowym a stażem pracy nauczyciela.

## Bibliografia

- Ahola K., Honkonen T., Isometsä E., Kalimo R., Nykyri E., Aromaa A., Lönnqvist J. (2005), *The relationship between job-related burnout and depressive disorders – results from the Finnish Health 2000 Study*, „Journal of Affective Disorders”, vol. 88, issue 1, s. 55–62.
- Anthony J. (2019), *7 conclusions from the world's largest teacher Burnout Survey*, 20.06, <https://northernkanepathways.com/wp-content/uploads/2020/05/Copy-of-7-Conclusions-from-the-World%E2%80%99s-Largest-Teacher-Burnout-Survey-1.pdf> [dostęp: 19.09.2024].
- Antonik A. (2015), *Nauczyciel wobec trudności związanych z edukacją uczniów z zaburzeniami ze spektrum autyzmu w warunkach szkoły integracyjnej i ogólnodostępnej. Analiza obszarów problemowych*, „Studia Edukacyjne”, nr 34, s. 153–165.
- Bianchi R., Verkuilen J., Schonfeld I.S., Hakanen J.J., Jansson-Fröjmark M., Manzano-García G., Laurent E., Meier L.L. (2021), *Is burnout a depressive condition? A 14-sample meta-analytic and bifactor analytic study*, „Clinical Psychological Science”, vol. 9, issue 4, s. 579–597.
- Bortkiewicz A., Szykowska A., Siedlecka J., Makowiec-Dąbrowska T., Gadzicka E. (2020), *Wybrane choroby przewlekłe i ich czynniki ryzyka u nauczycieli*, „Medycyna Pracy”, t. 71, nr 2, s. 221–231.

- Çam M.O. (1992), *Tükenmişlik Envanterinin Geçerlik ve Güvenirliğinin Araştırılması*, VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları (22–25 Eylül), Ankara Hacettepe Üniversitesi VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Düzenleme Kurulu ve Türk Psikologlar Derneği Yayını, s. 155–159.
- Cancio E.J., Larsen R., Mathur S.R., Estes M.B., Johns B., Chang M. (2018), *Special education teacher stress: Coping strategies*, „Education and Treatment of Children”, vol. 41, no. 4, s. 457–482.
- Chan V.K.Y., Chai Y., Chan S.S.M., Luo H., Jit M., Knapp M., Bis-hai D.M., Ni M.Y., Wong I.C.K., Li X. (2024), *Impact of COVID-19 pandemic on depression incidence and healthcare service use among patients with depression: An interrupted time-series analysis from a 9-year population-based study*, „BMC Medicine”, vol. 22, issue 1, 169, <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03386-z>.
- Danauskė E., Raišienė A.G., Korsakienė R. (2023), *Coping with burnout? Measuring the links between workplace conflicts, work-related stress, and burnout*, „Business: Theory and Practice”, vol. 24, issue 1, s. 58–69, <https://doi.org/10.3846/btp.2023.16953>.
- Dawidziuk K., Wojciechowska M., Lishchynskyy Y., Kopański Z., Marczewska S., Uracz W. (2011), *Istota wypalenia zawodowego*, „Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue”, no. 1, s. 23–25.
- Fabella F.E.T., Dela Paz-Aller R.A. (2023), *Optimism as a mitigator of burnout: the relationship between optimism and burnout among selected teachers*, „International Research Journal of Modernization in Engineering Technology and Science”, vol. 5, issue 2, s. 414–420, <https://www.doi.org/10.56726/IRJMETS33431>.
- Freudenberger H.J. (1989), *Burnout: Past, Present, and Future Concerns*, „Loss, Grief & Care”, vol. 3, issue 1–2, s. 1–10, [https://doi.org/10.1300/J132v03n01\\_01](https://doi.org/10.1300/J132v03n01_01).
- Gramlewicz M. (2012), *Zjawisko wypalenia zawodowego wśród pracowników zajmujących się pracą socjalną*, „Społeczeństwo i Edukacja. Międzynarodowe Studia Humanistyczne”, nr 1, s. 449–465.
- Herman K.C., Reinke W.M. (2014), *Stress management for teachers: A proactive guide*, New York.
- Hernando-Malipot M. (2021), *‘Overworked, undersupported, stressed out’ teachers seek help from the gov’t*, „Manila Bulletin”, 29.04, <https://mb.com.ph/2021/04/29/overworked-undersupported-stressed-out-teachers-seek-help-from-the-govt> [dostęp: 10.05.2022].
- ICD-10 (2019), *Chapter V: Mental and behavioural disorders (F00-F99)*, [w:] *International Statistical Classification of Diseases and Related*

- Health Problems*, 10<sup>th</sup> revision, <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/V> [dostęp: 17.10.2024].
- ICD-11 (2022), QD85 *Burnout*, [w:] *International Classification of Diseases*, 11<sup>th</sup> revision, <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#129180281> [dostęp: 17.10.2024].
- Jansson A. (2020), *Melancholia and Depression*, [w:] *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*, 30.04, <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190236557.013.623>.
- Kebbi M., Al-Hroub A. (2018), *Stress and Coping Strategies Used by Special Education and General Classroom Teachers*, „International Journal of Special Education”, vol. 33, no. 1, s. 34–61.
- Klimek A. (2022), *Perfekcjonizm a wypalenie zawodowe i depresja w grupie managerów*, praca magisterska, promotor: dr hab. K. Golonka, Wydział Zarządzania i Komunikacji Społecznej, Uniwersytet Jagielloński.
- Kula-Lic J. (2009), *Problem wypalenia zawodowego u nauczycieli szkół specjalnych jako wyzwanie na współczesne czasy*, „Społeczeństwo i Rodzina”, nr 3, s. 76–87.
- Kulikowski K. (2022), *Wypalenie zawodowe – fakty, mity, kontrowersje*, [https://www.researchgate.net/publication/359250662\\_Wypalenie\\_zawodowe\\_-\\_fakty\\_mity\\_kontrowersje](https://www.researchgate.net/publication/359250662_Wypalenie_zawodowe_-_fakty_mity_kontrowersje) [dostęp: 3.10.2024].
- Maslach C. (1978), *Job Burnout—How People Cope*, „Public Welfare”, vol. 36, issue 2, s. 56–58.
- Maslach C. (2003), *Job Burnout: New Directions in Research and Intervention*, „Current Directions in Psychological Science”, vol. 12, issue 5, s. 189–192.
- Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. (2001), *Job burnout*, „Annual Review Psychology”, vol. 52, issue 1, s. 397–422.
- Markelj N., Kovač M., Jurak G. (2023), *The dynamics of burnout among Slovenian primary school teachers over the school year in relation to their perceptions of various predictors of burnout in the school context*, „Frontiers in Psychology”, vol. 14, 1108322.
- Marshall D.T., Love S.M., Shannon D.M., Neugebauer N.M. (2022), *Burnout, Workload, and Morale: Describing Teacher Experiences at the Conclusion of a Pandemic Year*, Preprint, <https://doi.org/10.31235/osf.io/cnxp6>.
- Millacci T.S. (2021), *Teacher Burnout: 4 warning signs & how to prevent it*, PositivePsychology.com, 21.11, <https://positivepsychology.com/teacher-burnout> [dostęp: 16.09.2024].

- Mirzoyanm V.K., Mikaelyan M.Y. (2022), *Factors of the manifestation of professional burnout and efficiency of teachers in online learning*, „Modern Psychology”, vol. 5, no. 1(10), s. 83–91, <https://doi.org/10.46991/SBMP/2022.5.1.083>.
- Nowak K. (2021), *Nasilenie stresu i style radzenia sobie z nim u nauczycieli w epidemii COVID-19*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J”, vol. 34, nr 3, s. 7–24, <https://doi.org/10.17951/j.2021.34.3.7-242b>.
- Orlikowska M., Cholewa-Trybuła A. (2018), *Trudności pedagogów specjalnych w pracy z dzieckiem niepełnosprawnym intelektualnie*, „Szkoła – Zawód – Praca”, nr 16, s. 101–108.
- Papuda-Dolińska B. (2017), *Trudności wychowawcze w przypadku uczniów z niepełnosprawnością wzorku w szkołach ogólnodostępnych, integracyjnych i specjalnych*, „Lubelski Rocznik Pedagogiczny”, t. 36, z. 2, s. 75–85, <https://doi.org/10.17951/lrp.2017.36.2.75>.
- Pater P., Zubel M. (2019), *Wizerunek nauczyciela na przestrzeni lat*, „Edukacja – Technika – Informatyka”, t. 27, nr 1, s. 42–47.
- Pisula E., Pankowski D., Nowakowska I., Banasiak A., Wytrychiewicz-Pankowska K., Markiewicz M., Jórczak A. (2020), *Nauczyciele w sytuacji powrotu do szkół w czasie pandemii SARS-CoV-2. Raport z badań przeprowadzonych od 10 września do 10 października 2020*, Open Science Framework, <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/6ZNCCE>.
- Plichta P. (2014), *Obciążenia zawodowe pedagogów specjalnych pracujących z uczniami niepełnosprawnymi intelektualnie*, „Medycyna Pracy”, t. 65, nr 2, s. 239–250.
- Pyżalski J. (2010), *Podstawowe informacje dotyczące metodologii przeprowadzonych badań*, [w:] *Psychospołeczne warunki pracy polskich nauczycieli. Pomiędzy wypaleniem zawodowym a zaangażowaniem*, red. J. Pyżalski, D. Merecz, Kraków, s. 13–22.
- Santinello M. (2014), *LBQ Kwestionariusz wypalenia zawodowego: podręcznik*, tłum. A. Jaworowska, Warszawa.
- Seferoğlu S.S., Yıldız H., Yücel Ü.A. (2014), *Öğretmenlerde tükenmişlik: Tükenmişliğin göstergeleri ve bu göstergelerin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi*, „Eğitim ve Bilim”, vol. 39, no. 174, s. 348–364.
- Selma D. (2021), *An investigation of occupational burnout levels of Turkish EFL teachers by various variables*, „Cypriot Journal of Educational Science”, vol. 16, issue 4, s. 1997–2009.
- Skura M. (2015), *Postawy nauczycieli szkoły specjalnej wobec osób z niepełnosprawnością*, „Szkoła Specjalna”, nr 1, s. 28–46, <https://doi.org/10.5604/0137818x.1140355>.

- Smolińska-Theiss B. (2019), *Nauczyciele wobec zmiany w oświacie – między służbą a oporem*, „Pedagogika Społeczna”, nr 3, s. 293–307.
- Szkutnik-Fiedler D., Grześkowiak E., Wyrowski Ł. (2014), *Ból przewlekły i depresja*, „Farmacja Współczesna”, nr 7, s. 14–17.
- Syper-Jędrzejak M. (2022), *Wypalenie zawodowe wśród pracowników oświaty – metody pomiaru i przegląd badań realizowanych w Polsce*, „e-mentor”, t. 93, nr 1, s. 26–36, <https://doi.org/10.15219/em93.1549>.
- Tucholska S. (2001), *Christiny Maslach koncepcja wypalenia zawodowego: etapy rozwoju*, „Przegląd Psychologiczny”, t. 44, nr 3, s. 301–317.
- Umiałowska D., Gdaniec A. (2016), *Zjawisko wypalenia zawodowego wśród nauczycieli wychowania fizycznego*, „Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Kultura Fizyczna”, t. XV, nr 4, s. 147–156.



**Dominika Zapotoczna**

Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie, Wydział Psychologii, Pedagogiki  
i Nauk Humanistycznych  
<https://orcid.org/0009-0006-5624-6749>

# POZYTYWNE EFEKTY ZASTOSOWANIA TECHNIKI WIZUALIZACJI U PACJENTÓW SOMATYCZNYCH

## Streszczenie

Wizualizacja wykorzystuje naturalną zdolność jednostki do tworzenia wyobrażeń i może być stosowana jako wspomagająca metoda rozwoju osobistego jednostki – zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Niniejsze opracowanie zestawia wybrane badania nad związkiem stosowania techniki wyobraźniowej w pracy z pacjentami somatycznymi, np. z chorobami nowotworowymi czy z pacjentami bólowymi. Przedstawiono również przypadek zawodniczki, której trening wyobraźniowy pozwolił wyeliminować dolegliwości fizyczne oraz psychologiczne po doznanej kontuzji.

**Słowa kluczowe:** wizualizacja, trening wyobraźniowy, trening mentalny, psychologia sportu, psychosomatyka

## Positive effects of using visualization techniques with somatic patients

### Abstract

Visualization uses the natural ability of the individual to create images and can be used as a supportive method of personal development of the individual – both physical and mental. This article summarizes selected studies on the relationship between the use of the imagery technique in working with somatic patients, such as cancer or pain patients. The case of a female athlete whose

mental training allowed to eliminate physical and psychological ailments after an injury was also presented.

**Key words:** visualization, imagery training, mental training, sports psychology, psychosomatics

## Wprowadzenie

Gdyby poproszono nas o to, abyśmy pomyśleli o domu, to każdy ma pewną konkretną mentalną reprezentację tego, co on dla danej osoby oznacza, a także to, jak wygląda. Myśląc o domu, możemy przywoływać konkretne wspomnienia, obrazy i uczucia. Równie dobrze możemy zacząć snuć plany dotyczące tego, jak chcielibyśmy, aby nasz dom wyglądał albo jaki był – w kontekście np. atmosfery. Dla jednych może to być przytulny domek na skraju lasu, skąpany w zieleni i kwiatach, dla innych nowoczesny apartament z widokiem na panoramę miasta. Możliwości jest wiele.

Wizualizowanie, czyli posługiwanie się obrazami mentalnymi, jest umiejętnością, którą wykorzystujemy na co dzień: przywołując zapach świeżego pieczywa, dźwięk kapiącej z kranu wody czy obraz ukochanej osoby. Równie dobrze możemy wyobrazić sobie przejażdżkę różowego słonia na czterokołowym zielonym rowerze po parku, w którym drzewa i krzewy zamiast liści mają watę cukrową. Choć opisana sytuacja jest dość abstrakcyjna, to jesteśmy w stanie z mniejszą lub większą wyrazistością i liczbą detali zobaczyć tę scenę – wiemy jak wygląda słoń, jak się jeździ na rowerze oraz jaka jest wata cukrowa. Te reprezentacje tworzą swoisty bank danych sensualnych, behawioralnych oraz afektywnych, z którego swobodnie możemy korzystać przy odtwarzaniu lub tworzeniu wizualizacji (wyobrażeń), co zwiększa ich plastyczność oraz realność. Zatem w wyobraźni nie ma rzeczy niemożliwych.

Celem niniejsze pracy jest zaprezentowanie szerokich możliwości, które daje wykorzystanie treningu wyobrażeniowego w pracy z pacjentami w zakresie np. radzenia sobie z bólem czy przywracania sprawności po zabiegach medycznych.

## Teoria podwójnego kodowania

Słyszac lub widzac slowo „jablko”, w naszym umyśle nie tyle pojawia się słownikowa definicja tego owocu, ile pewne wrażenia, takie jak jego: kształt, kolor, być może również smak lub twardość. Wyjaśnień dotyczących pojawiania się tego szeregu informacji na temat wybranego obiektu dostarcza teoria podwójnego kodowania opracowana przez Allana Paivia w latach 70. XX w., która w wyniku prowadzenia dalszych badań została zrewidowana oraz uzupełniona o nowe elementy.

Według Paivia (1990) poznawcze kodowanie informacji dzieli się na dwa podsystemy, z których jeden odpowiedzialny jest za dane werbalne (język), drugi zaś za dane niewerbalne (symboliczne) uznane później przez Paivia za system wizualizacji. Ten ostatni zawiera reprezentacje sensoryczne właściwości przedmiotów (takie jak wygląd, zapach, smak, dotyk, dźwięk), relacje i możliwości działania, które składają się na modalność informacji ze środowiska. Oba systemy różnią się złożonością danych oraz funkcjonalnością – choć działają niezależnie od siebie, są paralelne. Co więcej, aktywują się wzajemnie, co zwiększa dostęp do kodowanych informacji. Zatem gdy jeden kod zostanie zapomniany, możliwe jest dotarcie do danego elementu pamięci przez wykorzystanie innych kodów.

Ta sieć informacji pozwala jednostce nie tylko na dostępność poznawczą danych aspektów wybranego obiektu czy działania, lecz także daje szansę tworzenia połączeń tych właściwości w nową jakość.

## Definicja wizualizacji

Wizualizacja jest jednym z narzędzi stosowanych przez psychotherapeutów i psychologów (Lazarus 2000). Tworząc wizualizację, możemy zaangażować wszystkie odczucia zmysłowe, takie jak odczucie ruchu, zapach czy dźwięk, zatem nie dotyczy ona wyłącznie wrażeń wizualnych, co może sugerować nazwa. Toteż wizualizując wyżej wspomnianego słonia na przejażdżce, moglibyśmy usłyszeć skrzypienie pedałów zielonego roweru, poczuć smak lub zapach waty cukrowej albo chropowatość skóry zwierzęcia, jeżeli kiedyś go dotykaliśmy.

Celem wizualizacji jest zmiana przez świadome i zależne od woli jednostki tworzenie wyobrażeń zmysłowych (Fanning 1988). Na aspekt wolicjonalności wskazuje także Margherita Arcangeli (2020), zaznaczając, że wyobrażenia mogą mieć charakter mimowolny i spontaniczny, gdy zostaną zaktywizowane przez skojarzenia lub wydarzenia zewnętrzne (Pearson, Westbrook 2015). Nieco inaczej definiuje ją Gerald Epstein (1989), który podaje, że wizualizowanie jest dążeniem człowieka ku wolności. Wizualizacja pozwala skorzystać z umiejętności tworzenia, dzięki czemu człowiek może przejść od tego, co jest mu znane, do tego, co nowe. Dążenie ku wolności w kontekście psychologicznym można rozumieć jako przekraczanie własnych granic czy pokonywanie słabości, które mogą ograniczać rozwój potencjału osobistego jednostki.

Jan Młodkowski definiuje wizualizację w dwojaki sposób:

[1] proces psychiczny polegający na reprodukcji śladu pamięciowego w postaci obrazowej i wizualnym kodzie w celu transformacji wyobrażeńiowych (można ją zatem utożsamiać z funkcją intuicyjną wyobraźni); [2] czynność wyobrażania kierowana programem: technika twórczego, dydaktycznego bądź terapeutycznego wykorzystania wyobraźni, głównie w modalności wizualnej, polegająca na przekształcaniu poleceń słownych na możliwie zasadnie kojarzące się z nimi obrazy oraz generowane przez nie emocje (Młodkowski 1998, s. 394).

Na wizualizację jako celowy proces aktywizowania doświadczeń percepcyjnych i emocjonalnych wskazuje François J. Paul-Cavallier (2009). Celem takiego działania jest wykorzystanie zgromadzonych przez jednostkę zasobów psychicznych do tworzenia oraz realizowania planów, a zatem wizualizowanie to nie tylko wolicjonalne kształtowanie wizji celu z wykorzystaniem elementów emocjonalnych oraz sensorycznych, ale również realizacja tego celu i podejmowanie konkretnych działań w tym kierunku.

Najpełniejszą, zdaniem autorki niniejszego opracowania, definicję wizualizacji, stanowiącą niejako syntezę definicji przytoczonych powyżej, przedstawia Simons. Według tego badacza wizualizacja ma zarówno charakter twórczy, jak i odtwórczy, zatem jednostka może się odwoływać do swoich uprzednich doświadczeń, ale także budować całkiem nowe wyobrażenia. Proces ten podlega kontroli przez podmiot i angażuje elementy sensoryczne, percepcyjne

i emocjonalne. Podaje on również, że wizualizacja może się odbyć także pod nieobecność rzeczywistych bodźców utożsamianych z rzeczywistymi obiektami lub doświadczeniami (Simons 2000 za: Morris, Spittle, Watt 2005).

Praca z wizualizacją, czyli wyobrażeniami lub techniką wyobrażeniową, może stanowić ważne narzędzie wspierające szeroko rozumiany rozwój jednostki. Poza treningiem mentalnym w sporcie czy biznesie, w psychoterapii ma zastosowanie w pracy z pacjentami somatycznymi, na co wskazują liczne badania.

### **Badania nad zastosowaniem wizualizacji u pacjentów somatycznych**

Ze względu na subiektywny charakter tworzonych obrazów mentalnych (Parra 2015; Rosario, Leite 2015) wizualizacja może być odbierana jako zjawisko paranaukowe czy też mistyczne (Parra 2015), a z całą pewnością wskazuje na potencjalnie duże różnice indywidualne w tworzeniu wizualnych reprezentacji (Bourget 2017; Murray i in. 2016; Ceja, Franconeri 2023). Co więcej, stosowanie tej techniki jest niemożliwe w przypadku pracy z pacjentami dotkniętymi afantazją, którzy nie są w stanie utworzyć wizualnych obrazów mentalnych (Whiteley 2021; Blomkvist 2023). Pomimo tych ograniczeń rozwój neuronauki i technik pomiarowych sprawił, że technika wyobrażeniowa została uznana za skuteczną metodę pracy korzystnie działającą na zdrowie psychiczne jednostki (Weller 2016; Catenacci i in. 2016), stosowaną w edukacji, sporcie czy medycynie (Weller 2016). Mając na względzie powyższe ograniczenia omawianej techniki oraz potencjalny sceptycyzm co do jej skuteczności, należy przejść do przeglądu badań dokumentujących efekty stosowania techniki wizualizacji oraz płynących z tego korzyści dla pacjentów.

Zastosowanie techniki wyobrażeniowej wpływa na redukcję poziomu lęku oraz intensywności bólu doświadczanych zarówno przez dorosłych (Abdoli i in. 2012; Berna i in. 2011; Burhenn i in. 2014; Nooner i in. 2016; Zech i in. 2017; Patricolo i in. 2017), jak i przez dzieci (Weydert i in. 2006; Vagnoli i in. 2019). Andrew L. Alden, J. Alexander Dale i Douglas E. DeGood (2001) prosili osoby badane, aby wsadziły rękę do zimnej wody. Poza poziomem odczuwanego bólu mierzono także reakcje fizjologiczne badanych.

Okazało się, że u osób, u których zastosowano wizualizację, ocena poziomu odczuwanego bólu była niższa, niż u osób z grupy kontrolnej. Na podstawie analizy reakcji fizjologicznych badacze wywnioskowali, że w tym przypadku odczuwanie bólu nie jest związane z fizjologicznymi mediatorami odpowiedzialnymi za odczuwanie bólu, ale z aspektem poznawczym. Podobne rezultaty uzyskali Leonard S. Milling i współpracownicy (2005), którzy grupie badanych indukowali ból za pomocą stymulatora bólu. Zaobserwowano, że po zastosowaniu sugestii wyobrażeniowych, odczucie bólu uległo redukcji i nie było ono związane z podatnością na sugestie osób badanych. Pacjentów z trądem, którzy cierpią z powodu bólu fizycznego oraz obniżenia ich dobrostanu psychicznego, przydzielono do dwóch grup. Grupa kontrolna miała za zadanie wykonywać ćwiczenia aerobowe, natomiast pacjenci z grupy eksperymentalnej ćwiczenia aerobowe w połączeniu z wizualizacją. Zaobserwowano, że u pacjentów z drugiej grupy poziom stresu, lęku oraz depresji zmniejszył się w porównaniu z pacjentami, którzy wykonywali tylko ćwiczenia fizyczne (Alisha-Akbar-Dossa, Parag-Shrinivas-Ranade, Rahul-Nagendrasingh-Bisen 2021).

Dokonując przeglądu doniesień naukowych z zakresu wykorzystania techniki wyobrażeniowej, Busra Candiri, Burcu Talu i Gul Oznur Karabicak (2023) skoncentrowali się na wynikach badań z udziałem pacjentów rehabilitacji ortopedycznej oraz neurologicznej z takimi problemami, jak np. ból fantomowy kończyny, przewlekły ból barku, ból patologiczny po zerwaniu splotu ramiennego czy po doznaniu udaru mózgu. Pacjenci byli objęci programami wizualizacji, które trwały od 2 do 8 tygodni. Ich analiza wykazała, że pomimo stosowania różnych skal do oceny bólu oraz bardzo zróżnicowanych przypadków pacjentów, w 14 na 15 badań objętych przeglądem poziom odczuwanego bólu przez osoby badane obniżył się w wyniku stosowania techniki wyobrażeniowej. Co więcej, K. MacIver i współpracownicy (2008) wskazują wizualizację jako proste i efektywne narzędzie dla pacjentów z bólami fantomowymi.

Iqra Muveen i Waqar Afzal (2020) przeprowadzili badania z udziałem pacjentów po udarze w wieku 55–75 lat, których objęto 10-tygodniowym treningiem wyobrażeniowym, mającym na celu poprawienie sprawności rąk. Wyniki pokazały, że zastosowanie

przez pacjentów wizualizacji istotnie poprawiło ich sprawność. Co więcej, na podstawie zebranych danych badacze stwierdzili, że nie występuje korelacja pomiędzy wiekiem badanych a ich zdolnością do tworzenia obrazów wewnętrznych. Uzyskane wyniki badań naukowych wyraźnie wskazują, że wizualizacja jest skutecznym i bezpiecznym narzędziem wspierającym rehabilitację ruchową, które poprawia funkcjonalność i zakres ruchu pacjentów (Lebon, Guillot, Collet 2012; Grabherr i in. 2015; Zapparoli i in. 2020; Choi, Yang, Ma 2022; Nanbancha, Mawhinney, Sinsuri 2023).

W wyniku stosowania treningu wyobraźniowego jako narzędzia komplementarnego ze standardowymi procedurami medycznymi zaobserwowano obniżenie lęku przed zabiegiem operacyjnym (Gonzales i in. 2010; Billquist i in. 2018), a także lepsze radzenie sobie z bólem u pacjentów po operacjach (Quinn 2019; Zengin Aydın, Doğan 2023). Co więcej, wizualizacja pozwala przygotować kobiety w ciąży do porodu, obniżając u nich poziom lęku i budując pozytywny obraz tego doświadczenia (Schardt 2003; Naparstek 2007; Favrod i in. 2018), może także zmniejszyć intensywność dolegliwości związanych z nudnościami i wymiotami (Shakiba i in. 2019).

Liz Roffe, Katja Schmidt i Edzard Ernst (2005) na podstawie wyników prowadzonych przez siebie badań stwierdzili, że stosowanie wizualizacji poprawia komfort oraz stanowi swego rodzaju dodatkowe wsparcie psychologiczne u pacjentów z nowotworami, ale nie wykazali jej wpływu na symptomy fizyczne, takie jak wymioty czy nudności. Dalsze badania dostarczyły jednak dowodów na to, że w wyniku stosowania techniki wyobraźniowej przez pacjentów z nowotworami, te dolegliwości stają się mniej dokuczliwe, jak również poziom odczuwanego przez nich lęku obniża się i rzadziej cierpią oni na bezsenność (León-Pizarro i in. 2007; Mahdizadeh i in. 2019).

Wizualizacja może być skutecznym narzędziem pomocniczym w leczeniu pacjentów z Parkinsonem (Schlesinger i in. 2014), nadwagą (Hattar, Hagger, Pal 2015; Marszał-Wiśniewska, Jarczewska-Gerc 2016), nieswoistym zapaleniem jelit (Mizrahi i in. 2012), astmą (Dobson i in. 2005) oraz w przygotowaniu pacjentów do zabiegów dermatologicznych (Shenefelt 2013).

Powyższy przegląd badań z zakresu stosowania wizualizacji wskazuje na skuteczność tej techniki we wspieraniu pacjentów zarówno na poziomie fizycznym, jak i psychologicznym. Zróżnicowane grupy badanych oraz uzyskiwane wyniki pozwalają stwierdzić, że jest to bezpieczne narzędzie, które odpowiednio dostosowane do potrzeb pacjenta, może znacząco wpłynąć na jego dobrostan i efekty leczenia.

## Opis przypadku

Oddziaływanie treningiem wyobraźeniowym zastosowano u 21-letniej zawodniczki uprawiającej zawodowo sport indywidualny. W połowie lutego 2021 r. zawodniczka uległa wypadkowi w trakcie treningu, który skutkowało otwartym złamaniem kości podudzia lewego. Tego samego dnia przeprowadzono u niej operację, w trakcie której zastosowano metodę gwoźdźcia śródszpikowego. Zgodnie z zaleceniami lekarzy rehabilitacja rozpoczęła się już w drugiej dobie po operacji, aby kobieta mogła jak najszybciej wrócić do sprawności i regularnych treningów, przygotowujących ją do startów. W ramach rehabilitacji zawodniczka 2–3 razy w tygodniu wykonywała zlecone ćwiczenia samodzielnie w domu oraz 2–3 razy w tygodniu uczęszczała na zajęcia rehabilitacyjne na basenie. Była pod stałą opieką rehabilitanta i lekarza sportowego. W tabeli 1 przedstawiono dolegliwości fizyczne oraz psychologiczne, których zawodniczka doświadczała po doznaniu kontuzji.

Tabela 1. Dolegliwości w okresie pooperacyjnym przed rozpoczęciem treningu wyobraźeniowego

Dolegliwości fizyczne	Dolegliwości psychologiczne
<ul style="list-style-type: none"> <li>– zawroty głowy,</li> <li>– zasłabnięcia,</li> <li>– permanentny ból lewej kończyny dolnej oraz opuchlizna,</li> <li>– brak czucia powierzchniowego w wyniku uszkodzenia nerwów w lewym podudziu,</li> <li>– wymioty,</li> <li>– zanik mięśni,</li> <li>– utrata wagi,</li> <li>– wypadanie włosów</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– bezsensowność,</li> <li>– obniżony nastrój,</li> <li>– przeżywanie silnych negatywnych emocji,</li> <li>– brak motywacji,</li> <li>– brak apetytu,</li> <li>– lęk przed obciążaniem kontuzjowanej kończyny,</li> <li>– odczucie odcięcia lewej nogi poniżej kolana od reszty ciała</li> </ul>

Źródło: opracowanie własne.

Po kilku miesiącach od wypadku u zawodniczki zdiagnozowano początki stanów zwyrodnieniowych w stawach prawej kończyny w wyniku nadmiernego jej obciążania. Z uwagi na uciążliwość dolegliwości fizycznych i psychologicznych pod koniec lipca 2022 r. zawodniczce wprowadzono trening wyobrażeniowy Jego celem było obniżenie napięcia psychologicznego, poziomu lęku oraz przywrócenie czucia głębokiego w lewej kończynie.

Już po tygodniu od momentu rozpoczęcia treningu wyobrażeniowego u zawodniczki zaobserwowano progres w wysokości podskoku, który w lipcu 2022 r. wynosił 11 cm, a końcem sierpnia 22 cm. W tym samym czasie dokonano pomiaru wskoku na skrzynię z rezultatem 70 cm (wcześniej kobieta odmawiała wskakiwania na wyższe obiekty takie jak step czy skrzynia). W przeciągu kolejnych miesięcy zawodniczka wskazała na ustąpienie dolegliwości psychologicznych, w tym lęku przed obciążaniem kontuzjowanej kończyny oraz częściowy powrót czucia powierzchniowego w kontuzjowanej nodze. Co więcej, poziom motywacji do treningów wzrósł, poziom lęku przed obciążaniem kontuzjowanej kończyny obniżył się, a zawodniczka skuteczniej radziła sobie z doświadczanymi emocjami. Uczucie odcięcia lewej dolnej kończyny poniżej kolana od reszty ciała utrzymywało się, co mogło być spowodowane podrażnianiem tkanek miękkich przez pręt śródszpikowy – zawodniczka zgłaszała jego odczuwanie. Wyciągnięcie pręta wiązałoby się z interwencją chirurgiczną, na którą kobieta nie chciała się decydować.

Opisany przypadek pokazuje skuteczność stosowania techniki wyobrażeniowej w poprawie jakości życia zawodniczki, daje również możliwość dalszego rozwijania kariery sportowej.

## Podsumowanie

Wizualizacja jest techniką, która z powodzeniem może być wykorzystywana przez personel medyczny, psychologów, terapeutów i fizjoterapeutów. Prostota, bezpieczeństwo i skuteczność tej techniki sprawia, że może być ona dostępna dla szerokiej rzeszy pacjentów, zmagających się z różnymi dolegliwościami oraz chorobami. W relatywnie krótkim czasie pozwala podnieść poziom komfortu oraz dobrostanu zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Umiejętne

dobranie programu odpowiadającego na potrzeby pacjentów oraz osób z nimi współpracujących otwiera nowe perspektywy pomocy i wsparcia, daje też nadzieję na realną poprawę jakości ich życia.

## Bibliografia

- Abdoli S., Rahzani K., Safaie M., Sattari A. (2012), *A randomized control trial: the effect of guided imagery with tape and perceived happy memory on chronic tension type headache*, „Scandinavian Journal of Caring Sciences”, vol. 26, issue 2, s. 254–261.
- Alden A.L., Dale J.A., DeGood D.E. (2001), *Interactive Effects of the Affect Quality and Directional Focus of Mental Imagery on Pain Analgesia*, „Applied Psychophysiology and Biofeedback”, vol. 26, issue 2, s. 117–126.
- Alisha-Akbar-Dossa, Parag-Shrinivas-Ranade, Rahul-Nagendrasingh-Bisen (2021), *Effect of mental imagery on depression, anxiety and stress in institutionalised leprosy patients – An experimental study*, „World Journal of Advanced Research and Reviews”, vol. 12, issue 3, s. 296–303.
- Arcangeli M. (2020), *The Two Faces of Mental Imagery*, „Philosophy and Phenomenological Research”, vol. 101, issue 2, s. 304–322.
- Berna C., Vincent K., Moore J., Tracey I., Goodwin G.M., Holmes E.A. (2011), *Presence of Mental Imagery Associated with Chronic Pelvic Pain: A Pilot Study*, „Pain Medicine”, vol. 12, issue 7, s. 1086–1093.
- Billquist E.J., Michelfelder A., Brincat C., Brubaker L., Fitzgerald C.M., Mueller E.R. (2018), *Pre-operative guided imagery in female pelvic medicine and reconstructive surgery: a randomized trial*, „International Urogynecology Journal”, vol. 29, issue 8, s. 1117–1122.
- Blomkvist A. (2023), *Aphantasia: In search of a theory*, „Mind & Language”, vol. 38, issue 3, s. 866–888.
- Bourget D. (2017), *Why Are Some Phenomenal Experiences ‘Vivid’ and Others ‘Faint’? Representationalism, Imagery, and Cognitive Phenomenology*, „Australasian Journal of Philosophy”, vol. 95, issue 4, s. 673–687.
- Burhenn P.S., Olausson J., Villegas G., Kravits K. (2014), *Guided Imagery For Pain Control*, „Clinical Journal of Oncology Nursing”, vol. 18, no. 5, s. 501–503.
- Candiri B., Talu B., Karabicak G.O. (2023), *Graded motor imagery in orthopedic and neurological rehabilitation: A systematic review of*

- clinical studies*, „Journal of Surgery and Medicine”, vol. 7, issue 5, s. 347–354.
- Catenacci K.L., Harris B.S., Langdon J.L., Scott M.K., Czech D.R. (2016), *Using a MG-M Imagery Intervention to Enhance the Sport Competence of Young Special Olympics Athletes*, „Journal of Imagery Research in Sport and Physical Activity”, vol. 11, issue 1, s. 1–12.
- Ceja C.R., Franconeri S.L. (2023), *Difficulty limits of visual mental imagery*, „Cognition”, vol. 236, 105436.
- Choi J.-B., Yang S.-W., Ma S.-R. (2022), *The Effect of Action Observation Combined with Motor Imagery Training on Upper Extremity Function and Corticospinal Excitability in Stroke Patients: A Randomized Controlled Trial*, „International Journal of Environmental Research and Public Health”, vol. 19, no. 19, 12048.
- Dobson R.L., Bray M.A., Hejle T.J., Theodore L.A., Peck H.L. (2005), *Relaxation And Guided Imagery As An Intervention For Children With Asthma: A Replication*, „Psychology in the Schools”, vol. 42, issue 7, s. 707–720.
- Epstein G. (1989), *Uzdrowienie przez wizualizację. Sposoby pozytywnego oddziaływania na własne zdrowie*, tłum. U. Zielińska, Poznań.
- Fanning P. (1988), *Visualization for Change. A Step-by-Step Guide to Using Your Powers of Imagination for Self-Improvement, Therapy, Healing & Pain Control*, preface C.N. Shealy, Oakland, CA.
- Favrod C., Holmes E.A., Vial Y., Harari M.M., Horsch A. (2018), *Spontaneous childbirth-related mental images among pregnant women: a mixed-method study*, „Journal of Reproductive and Infant Psychology”, vol. 36, issue 4, s. 393–405.
- Gonzales E.A., Ledesma R.J.A., McAllister D.J., Perry S.M., Dyer C.A., Maye J.P. (2010), *Effects of guided imagery on postoperative outcomes in patients undergoing same-day surgical procedures: a randomized, single-blind study*, „AANA Journal”, vol. 78, no. 3, s. 181–188.
- Grabherr L., Jola C., Berra G., Theiler R., Mast F.W. (2015), *Motor imagery training improves precision of an upper limb movement in patients with hemiparesis*, „NeuroRehabilitation”, vol. 36, no. 2, s. 157–166.
- Hattar A., Hagger M.S., Pal S. (2015), *Weight-loss intervention using implementation intentions and mental imagery: a randomised control trial study protocol*, „BMC Public Health”, vol. 15, 196.
- Lazarus A. (2000), *Wyobrażenia w psychoterapii*, tłum. M. Przyłipiak, Gdańsk.
- Lebon F., Guillot A., Collet C. (2012), *Increased Muscle Activation Following Motor Imagery During the Rehabilitation of the Anterior*

- Cruciate Ligament*, „Applied Psychophysiology and Biofeedback”, vol. 37, issue 1, s. 45–51.
- León-Pizarro C., Gich I., Barthe E., Rovirosa A., Farrús B., Casas F., Verger E., Biete A., Craven-Bartle J., Sierra J., Arcusa A. (2007), *A randomized trial of the effect of training in relaxation and guided imagery techniques in improving psychological and quality-of-life indices for gynecologic and breast brachytherapy patients*, „Psychooncology”, vol. 16, issue 11, s. 971–979.
- MacIver K., Lloyd D.M., Kelly S., Roberts N., Nurmikko T. (2008), *Phantom limb pain, cortical reorganization and the therapeutic effect of mental imagery*, „Brain”, vol. 131, issue 8, s. 2181–2191.
- Mahdizadeh M.J., Tirgari B., Abadi O.S.R.R., Bahaadinbeigy K. (2019), *Guided Imagery: Reducing anxiety, depression, and selected side effects associated with chemotherapy*, „Clinical Journal of Oncology Nursing”, vol. 23, no. 5, s. 87–92.
- Marszał-Wiśniewska M., Jarczewska-Gerc E. (2016), *Role of Mental Simulations in the Weight Loss Process*, „The Journal of Psychology”, vol. 150, issue 1, s. 1–14.
- Milling L.S., Kirsch I., Allen G.J., Reutenauer E.L. (2005), *The Effects of Hypnotic and Nonhypnotic Imaginative Suggestion on Pain*, „Annals of Behavioral Medicine”, vol. 29, issue 2, s. 116–127.
- Mizrahi M.C., Reicher-Atir R., Levy S., Haramati S., Wengrower D., Israeli E., Goldin E. (2012), *Effects of guided imagery with relaxation training on anxiety and quality of life among patients with inflammatory bowel disease*, „Psychology and Health”, vol. 27, issue 12, s. 1463–1479.
- Młodkowski J. (1998), *Aktywność wizualna człowieka*, Warszawa.
- Morris T., Spittle M., Watt A.P. (2005), *Imagery in Sport*, Champaign, IL.
- Murray M.M., Lewkowicz D.J., Amedi A., Wallace M.T. (2016), *Multisensory Processes: A Balancing Act across the Lifespan*, „Trends in Neurosciences”, vol. 39, issue 8, s. 567–579.
- Muveen I., Afzal M.W. (2020), *Correlation Between Age of Stroke Patients and Mental Imagery to Improve Hand Function*, „Pakistan Journal of Physical Therapy”, vol. 3, issue 4, s. 28–31.
- Nanbancha A., Mawhinney C., Sinsurin K. (2023), *The effect of motor imagery and action observation in the rehabilitation of lower limb injuries: A scoping review*, „Clinical Rehabilitation”, vol. 37, issue 2, s. 145–161.
- Naparstek B. (2007), *Guided Imagery: A Best Practice for Pregnancy and Childbirth*, „International Journal of Childbirth Education”, vol. 22, issue 3, s. 4–8.

- Nooner A.K., Dwyer K., DeShea L., Leo T.P. (2016), *Using Relaxation and Guided Imagery to Address Pain, Fatigue, and Sleep Disturbances: A Pilot Study*, „Clinical Journal of Oncology Nursing”, vol. 20, no. 5, s. 547–552.
- Paivio A. (1990), *Mental Representations: A Dual Coding Approach*, New York–Oxford.
- Parra A. (2015), *Seeing rare things with the mind's eye: Visual imagery vividness and paranormal/anomalous experiences*, „Australian Journal of Parapsychology”, vol. 15, issue 1, s. 37–51.
- Patricolo G.E., LaVoie A., Slavin B., Richards N.L., Jagow D., Armstrong K. (2017), *Beneficial Effects of Guided Imagery or Clinical Massage on the Status of Patients in a Progressive Care Unit*, „Critical Care Nurse”, vol. 37, issue 1, s. 62–69.
- Paul-Cavallier F.J. (2009), *Wizualizacja: od obrazu do działania*, tłum. A. Suchańska, wyd. 2 uzup. i popr., Poznań.
- Pearson J., Westbrook F. (2015), *Phantom perception: voluntary and involuntary non-retinal vision*, „Trends in Cognitive Sciences”, vol. 19, issue 5, s. 278–284.
- Roffe L., Schmidt K., Ernst E. (2005), *A systematic review of guided imagery as an adjuvant cancer therapy*, „Psycho-Oncology”, vol. 14, issue 8, s. 607–617.
- Rosario J.L., Leite J.R. (2015), *Can A Single Imagery Session Positively Change Sense of Wellbeing?*, „International Journal of Psychology and Psychoanalysis”, vol. 1, issue 1, 006.
- Schardt D. (2003), *Guided Imagery: Teaching Strategies for the Childbirth Educator*, „International Journal of Childbirth Education”, vol. 18, issue 4, s. 10–12.
- Schlesinger I., Benyakov O., Erikh I., Nassar M. (2014), *Relaxation Guided Imagery Reduces Motor Fluctuations in Parkinson's Disease*, „Journal of Parkinson's Disease”, vol. 4, no. 3, s. 431–436.
- Shakiba M., Parsi H., Pahlavani Shikhi Z., Navidian A. (2019), *The Effect of Psycho-Education Intervention Based on Relaxation Methods and Guided Imagery on Nausea and Vomiting of Pregnant Women*, „Journal of Family and Reproductive Health”, vol. 13, no. 1, s. 47–55.
- Shenefelt P.D. (2013), *Anxiety Reduction Using Hypnotic Induction and Self-Guided Imagery For Relaxation During Dermatologic Procedures*, „International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis”, vol. 61, issue 3, s. 305–318.
- Quinn C. (2019), *Guided imagery: An effective pain management tool for total joint replacement?*, „Nursing”, vol. 49, no. 10, s. 57–59.

- Vagnoli L., Bettini A., Amore E., De Masi S., Messeri A. (2019), *Relaxation-guided imagery reduces perioperative anxiety and pain in children: a randomized study*, „European Journal of Pediatrics”, vol. 178, issue 6, s. 913–921.
- Weller J.M. (2016), *Improving procedural performance through warm-up and mental imagery*, „British Journal of Anaesthesia”, vol. 116, issue 3, s. 315–317.
- Weydert J.A., Shapiro D.E., Acra S.A., Monheim C.J., Chambers A.S., Ball T.M. (2006), *Evaluation of guided imagery as treatment for recurrent abdominal pain in children: a randomized controlled trial*, „BMC Pediatrics”, vol. 6, 29.
- Whiteley C.M.K. (2021), *Aphantasia, imagination and dreaming*, „Philosophical Studies”, vol. 178, issue 6, s. 2111–2132.
- Zapparoli L., Sacheli L.M., Seghezzi S., Preti M., Stucovitz E., Negri F., Pelosi C., Ursino N., Banfi G., Paulesu E. (2020), *Motor imagery training speeds up gait recovery and decreases the risk of falls in patients submitted to total knee arthroplasty*, „Scientific Reports”, vol. 10, issue 1, 8917.
- Zech N., Hansen E., Bernardy K., Häuser W. (2017), *Efficacy, acceptability and safety of guided imagery/hypnosis in fibromyalgia – A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*, „European Journal of Pain”, vol. 21, issue 2, s. 217–227.
- Zengin Aydın L., Doğan A. (2023), *The Effect of Guided Imagery on Post-operative Pain Management in Patients Undergoing Lower Extremity Surgical Operations. A Randomized Controlled Trial*, „Orthopedic Nursing”, vol. 42, issue 2, s. 105–112.

Dynamicznie zmieniające się wokół nas otoczenie zarówno w wymiarze społecznym, jak i technologicznym wymaga od współczesnego człowieka wysokiej adaptowalności, aby w konsekwencji mógł doświadczać pozytywnej jakości życia. Nie jest to łatwe, ponieważ współcześnie mierzymy się z wielowymiarowymi, złożonymi kontekstowo i kulturowo problemami. Dotykają one wszystkich grup zawodowych, nawet tych, które z definicji profesjonalnie pomagają innym (psychologów, terapeutów, lekarzy różnych specjalizacji itp.), na co uwagę zwracają Autorzy w wielu miejscach tej monografii. W tym znaczeniu jest ona ważna i bardzo potrzebna. Będzie cenną lekturą nie tylko dla studentów nauk społecznych, medycznych i o zdrowiu, psychologów praktyków, ale także inspiracją do badań dla wielu interdyscyplinarnych środowisk naukowych.

*z recenzji wydawniczej dr. hab. Antoniego Wontorczyka, prof. UJ*

