

Ewa Wilczek-Rużyczka

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego,
Wydział Psychologii, Pedagogiki i Nauk Humanistycznych
<https://orcid.org/0000-0003-2261-8939>

ZDROWIE PSYCHICZNE W OKRESIE PANDEMII COVID-19

Streszczenie

Zdrowie psychiczne związane jest z całym szeregiem doświadczeń człowieka, powiązanych pośrednio lub bezpośrednio ze zdrowiem. Koronawirus, który pojawił się w chińskim mieście Wuhan, swoim zasięgiem szybko objął cały świat i sprawił, że życie zdecydowanej większości ludzi zmieniło się po wybuchu pandemii COVID-19. Chociaż w różny sposób doświadczali oni pandemii, to z perspektywy psychologicznej kojarzy się ona z sytuacją trudną lub stresogenną, co wynika głównie z braku równowagi między wyzwaniem, przed jakim staje człowiek (pracą zdalną, izolacją, utratą dochodów itp.), a zasobami, które pozwalają na radzenie sobie ze stresem.

Problem ten dotyczy również Polaków, u których po wybuchu pandemii w 2020 r. wzrosło poczucie zagrożenia zdrowia i życia, doprowadzając do dwukrotnie większej liczby zachorowań na depresję i częstszego odczuwania innych objawów depresji, takich jak: spadek energii, bezsenność, trudności z koncentracją czy kłopoty z pamięcią. Istotne są też myśli samobójcze, utrata wiary w siebie, zmiany łaknienia i masy ciała.

W związku z powyższym, celem podjętej analizy jest ukazanie w konkluzji, na tle doniesień światowych, zdrowia psychicznego Polaków oraz przedstawienie ryzyka nasilenia objawów depresyjnych i lękowych w dobie pandemii COVID-19 na podstawie przeprowadzonych w Polsce badań. Przytoczone zostaną m.in. wyniki badań własnych, w których 102 osoby swój stan psychiczny przed pandemią w większość określiły jako co najmniej dobry, a tylko 6% respondentów jako zły. Po wybuchu pandemii do 35,3% zwiększył się udział

osób określających swój stan psychiczny jako zły, a 58,8% badanych stwierdziło u siebie pewne objawy psychosomatyczne.

Z przeprowadzonej analizy można wnioskować, iż znaczna część populacji po doświadczeniu pandemii wymaga pomocy psychologicznej i terapeutycznej oraz wsparcia innych osób, ale też, że własne zasoby jednostki i wykorzystywane sposoby radzenia sobie ze stresem pozwalają na adaptację i przewyższanie przeciwności w sytuacjach trudnych, skutkując utrzymaniem zdrowia psychicznego.

Słowa kluczowe: zdrowie psychiczne, stres, zasoby osobiste, SARS-CoV-2, pandemia COVID-19

Mental health during the COVID-19 pandemic

Abstract

Mental health is associated with a whole range of human experiences that are directly or indirectly related to health. The coronavirus, which appeared in the Chinese city of Wuhan, quickly spread around the world and changed the lives of the vast majority of people after the outbreak of the COVID-19 pandemic. Although they experience the pandemic in different ways, from the psychological perspective it is associated with a difficult or stressful situation, which is mainly due to the imbalance between the challenges faced by a person (remote work, isolation, loss of income, etc.) and the resources that allow coping with stress.

This problem also applies to Poles, who experienced an increased sense of threat to their health and life after the outbreak of the pandemic in 2020, leading to twice as many cases of depression and more frequent feeling of other symptoms of depression – such as decreased energy, insomnia, difficulty concentrating or memory problems. Suicidal thoughts, loss of self-confidence, changes in appetite and body weight are also significant.

Therefore, the purpose of the analysis undertaken is to show in conclusion, against the background of global reports, the mental health of Poles and to present the risk of intensification of depressive and anxiety symptoms in the era of the COVID-19 pandemic, based on research conducted in Poland. The following will be mentioned, among others: the results of our own research, in which 102 people mostly described their mental state before the pandemic as at least good, and only 6% of respondents as bad. After the outbreak of the pandemic, the share of people describing their mental state as bad increased to 35.3%, and 58.8% of the respondents reported some psychosomatic symptoms.

From the analysis, it can be concluded that a significant part of the population, after experiencing a pandemic, requires psychological and therapeutic help and support from other people – but also that the individual's own resources and methods of coping with stress allow for adaptation and overcoming adversity in difficult situations, resulting in maintaining mental health.

Key words: mental health, stress, personal resources, SARS-CoV-2, COVID-19 pandemic

Wprowadzenie

Celem podjętej analizy jest ukazanie w konkluzji, na tle doniesień światowych, zdrowia psychicznego Polaków oraz przedstawienie ryzyka nasilenia objawów depresyjnych i lękowych w dobie pandemii COVID-19 na podstawie przeprowadzonych w Polsce badań.

Współcześnie w literaturze istnieje wiele definicji zdrowia, które charakteryzują je na różne sposoby. Pomimo wielu różnic w objaśnieniu tego terminu panuje zgoda, że jest to pojęcie wielowymiarowe, ujmowane pozytywnie, odrębne, a nawet przeciwstawne wobec pojęcia choroby. Do scharakteryzowania zdrowia można zastosować trzy ogólne kategorie: stan, usposobienie oraz proces. Zdrowie w ujęciu ogólnym to stan charakteryzujący się brakiem objawów chorobowych, natomiast w podejściu dyspozycyjnym jest rozumiane jako zmieniająca się w określonych, wymagających tego okolicznościach pozytywna zdolność człowieka do osiągania szczytów sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej oraz reagowania na pojawiające się w jego środowisku problemy. Z kolei zdrowie rozumiane jako proces determinuje sposób radzenia sobie ze stresem, samoaktualizację, a także przystosowanie się i rozwój (Kluczyńska 2015).

Zgodnie z założeniami modelu biopsychospołecznego zdrowie lub choroba są wynikiem działania szeregu czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych, które oddziałują na siebie. Jednocześnie człowiek może wpływać aktywnie na te czynniki, przez co wywiera wpływ na swoje zdrowie. Jest to model najbardziej zbliżony do opisu rzeczywistości i jednocześnie uwzględnia wiele różnorodnych zjawisk, problemów oraz czynników wywierających wpływ na zdrowie człowieka, przy czym zdrowie psychiczne jest nieoderwalnym elementem modeli zdrowia (Gromulska 2010). Zatem zdrowie psychiczne, jako ważny element zdrowia, związane jest z całym szeregiem doświadczeń człowieka, które są powiązane pośrednio lub bezpośrednio ze zdrowiem.

W literaturze nie ma jednej powszechnie akceptowanej definicji zdrowia psychicznego. Większość definicji podkreśla, że zdrowie psychiczne i zaburzenia psychiczne nie są ze sobą sprzeczne. Naukowcy uważają, że brak zdiagnozowanej choroby psychicznej niekoniecznie

jest wskaźnikiem zdrowia psychicznego. Jest ono jednak niezbędną i integralną częścią zdrowia w rozumieniu ogólnym, którą można rozpatrywać w trzech aspektach (Kluczyńska 2015):

- pozytywnym, oznaczającym stan dobrego samopoczucia emocjonalnego, radzenia sobie w życiu i pełnego rozwoju osobowości;
- funkcjonalnym, czyli zdolności do spełnienia oczekiwań stawianych człowiekowi;
- negatywnym, związanym z brakiem zdiagnozowania zaburzeń psychicznych.

Pozytywny wymiar zdrowia psychicznego oznacza możliwość rozwijania własnych mocnych stron, czyli zdolności do konfrontacji i harmonijnego przechodzenia do pokonywania trudności, niepowodzeń i zagrożeń, z tym że pojęcie zdrowia psychicznego funkcjonujące w wielu dziedzinach jest definiowane w odmiennych aspektach (Wilsz 2018, s. 54):

- medycyna charakteryzuje zdrowie psychiczne jako brak objawów psychopatologicznych, brak defektów w strukturze i funkcjach psychicznych oraz homeostazę procesów fizjologicznych;
- psychologia określa zdrowie psychiczne jako zdolność do twórczego rozwoju i samorealizacji, zdolność do osiągnięcia satysfakcji z życia, poczucie akceptacji i własnej wartości oraz realistyczne postrzeganie rzeczywistości;
- socjologia opisuje zdrowie psychiczne jako zdolność przystosowania się człowieka do norm kulturowych i środowiska społecznego, a także umiejętność koegzystencji i prawidłowego funkcjonowania w grupie.

Według WHO zdrowie psychiczne to stan dobrostanu, który pozwala człowiekowi wykorzystywać swoje zdolności, radzić sobie ze stresem w życiu codziennym, efektywnie pracować i przyczyniać się do rozwoju jakości życia danej społeczności. Jest ważnym składnikiem ogólnego stanu zdrowia człowieka, dobrostanu w obszarze emocjonalnym, psychicznym, społecznym i somatycznym, co pozwala mu na skuteczne działanie w otoczeniu, rozwijanie swojej osobowości i osiągnięcie sukcesów (Wróblewska 2018). Zdrowie psychiczne oznacza zatem znacznie więcej niż brak występowania zaburzeń psychicznych i może ono być mierzone stopniem dobrego samopoczucia, nastroju odpowiedniego do zaistniałej sytuacji, wrażliwości

na potrzeby innych oraz potrzeby własne, a także stopniem wyrozumiałości i tolerancji do pewnych spraw czy stopniem zaradności w każdej sytuacji życiowej. Jest to dynamiczny proces, który podlega rozwojowi i zmianom w trakcie całego życia człowieka. Odzwierciedla on równowagę między zasobami człowieka a wpływami środowiska. Równowaga ta uzależniona jest od szeregu czynników biologicznych, psychologicznych, struktur i zasobów społecznych, interakcji społecznych oraz wartości kulturowych (Kluczyńska 2015).

Jedną z najnowszych definicji zdrowia psychicznego zaproponowała Silvana Galderisi z zespołem badawczym. Określono w niej zdrowie psychiczne jako „dynamiczny stan wewnętrznej równowagi, która umożliwia ludziom wykorzystanie swych umiejętności w harmonii z uniwersalnymi wartościami społecznymi” (Galderisi i in. 2015, s. 231–232 [wszystkie tłum. – E.W.-R.]). Według tych autorów istotne składniki zdrowia psychicznego, które przyczyniają się do stanu równowagi wewnętrznej, to:

- podstawowe umiejętności poznawcze i społeczne;
- zdolność rozpoznawania, wyrażania i modulowania własnych emocji, [...] współczucie dla innych;
- elastyczność i zdolność radzenia sobie z niekorzystnymi zdarzeniami w życiu i pełnienie funkcji w rolach społecznych;
- harmonijny związek między ciałem a umysłem (Galderisi i in. 2015, s. 232).

Dynamika w powyższej definicji oznacza konieczność naruszenia równowagi wewnętrznej, wynikającą z okresów rozwojowych oraz sytuacji życiowych człowieka, będących naturalnymi i nieodłącznymi etapami egzystencji. Wymienione składniki zdrowia psychicznego są istotne, ale nie są obowiązkowe. Niektóre z nich mogą równoważyć utratę zasobów w innych obszarach. Definicja zespołu Galderisi odrzuca dotychczasowe ujęcia zdrowia psychicznego oparte na idealnych normach, jak i te o źródłach hedonistycznych i eudajmonistycznych. Opiera się ona na założeniach integracyjnych, przyjmując złożoność doświadczeń ludzkich, radości i smutki, akceptując zarówno satysfakcję z życia, jak i jej brak (Galderisi i in. 2015, 2017).

Autorską definicję zdrowia psychicznego sformułowano, zakładając, że zdrowie psychiczne można rozumieć jako dojrzałość

psychiczną, nabycie właściwości przystosowawczych do warunków i wymagań środowiska, odpowiedzialność, samodzielność, kierowanie się wartościami i rozsądkiem, a także zrozumieniem dla siebie i innych.

Koncepcja *resilience*

Jednym z pozytywnych bodźców, czynników chroniących przed szkodliwymi i stresującymi doświadczeniami, jest koncepcja *resilience* (prężność), rozpatrywana jako zasób. Termin *resilience* jest też tłumaczony na język polski jako sprężystość, zaradność, elastyczność, odporność psychiczna (Szwajca 2014). Ponadto jest to zdolność przystosowania się do zachodzących dynamicznych zmian w życiu jednostki, która to zdolność odnosi się do procesów i mechanizmów sprzyjających pozytywnemu funkcjonowaniu jednostki mimo przeciwności losu, trudności życiowych, jak również traumatycznych przeżyć, które zdarzyły się w przeszłości lub trwają obecnie (Rutter 1987; Luthar, Cicchetti 2000; Masten, Powell 2003). W literaturze możemy spotkać termin *resilience* rozumiany też jako proces dobrego adaptowania się do negatywnych warunków, zdarzeń życiowych, oraz koncepcję *resiliency* rozumianą jako cecha osobowości – zasób jednostki (Ogińska-Bulik, Zadworna-Cieślak 2014). Jednym z pierwszych badaczy zjawiska odporności był Norman Garmezy, badający przyczynę lepszego radzenia sobie ze stresem wśród dzieci. Prowadził on obserwacje rodzin, w których matki miały poważne choroby psychiczne (schizofrenia). Dzieci, pomimo narażenia na silne bodźce negatywne i niesprzyjające warunki rozwoju, bardzo często rozwijały się normalnie lub nawet ponadprzeciętnie, mimo iż miały większe ryzyko rozwinięcia problemów natury emocjonalnej. Garmezy uznał, że odporność jest wzorcem zachowania i funkcjonowania wskazującym na pozytywną adaptację w kontekście znacznego ryzyka lub przeciwności (Garmezy 1974).

Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne charakteryzuje odporność jako „proces dobrego przystosowania się w obliczu przeciwności losu, traumy, tragedii, zagrożeń, a nawet znaczących źródeł stresu (par. 4)” (APA 2014 za: Southwick i in. 2014, s. 2). Prężność jest zjawiskiem wielowymiarowym, gdyż dotyka sfery biologicznej,

behawioralnej, poznawczej, a także afektywnej człowieka; obejmuje więc jednostkę jako całość bio-psycho-społeczną. Ponadto zjawisko prężności może ulegać zmianom w zależności nie tylko od sytuacji stresowej, ale również od wieku jednostki (Southwick i in. 2014). Stanowi ona jeden z istotniejszych zasobów, które jednostka może posiadać i który może pomóc w radzeniu sobie z negatywnymi wydarzeniami, silnym stresem. Jest znaczącą ochroną dla osób narażonych na wtórną traumę oraz może sprzyjać zjawisku potraumatycznego wzrostu (Ogińska-Bulik 2018).

Felicity R.L. Baker, Kevin L. Baker i Jo Burrell (2021) wykazali na podstawie licznych badań, że prężność pozytywnie koreluje z optymizmem, poczuciem koherencji (zwłaszcza sensowności), poczuciem własnej skuteczności i kontroli, negatywnie natomiast z neurotycznością. Jest przeciwieństwem braku kontroli, labilności emocjonalnej, jak również m.in. osobowości typu D, która charakteryzuje się dużym poczuciem stresu i postrzegania świata jako zagrożenia. W przeciwieństwie do elastyczności możemy postawić również unikanie konfrontacji z sytuacją trudną, wypieranie zaistniałego problemu, zamartwianie się bez podejmowania działań czy szukania rozwiązania, bagatelizowanie zaistniałej sytuacji i przeżywanie tych samych emocji.

Baker, Baker i Burrell (2021) analizowali ponadto możliwości rozwijania umiejętności prężności osobistej, a ich model jest zasadniczo programem szkoleniowym, który zapewnia uczestnikom niezbędną wiedzę na temat umiejętności, które okazały się ważne w osiągnięciu poprawy odporności i pozytywnych wyników w obliczu przeciwności losu. Są one podzielone na trzy moduły, które odzwierciedlają triadyczną perspektywę i opisują systemy reakcji lub zestawy umiejętności potrzebne do odporności: odporność emocjonalną, sprężyste myślenie oraz behawioralne reakcje równowagi i powrotu do zdrowia. W swych badaniach stwierdzili, że kolejność, w jakiej przeprowadzany jest trening tych umiejętności, jest ważna dla jego skuteczności. Pierwszy krok to podniesienie samoświadomości i rozwijanie umiejętności w zakresie regulacji emocji, co zwiększa zdolność do dalszego nabywania umiejętności w ramach sprężystego myślenia i zachowania. Badacze opracowali swoją koncepcję struktury prężności osobistej pod kątem metody

treningowej, wydzielając trzy moduły z zestawami umiejętności (Baker, Baker, Burrell 2021, s. 464):

1. Odporność emocjonalna:

- pozytywne emocje;
- regulacja emocjonalna;
- związki społeczne.

2. Myślenie sprężyste:

- elastyczność w myśleniu;
- optymizm.

3. Równowaga i regeneracja:

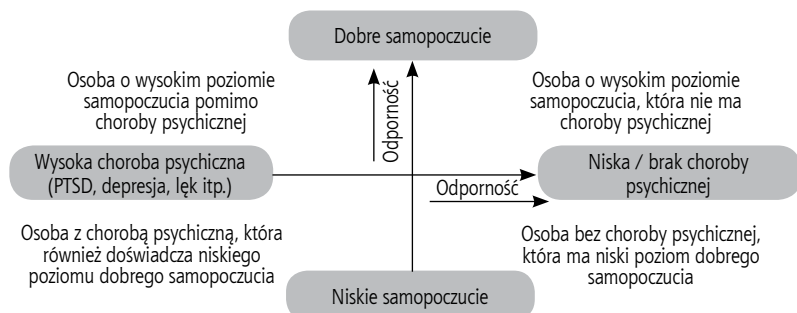
- dbanie o siebie;
- równoważenie wymagań.

Wspomniane możliwości treningowe są bardzo ważne, gdyż elastyczność (prężność) psychiczna to cecha, którą w toku działań życiowych jednostka może nabyć, a także spotęgować jej pozytywny wpływ na życie. Rozwijanie tego zasobu stanowi formę lepszego przystosowania do życia i chroni jednostkę przed problemami zdrowotnymi. Im wyższa prężność i lepsze przystosowanie, tym większe zadowolenie z życia, a sytuacje trudne aktywują prężność u osób, które tę cechę posiadają. Prężność sprzyja okiełznaniu stresu i może być rozumiana jako umiejętność oderwania się, odsunięcia bolesnych doświadczeń, jak również jako cecha ułatwiająca zaadaptowanie się do zmieniających się warunków (Mróz 2014; Falewicz 2016).

Osobowość prężna doświadcza stresu, ale potrafi go pokonywać i rozwiązywać skutecznie problemy. Wykazuje większą pewność siebie, wytrwałość w podejmowaniu działań i ma świadomość swojej skuteczności. Optymistyczne nastawienie i pozytywne emocje pozwalają sytuację stresową zobaczyć jako nowe doświadczenie stanowiące wyzwanie, któremu jednostka może sprostać. Świat odbiera ona jako sprzyjający, a sytuacje, które ją spotkają, jako pozytywne, podczas gdy dystres to wyzwanie, a wszelkie niepowodzenia traktowane są jako część życia, a nie jako strata, tragedia. Jednostka prężna nastawiona jest na wyzwania i chętnie je podejmuje, wytrwale dąży do celu. Wykorzystuje posiadane zasoby, by w sytuacji zagrożenia zachować spokój i rozwiązać problem. Pozytywne nastawienie do świata przejawia się również w empatii i umiejętności nawiązywania relacji (Falewicz 2016).

Stres i dobrostan

Wiele czynników może wpłynąć na poziom odczuwanej prężności m.in. temperament czy też czynniki genetyczne, osobowościowe lub poznawcze. Jednakże w sytuacji dystresu w procesie radzenia sobie ze stresem ważne jest oddziaływanie tych czynników na siebie. Stres i tragedia to nieuniknione doświadczenie większości ludzi. Od osobistych codziennych niepowodzeń do traumy jednostki i społeczności uczą się radzić sobie, przetrwać i rozwijać się w obliczu przeciwności losu. Odporność jest szeroko definiowana jako zdolność do przeciwstawiania się przeciwnościom losu, poważnemu zagrożeniu lub traumie (Southwick, Charney 2018; Feder i in. 2019). Mimo że trwałe wyniki są znacznie trudniejsze do osiągnięcia w obliczu silnego stresu, np. doświadczania przemocy w dzieciństwie, lub chronicznych trudności takich jak życie w ubóstwie, nawet w najtrudniejszych sytuacjach ludzie mogą wyzdrowieć i znaleźć „względną odporność” (Feder i in. 2019). *Resilience* działa zatem w celu zwalczania rozwoju chorób psychicznych i pozwala promować dobre samopoczucie. Ważne jest, aby brać pod uwagę, że dobrostan i choroba psychiczna składają się na dwa powiązane ze sobą, jednak odrębne wymiary (np. brak choroby psychicznej nie oznacza obecności dobrego samopoczucia i na odwrót – obecność choroby psychicznej nie oznacza braku dobrego samopoczucia) (Westerhof, Keyes 2010), co przedstawiono na rycinie 1.



Rycina 1. Dobrostan i choroba psychiczna jako dwa powiązane, ale odrębne wymiary: odporność może przebiegać u jednostki wzdłuż obu wymiarów w kierunku lepszego samopoczucia i braku chorób psychicznych (Kaye-Kauderer i in. 2021, s. 167 [tłum. E.W.-R.]).

Zagrożenia dla zdrowia psychicznego wynikające z pandemii COVID-19

Prężne jednostki nie są w jakiś cudowny sposób uodpornione na stres, doświadczają go tyle samo co inni, jednakże osoby te nauczyły się skutecznie radzić sobie z przeciwnościami losu. Bycie prężnym nie oznacza, że powraca się niejako automatycznie do sytuacji sprzed kryzysu, ale że stwarza się możliwość odzyskania równowagi, a nawet wzrostu czy rozwoju. Skuteczność w radzeniu sobie ze stresem wiąże się m.in. z częstszym wykorzystywaniem strategii powiązanych z emocjami pozytywnymi, takich jak koncentracja na zadaniu, pozytywne przewartościowanie czy nadawanie pozytywnego znaczenia zwykłym wydarzeniom (Ogińska-Bulik, Juczyński 2008).

Jednostka przejawiająca wysoki poziom prężności wykorzystuje i wdraża pozytywne emocje, aby szybko i skutecznie „odbijać” się od trudnych doświadczeń (*bounce-back*). Ogólnie rzecz biorąc, prężność kształtowana jest przez pozytywne emocje, które rzutują na styl radzenia sobie ze stresem i dobrostan emocjonalny. Ponadto pozwalają one poszukiwać nowych i twórczych rozwiązań oraz dostrzegać pozytywne strony nieprzychylnych zdarzeń (Fredrickson 2001). Prężność jako zasób osobisty powiązana jest ze zjawiskiem rozkwitania (*flourishing*), interpretowanym jako optymalny stan działania wpływający na zdrowie psychiczne, w tym również na poczucie szczęścia czy satysfakcji, określane jako dobrostan psychiczny jednostki (Fredrickson, Losada 2005).

Do wielu przyczyn wpływających niekorzystnie na dobrostan psychiczny, jak m.in.: uwarunkowania biologiczne, społeczne, zawodowe oraz indywidualne jednostki, a także klęski, kryzysy ekonomiczne i cywilizacyjne, w ostatnim czasie dołączyło zagrożenie związane z pojawieniem się niebezpiecznego wirusa. Panująca od początku 2020 r. pandemia (uznana przez WHO za pandemię COVID-19 20 marca 2020 r.), spowodowana koronawirusem Sars-CoV-2, który pojawił się w chińskim mieście Wuhan w listopadzie 2019 r., wpłynęła na warunki życia, a często także na zdrowie milionów ludzi w skali globalnej. Również w Polsce, od 20 marca 2020 r. do 1 lipca 2023 r., COVID-19 był obecny w różnym natężeniu i był on całkowicie nowym zjawiskiem epidemicznym, nieporównywalnie szerszym w swym zasięgu od wcześniej występujących w naszym kraju. W związku z tym w czasopismach polskich i zagranicznych

opublikowano bardzo dużo artykułów na temat COVID-19, dotyczących przyczyn i okoliczności jego rozprzestrzeniania, przebiegu, śmiertelności, leczenia oraz sposobów zapobiegania przez dystans społeczny i szczepienia. Ponadto część z nich odnosi się do społecznych postaw wobec pandemii, wprowadzonych restrykcji i propagowania szczepień, a także samopoczucia czy stanów psychologicznych i towarzyszących temu doświadczeniom. W niektórych pozycjach wspomniano też o zwiększonej liczbie osób doświadczających w tym czasie depresji i notowanych prób samobójczych. Liczne badania w dużym stopniu odnoszą się do postaw społecznych, moralnych, w kontekście wprowadzanych nakazów i zaleceń władz mających na celu zapobieganie rozprzestrzenianiu się wirusa.

Zdrowie psychiczne w pandemii, reakcje na zagrożenie i czynniki podatności na zachorowanie

Badania dotyczące pandemii COVID-19 w innych krajach zainicjowano wcześniej niż w Polsce z uwagi na późniejszy termin odnotowania u nas pandemii. Jednak zarówno zagraniczne, jak i krajowe badania na temat reakcji i odczuć związanych z pandemią obejmują przede wszystkim następujące aspekty:

- reakcje na zagrożenie i czynniki podatności na zachorowanie;
- reakcje na obowiązujące ograniczenia;
- dobrostan psychiczny ludzi w czasie pandemii.

Reakcje na zagrożenie i czynniki podatności na zachorowanie

Badania opublikowane przez Alison Bish i Susan Michie w 2010 r. w „British Journal of Health Psychology” po pojawieniu się nowego szczepu grypy H1N1 w Wielkiej Brytanii miały na celu przedstawienie kluczowych postaw obronnych podczas pandemii, szczególnie sprawdzenie, w jaki sposób ludzie reagują na pojawiające się zagrożenia w kontekście zapobiegania, unikania oraz zachowania osób w trakcie choroby. W artykule tym zastosowano analizę przekrojową, wykorzystując prace opublikowane w bazach danych takich jak PubMed oraz Web of Science w kontekście ostrego zespołu oddechowego, ptasiej grypy H5N1 i świńskiej grypy H1N1 oraz posłużono się doniesieniami z panelu ekspertów podgrupy Behavior

and Communications z UK Scientific Pandemic Influenza Advisory Group. Analizowane choroby dotyczyły niewydolności układu oddechowego. Koronawirus SARS powodujący ostrą niewydolność oddechową, którego pandemia miała miejsce między listopadem 2002 a lipcem 2003 r., rozprzestrzenił się z Chin do 37 krajów. Ptasia grypa wywołana wirusem grypy A (HPAI) podtyp H5N1 doprowadziła do klinicznie ciężkich i śmiertelnych zakażeń ludzi. Świńska grypa, która pojawiła się w Wielkiej Brytanii w maju 2009 r. i rozprzestrzeniła się na ponad 100 krajów, miała daleko idące skutki zarówno zdrowotne, jak i ekonomiczne ze względu na łatwość i szybkość rozprzestrzeniania się. Podejmowane wówczas zachowania ochronne to zapobieganie, unikanie i leczenie osób, które już zachorowały. Wśród działań zapobiegawczych wskazuje się na zachowania higieniczne takie jak mycie rąk, dezynfekcja pomieszczeń i powierzchni, noszenie maseczek. Zachowania unikające to przede wszystkim unikanie tłumów, transportu zbiorowego czy przestrzeganie nałożonej kwarantanny. Zarządzanie zachowaniem w trakcie zachorowania to przyjmowanie leków przeciwwirusowych, szukanie pomocy u lekarza czy w szpitalu. Celem badania była identyfikacja kluczowych czynników demograficznych i psychologicznych, związanych z zachowaniami ochronnymi w czasie pandemii oraz umiejscowienie ich w ramach koncepcyjnych. Ostatecznie przeanalizowano dwadzieścia sześć prac spełniających kryteria włączenia do badania, wykazując, iż nie ma bezpośrednich powiązań między czynnikami demograficznymi i zachorowalnością, ale jest związek tych czynników z zachowaniami prewencyjnymi, przez co istnieją pośrednie różnice demograficzne w podatności na zachorowanie (Bish, Michie 2010).

W powyższych badaniach okazało się, że płeć wpływa na podejmowanie zachowań prewencyjnych oraz unikowych i to kobiety, bardziej niż mężczyźni, są skłonne do zapobiegania czy też unikania sytuacji ryzykownych. Ogólny wzorzec wieku pokazuje, że osoby starsze są bardziej skłonne do podejmowania zachowań zapobiegawczych i unikowych; podobnie osoby lepiej wykształcone. Zaobserwowany wyższy związek podatności na choroby wśród kobiet może wyjaśniać, dlaczego częściej przestrzegały one kwarantanny, a także częściej nosiły maseczkę i wykonywały zapobiegawcze czynności higieniczne. Według tych badań reakcje behawioralne są napędzane

przez największe „pragnienia i potrzeby” w tamtym czasie. Potrzebą była wówczas przede wszystkim oczekiwana ulga od niepokoju. W połączeniu z cechami osobowości owa potrzeba ulgi wskutek zaaplikowanego bodźca do działania, np. objawów choroby lub zaleceń rządu, wywoływała określone zachowanie. Istnieje także korelacja między podejmowanymi zachowaniami a zaufaniem do władz i lękiem jako stanem – w sposób bezpośredni koreluje to z wysokim poziomem lęku. Kolejnym wnioskiem było to, że wysoki poziom zaufania do autorytetów oddziałuje też na pozytywny stosunek do zaleceń i ograniczeń. Zaufanie to kluczowa emocja wpływająca na podejmowane zachowanie związane z ryzykiem. Poziom zaufania i satysfakcji z komunikacji jest szczególnie istotny w sytuacji pandemicznej, w której rząd odpowiada za dostarczanie informacji na temat przebiegu epidemii, a także opracowanych metod leczenia czy szczepionki. Brak zaufania do władz może istotnie wpłynąć na podejście obywateli i stosowanie się do zaleceń. Ponadto ważnym predyktorem choroby może być także wiara w skuteczność podjętych zachowań prewencyjnych oraz postrzeganie własnej podatności na chorobę i jej przebieg. Bish i Michie wyjaśniają wnioski przez odwołanie do teorii zachowań zdrowotnych, wskazując jednak, iż badania interwencyjne i strategie komunikacji powinny się skupiać na poszczególnych grupach demograficznych, a także brać pod uwagę poziom postrzeganego zagrożenia pandemią i wiarę w skuteczność podjętych środków ochronnych. Wskazują także na istotność rozumienia czynników wpływających na prewencyjne zachowania ludzi, podejmowane w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa infekcji oraz ewentualny jej przebieg. Są to dane, jak podkreślają autorki artykułu, z badań przeprowadzanych w Azji, dlatego uogólnianie na populacje zachodnie może nie mieć zbieżności z potencjalnymi rezultatami (Bish, Michie 2010).

Reakcje na obowiązujące ograniczenia

Wprowadzane podczas pandemii COVID-19 obostrzenia – jako interwencje dotyczące wolności osobistej – powinny prowadzić, zgodnie z teorią reakcji psychologicznej (Brehm 1966), do oporu społecznego. Jednak wyniki badań przeprowadzonych przez Katharinę Veronikę Hajek i Michaela Häfnera na grupie 766 osób

w początkowym okresie pandemii, tj. od 4 do 17 maja 2020 r., okazały się w pewnym stopniu zaskakujące, ponieważ zamiast oporu decydenta i dewaluacji stwierdzono akceptację wprowadzonych restrykcji. W badaniu autorzy uchwycili dynamikę przestrzegania obowiązujących ograniczeń i polityczną mobilizację państwa w podejmowaniu środków mających na celu powstrzymanie koronawirusa w pierwszym półroczu 2020 r. Badacze wykazali również, że strach obniża pobudzenie reaktywne, podczas gdy niepokój i dysonans go wzmacniają. W modelu teoretycznym zasugerowano, że taki proces pomiędzy pobudzeniem reaktancji a sterowaniem wybraną strategią radzenia sobie daje wynik behawioralny w kierunku podporządkowania się lub oporu. Badacze podkreślili, iż występowanie reaktancji jako reakcji na środki wprowadzone, aby powstrzymać pandemię COVID-19, jest wysoce prawdopodobne (Hajek, Häfner 2021).

Inne badania, przeprowadzone przez zespół Stefana Reissa również w pierwszych dniach wdrażania środków dystansowania społecznego, dotyczyły postrzegania zagrożenia oraz preferowanych strategii obronnych, jakimi posługiwali się ludzie w odpowiedzi na wdrożone w Austrii środki zapobiegawcze i ograniczenia. Stwierdzono w nich, że niepokój był wywoływany szczególnie przez rozbieżności w motywacji, jaką przejawiali badani w stosunku do strategii obronnych. Wykazano też, że przeżywanie lęku wiązało się z poczuciem zagrożenia bezpieczeństwa. Uczestnicy badań doświadczający reaktancji byli bardziej skłonni do osobistych argumentacji i mniej zainteresowani działaniami związanymi z bezpieczeństwem, mieli także bardzo niskie uzasadnienie systemowe czy społeczne. Dodatkowo potwierdzono, że samotność była związana z niższym poczuciem wspólnotowości i zachowaniami mającymi na celu ochronę bezpieczeństwa. Wyniki sugerują, że jednostki radziły sobie z zagrożeniem w zależności od stanu emocjonalnego i motywacji, a także sytuacji zawodowej, a ich lęk był związany z brakiem poczucia bezpieczeństwa, motywacji i gotowości do działania (zarówno w aspekcie społecznym, jak i osobistym) oraz reagowaniem na odstępstwa od systemu, a także z lekceważeniem bezpieczeństwa przez innych członków społeczności. W austriackich badaniach wykazano, że osobiste podejście do ochrony było marginalnie związane ze stanem reaktancji. Zdaniem badaczy jednostki próbują przywrócić wolność

osobistą, realizując własne cele. I odwrotnie – reakcja była związana z dewaluacją zachowań zabezpieczających, które ograniczały wolność osobistą. Reaktancja była również związana z niższym uzasadnieniem wspólnotowości, sugerującym, że jednostki były bardziej niezadowolone z postaw społeczeństwa, a także z tego, że politycy narzucają ograniczenia. Ogólnie rzecz biorąc, podsumowując wyniki tych badań, można stwierdzić, że reaktancja wydawała się ogólnym katalizatorem zachowań w odpowiedzi na niepewność związaną z COVID-19. Wykazano, że samotność korelowała z bezczynnością, a działania związane z ochroną osobistą – mierzone ocenami bezpieczeństwa – były powiązane z lękiem oraz negatywnie związane z reaktywnością i samotnością. Efekt lęku był zgodny z przewidywaniami autorów: działania ochronne służą zmniejszeniu ryzyka zakażenia, a tym samym łagodzą niepokój (Reiss i in. 2020).

Z kolei artykuł opublikowany w grudniu 2020 r. przez Oliviera Bargaina i Ulugbeka Aminjonova na temat zaufania do polityków zajmujących się sektorem zdrowia publicznego w czasach COVID-19 i zgadzania się z ich przekazem zawiera dowody potwierdzające, że z reguły obniżone zaufanie do władz w danym kraju ma poważne skutki społeczno-gospodarcze – jednak gdy wymagane jest przestrzeganie przepisów dla zbiorowego przetrwania, to mogą one mieć szczególnie dramatyczne konsekwencje. Autorzy badania przeanalizowali tę kwestię w kontekście kryzysu COVID-19. Reakcje polityczne na całym świecie od początku trwania pandemii były dość spójne i miały na celu ograniczenie interakcji społecznych i zmniejszenie efektu domina. Korzystając z danych dotyczących mobilności ludzi i zaufania politycznego na szczeblu regionalnym w Europie, zbadano, czy akceptacja podjętych działań dotyczących ograniczeń społecznych zależała od poziomu zaufania do decydentów politycznych przed kryzysem. Skuteczność rygorystycznych zasad w zakresie ograniczania mobilności znacznie wzrastała wraz z zaufaniem, a efekt zaufania był nieliniowy i zwiększał się wraz ze stopniem rygorystyczności. Oceniano, w jaki sposób wpływ zaufania na mobilność mógł przełożyć się na tempo wzrostu śmiertelności. W tym kontekście dostosowanie się do zasad polityki zdrowotnej ma kluczowe znaczenie i może się różnić w zależności od kontekstu lokalnego. Różnice dotyczą szczególnie sposobu, w jaki ludzie zachowują

się i przestrzegają środków mających na celu zapobieganie rozprzestrzenianiu się wirusa, a to może zależeć od stopnia zaufania do władz. Jednak niewiele było wiadomo na temat wpływu zaufania na przestrzeganie zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Zatem, aby przeanalizować wpływ zaufania na mobilność, a następnie na śmiertelność, autorzy badania wykorzystali kilka rodzajów danych: wskaźnik mobilności Google'a, „zaufanie” z różnych źródeł, oksfordzką miarę rygorystyczności polityki oraz oficjalne informacje na temat zgonów związanych z koronawirusem i zmienne kontrolne. COVID-19 zmusił rządy do podjęcia drastycznych środków na całym świecie. Środki zapobiegawcze są często bardzo restrykcyjne i muszą otrzymać duże wsparcie ze strony ludności, aby były skuteczne – wsparcie to nie jest gwarantowane, a na pewno nie jest jednorodne. Korzystając z danych dotyczących mobilności na szczeblu regionalnym w Europie, autorzy badania dowodzą, że większe zaufanie do polityków wiąże się z większym samoograniczeniem mobilności. Efekt ten jest interpretowany jako wyższy poziom zgodności z dyrektywami krajowymi w regionach o wysokim poziomie zaufania. Uzyskane dane wskazują na wpływ stopnia zaufania na skuteczność surowości polityki. Autorzy podkreślają, iż utrzymujące się różnice w postawach regionalnych wobec krajowych decydentów politycznych są ważne i powinny być brane pod uwagę przez władze przy opracowywaniu polityki, zwłaszcza przy wdrażaniu ogólnokrajowych restrykcji nadzwyczajnych. Ma to znaczenie zarówno w kontekście egzekwowania zasad blokowania, jak i niezbędnego wycofania tych środków w odpowiednim momencie (Bargain, Aminjonov 2020).

Artykuł opublikowany w listopadzie 2020 r. przez grupę polskich autorek: Małgorzatę Sobol, Agatę Błachnio i Anetę Przepiórkę (2020) dotyczy perspektyw czasowych szerzenia się zakażeń w związku z przestrzeganiem przepisów odnoszących się do zdrowia publicznego w czasie pandemii COVID-19. Zostały opisane badania, w których wzięło udział 500 dorosłych uczestników (275 kobiet, 225 mężczyzn) w wieku od 18 do 82 lat. Zdaniem autorek jednym z głównych czynników warunkujących rozprzestrzenianie się epidemii w populacji ludzkiej jest stopień podporządkowania się wprowadzonym przepisom dotyczącym zdrowia publicznego. Autorki, analizując uwarunkowania dynamiki pandemii COVID-19,

uznały, że należy uwzględnić jej dramatyczny wpływ na samopoczucie ludzi w skali globalnej. Według nich

ostatnie badania nad epidemią pandemii COVID-19 wykazały zwiększony niepokój i zmniejszenie zadowolenia z życia wśród ludzi. Globalna reakcja na pandemię COVID-19 opiera się na indywidualnych i zbiorowych działaniach, mających na celu spowolnienie rozprzestrzeniania się wirusa, ale strategie te mogą być kosztowne dla zdrowia psychicznego. Należą do nich: samoizolowanie, społeczne zdystansowanie się i noszenie masek w miejscach publicznych. Są one wykorzystywane do spowolnienia rozprzestrzeniania się wirusa. Dużym problemem w walce z epidemią jest fakt, że nie wszyscy członkowie społeczeństwa przestrzegają zaleceń i przepisów dotyczących sposobów zachowania się. Wiele osób dyskredytuje przepisy dotyczące zdrowia publicznego na wczesnych stadiach, zwłaszcza, że objawy choroby są niewidoczne w ich bezpośrednim otoczeniu (Sobol, Błachnio, Przepiórka 2020, s. 1).

W związku z powyższym badano zmienne psychologiczne w odniesieniu do zgodności zachowań z przepisami dotyczącymi zdrowia publicznego. Przykładowo zespół Zajenkowskiego, na który powołały się autorki, zbadał związek zgody i przestrzegania ograniczeń wprowadzanych przez władze w celu zmniejszenia rozprzestrzeniania się COVID-19 z cechami osobowości Wielkiej Piątki, cechami Ciemnej (Mroczonej) Triady (machiawelizm, narcyzm, psychopatia) oraz postrzeganiem sytuacji. Odkryto, że sposób, w jaki uczestnicy postrzegali sytuację pandemii, wyjaśniał większą wariancję niż cechy osobowości Wielkiej Piątki i Mroczonej Triady. W swoich badaniach autorzy ci (Zajenkowski i in. 2020) wykazali, że sumienność, sposób postrzegania sytuacji oraz zagrożenie były predyktorami przestrzegania przepisów dotyczących zdrowia publicznego.

Zdaniem wspomnianych wcześniej Sobol, Błachnio i Przepiórki (2020) – na podstawie przytaczanych wyników badań – mężczyźni w porównaniu z kobietami mają tendencję do znacznie rzadszego stosowania się do zaleceń władz i przestrzegania przepisów zdrowia publicznego. Ma to poważne konsekwencje dla zdrowia publicznego, szczególnie w kontekście statystyk dotyczących zachorowalności i śmiertelności na COVID-19, które pokazują, że wśród pacjentów z COVID-19 jest o wiele więcej mężczyzn i że umierają oni z powodu COVID-19 częściej niż kobiety. Wyniki sugerują również inne

możliwe wyjaśnienie różnic między kobietami i mężczyznami w częstości występowania COVID-19. W prezentowanym badaniu kobiety charakteryzowały się wyższym poziomem pozytywnym podejścia „tu i teraz” i niższymi perspektywami negatywnego postrzegania przyszłości niż mężczyźni. Wyniki te są zgodne z efektami poprzednich badań perspektywy czasowej, z których można wysnuć, że to mężczyźni osiągają niższy wynik zarówno w przyszłej negatywnej, jak i przyszłej pozytywnej perspektywie. Może to sugerować, że osoby z wysoką tendencją do przyszłego niepokoju unikają informacji o pandemii. Wyniki te mogą również wskazywać, że wiedza o COVID-19 zmniejsza niepokój o przyszłość i zwiększa poczucie kontroli w czasie, co pokazuje, że wiarygodne, aktualne i dokładne informacje zdrowotne były związane z niższym poziomem stresu, lęku i depresji (Sobol, Blachnio i Przepiórki 2020).

Dobrostan psychiczny ludzi w czasie pandemii

Kanadyjscy badacze Gordon J. Asmundson i Steven Taylor (2020) opublikowali w sierpniu 2020 r. artykuł na temat zjawiska koronafobii, podejmujący próbę wyjaśnienia wzrostu depresji, uogólnionego niepokoju i lęku przed śmiercią w obliczu koronawirusa, a także opisujący negatywne skutki pandemii na całym świecie. Autorzy usiłowali zweryfikować, czy fobia przed koronawirusem może być czynnikiem powodującym pogorszenie funkcjonowania psychicznego ludzi, chociaż w aktualnej literaturze znajdują się już wskazówki, które mogą pomóc nam zrozumieć, jakich reakcji psychologicznych można się spodziewać podczas pandemii COVID-19, z uwagi na doświadczenia wynikłe z przebiegu wcześniejszych epidemii i pandemii. Na podstawie tych doświadczeń Asmundson i Taylor sugerują, iż w koronafobii mogą odgrywać rolę różne psychologiczne czynniki podatności, w tym indywidualne zmienne takie jak nietolerancja niepewności, postrzegana podatność na chorobę i skłonność do lęku (niepokój). Badania przeprowadzone na podstawie ognisk innych chorób zakaźnych sugerują też, że wspomniane zmienne, np. postrzegana podatność na chorobę, mogą odgrywać rolę zarówno w koronafobii, jak i ksenofobii związanej z koronawirusem. Podobnie, z pomocą sensacyjnych nagłówków w mediach społecznościowych, wykazano, że brak informacji i dezinformacja podsycają

lęki i fobie związane ze zdrowiem. Czynniki te mogą również odgrywać ważną rolę w koronafobii. Autorzy stwierdzili, że psychologiczne żniwo kryzysu zdrowotnego wywołanego pandemią może się nasilić, ponieważ liczba zgonów, masowe bezrobocie i nakładane kwarantanny nadal rosną w zastraszającym tempie. Chociaż zdaniem Asmundsona i Taylora badania empiryczne, w tym na temat strachu i niepokoju o COVID-19 lub koronafobii, zapoczątkowane w 2020 r. i realizowane w 2021 r., obejmowały zachowania we wczesnych fazach rozwoju pandemii. Snow Digon (2020) podaje, że wielu Amerykanów zapewne zwiększyło używanie leków na receptę, aby poradzić sobie ze stresem i niepokojem – gdyż popyt na środki przeciwlękowe wzrósł o 34,1% tylko od połowy lutego do połowy marca 2020 r. Inne badania nad koronafobią (Lee 2020; Lee i in. 2020) wykazały też, że osoby, które boją się wirusa SARS-CoV-2 i niepokoją się jego obecnością, mają tendencję do odczuwania spójnego zestawu nieprzyjemnych fizjologicznych objawów, które są wywoływane przez myśli lub informacje związane z tą chorobą zakaźną. Kliniczne poziomy koronafobii zostały zdefiniowane na poziomie dziewięciu lub więcej w Skali Lęku przed Koronawirusem. Wykazano, że koronafobia jest silnie związana z podwyższoną depresją, uogólnionym lękiem, beznadziejnością, myślami samobójczymi i zaburzeniami czynnościowymi. Co bardziej niepokojące, zaczynają pojawiać się również domniemane przypadki samobójstw z powodu koronafobii. Psychologiczne cierpienie, takie jak uogólniony lęk i depresja, nie może – zdaniem wspomnianych autorów (Lee 2020; Lee i in. 2020) – jako jedyne prowadzić do koronafobii. Przypadki samobójstw kwestionują rolę lęku przed śmiercią, ponieważ istnieje stosunkowo wysoki wskaźnik śmiertelności dla COVID-19, zwłaszcza w porównaniu z historycznymi epidemiami, grypą sezonową i innymi głównymi przyczynami zgonów w USA. Tak więc pojawienie się ewentualnego lęku przed śmiercią, depresja i uogólniony lęk oraz ich role odnoszące się do koronafobii powinny być lepiej zbadane. Stres ten został opisany już w 2019 r. w *The psychology of pandemics*, najnowszej książce Taylora (2019), który poniekąd przewidział pandemię.

Nowsze badania Eberharda A. Deisenhammera i Georga Kemmlera (2021), które zostały opublikowane w styczniu 2021 r. na temat zmniejszenia liczby samobójstw w pierwszych sześciu miesiącach

trwania pandemii, wydają się mieć wyniki na pierwszy rzut oka dość zaskakujące ze względu na obawy co do możliwości drastycznego wzrostu liczby samobójstw w następstwie pandemii COVID-19. Potencjalne negatywne konsekwencje pandemii to przewidywany wzrost stopy bezrobocia oraz społeczne i osobiste konsekwencje obostrzeń wprowadzonych w wielu krajach. Sześć miesięcy, które upłynęły od początku pandemii, wydaje się dla wspomnianych autorów rozsądnym okresem obserwacji dla pierwszego zbadania rzeczywistych danych. Przykładowo Deisenhammer i Kemmler oparli się na Rejestrze Samobójstw w Tyrolu (TSR), który obejmuje wszystkie przypadki samobójstw w tym kraju związkowym Austrii, tworzonym na podstawie comiesięcznych indywidualnych raportów dostarczanych przez policję. Badacze ocenili liczbę samobójstw w okresie od 1 kwietnia do 30 września 2020 r. i porównali je z odpowiednimi liczbami z lat poprzednich (2006–2019). Autorzy donoszą, że w przypadku pandemii COVID-19 – podobnie jak po niektórych wcześniejszych katastrofalnych wydarzeniach, które w wyniku działalności człowieka albo klęsk żywiołowych dotknęły populację danego kraju, a nawet całego świata – liczba samobójstw w analizowanym okresie nie wzrosła.

Jak wskazują powyższe analizy, obok tragicznych skutków związanych z wysoką śmiertelnością oraz ciężkim przebiegiem choroby, prowadzącej u niektórych osób do trwałej utraty zdrowia, pandemia wyzwoiliła w społeczeństwie szereg obciążeń psychologicznych, lęków i traum, nasilających się przez agresywny przekaz medialny i strach przed nieznanym. Czas pandemii stanowi wyzwanie i często zagrożenie dla zdrowia psychicznego jednostki. Świat bardzo się zmienił, równowaga i stabilizacja zostały naruszone, a mechanizmy adaptacyjne wielu osób zostały nadwyrężone. Pojawiło się zwiększone ryzyko utraty życia, zdrowia, pracy i środków do utrzymania, co przyczyniło się do pozbawienia poczucia bezpieczeństwa. Ludzie o słabszej indywidualnej konstrukcji psychicznej, u których przed pandemią nie występowały zaburzenia, odczuli jej destrukcyjny wpływ na swoje zdrowie psychiczne. Manifestowało się to stresem, fobią, obniżeniem nastroju, a nawet zaburzeniami obsesyjnymi. Zaobserwowano także wzrost zachowań autodestrukcyjnych, w tym uzależnień i samookaleceń. Analizy wykazały również drastyczny

wzrost aktów przemocy domowej w czasie przymusowej izolacji, co niewątpliwie będzie skutkowało obniżeniem odporności psychicznej (Wojtczuk 2020).

Potwierdził to Janusz Heitzman w badaniach nad wpływem pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne, wykazując, że można już mówić o występowaniu u wielu ludzi ostrej reakcji na stres (ASD) na skutek traumy przeżywanej w związku z informacjami o zagrożeniach wywołanych przez wirus SARS-CoV-2. Są to m.in. bolesne doświadczenia związane z własnym przechorowaniem lub cierpieniem albo zgonem bliskich osób. Ważne są tu również konsekwencje regulacji sanitarno-epidemiologicznych, ograniczenia powodujące problemy egzystencjalne, a także brak gwarancji dostępności do nowoczesnego leczenia, nawet w stanach zagrożenia życia z powodu braku miejsca czy respiratora. Należy zauważyć, że przeżycia traumatyczne mogą być nasilone przez utrwalanie i pogłębianie ich za pośrednictwem mediów społecznościowych, gdzie nadaje się często komunikaty dezinformacyjne o sensacyjnym wydzźwięku. Zwiększa to poziom lęku i niepokoju. W pandemicznym ostrym zaburzeniu stresowym można zaobserwować ponadto poczucie bezradności, rozpaczy, czasami stany paniki, nadmierną czujność, drażliwość i reagowanie agresją, natrętne myśli o epidemii, objawy depresyjne, a także zaburzenia snu czy koncentracji uwagi. Poza ostrymi zespołami stresowymi obserwuje się również zespoły przewlekłej reakcji na stres (PTSD), a wspomniane zjawiska mogą wciąż narastać (Heitzman 2020).

W tym miejscu przytoczone zostaną wyniki niepublikowanych badań własnych zrealizowanych w maju 2021 r. wśród 102 respondentów, z których większość (70,6%) nie chorowała jeszcze na COVID-19. Ich celem było ukazanie zdrowia psychicznego oraz przedstawienie ryzyka nasilenia objawów depresyjnych i lękowych u Polaków w dobie pandemii COVID-19 na podstawie Inwentarza Depresji (BDI) Aarona Becka (Zawadzki, Popiel, Pragłowska 2009) oraz Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia (GHQ) Davida Goldberga (Williams i in. 2001), a także specjalnie opracowanego kwestionariusza ankiety. Większość badanych oceniała swój stan psychiczny przed wybuchem pandemii jako co najmniej dobry. Tylko 6% osób określała go jako zły, jednak w trakcie pandemii

liczba ta wzrosła do 35,3%. W trakcie pandemii aż 58,8% badanych zaobserwowało u siebie pewne objawy psychosomatyczne (związane np. z bólami głowy czy bólami mięśniowymi). Średnia ocena stanu psychicznego przed pandemią była wyższa ($Me = 3,00$) w porównaniu z oceną stanu zdrowia po doświadczeniach związanych z pandemią ($Me = 2,00$). Wyniki testowania wskazywały, że różnica pomiędzy oceną stanu psychicznego przed i po pandemii jest istotna statystycznie ($p < 0,001$). Znaczny wpływ na badanych wywarła izolacja (76,5%), która – jak wskazują polskie doniesienia (Gambin i in. 2020) – miała znaczny wpływ na poziom lęku i depresji. Jednak w przypadku badanej grupy nie wpłynęła ona na jakość (61,8%) ani długość snu (57,8%). Ponadto w omawianych badaniach wykazano silną korelację depresji z symptomami somatycznymi, niepokojem i bezsennością oraz zaburzeniem funkcjonowania, natomiast związki depresji były bardzo silne zarówno ze Skalą Symptomy Depresji, jak i Skalą Ogólny Stan Zdrowia Psychicznego. Oznacza to, że im większe było nasilenie depresji u badanych osób, tym wyższe było natężenie symptomów somatycznych, niepokoju i bezsenności, zaburzeń funkcjonowania oraz symptomów depresji. Podobne zależności wystąpiły w badaniach włoskiego zespołu Cristiny Mazza, w których stwierdzono, iż sytuacja pandemiczna może powodować nasilenie dystresu psychologicznego, w tym objawów lęku i depresji. W omawianych badaniach nie potwierdzono związku między wiekiem badanych a ich poziomem depresji i zdrowiem psychicznym, ale wykazano, że kobiety mają wyższy poziom depresji niż mężczyźni, jak również większe nasilenie występowania symptomów somatycznych, niepokoju i bezsenności oraz niższy poziom ogólnego stanu zdrowia (Mazza i wsp. 2020).

Kolejne badania, które warto przytoczyć, wykazały znaczący wpływ psychologiczny COVID-19 na ogół społeczeństwa w Chinach, a ich autorzy (Wang i in. 2020) zaproponowali kilka interwencji psychologicznych, takich jak terapia poznawczo-behawioralna (CBT) wraz z tradycyjną medycyną chińską, np. samodzielne stosowanie techniki akupresury i wolności emocjonalnej. Natomiast badacze z USA (Polizzi, Lynn, Perry 2020) proponują wiele strategii radzenia sobie w analizowanych okolicznościach COVID-19 – tradycje zachodnie i wschodnie strategie, w tym behawioralną aktywizację,

radzenie sobie przez akceptację, uważność praktyki i medytację miłującej dobroci, aby zmniejszyć stres i promować odporność. W miarę pojawiania się kolejnych, skoordynowanych badań potrzebne są globalne wysiłki w celu śledzenia skuteczności interwencji w różnych populacjach.

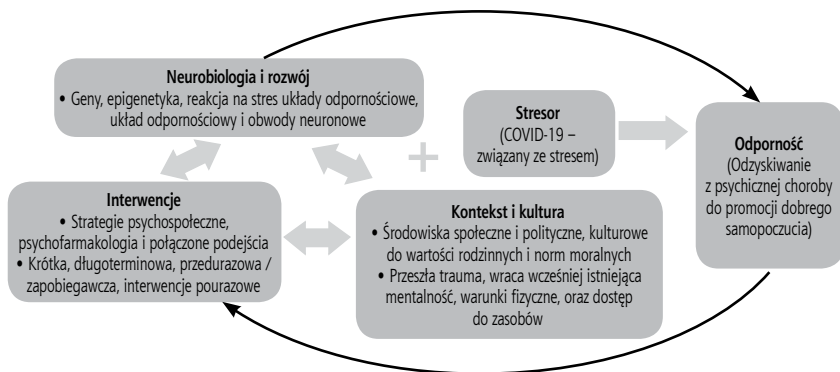
Po dwóch latach trwania pandemii Hebatallah Mostafa Ali (2022) opublikowała badania wpływu COVID-19 na 532 pracowników służby zdrowia w Malezji, szczególnie na ich wypalenie zawodowe określone Kwestionariuszem Wypalenia Zawodowego (MBI) Maslach. Wyniki wskazały, że poziom wypalenia i częstość doświadczanych objawów psychosomatycznych są skorelowane z rosnącym obciążeniem pracą w sytuacji pandemii COVID-19, a znalezienie sensu we własnej pracy jest skorelowane z osobistą przyjemnością. Autorka wykazała, że należy podjąć pilne działania w celu zminimalizowania obciążenia pracowników służby zdrowia podczas pandemii, aby zapewnić dobrobyt i bezpieczeństwo ich życia.

Podsumowanie

Koronawirus, który pojawił się w chińskim mieście Wuhan, swoim zasięgiem szybko objął cały świat i sprawił, że życie zdecydowanej większości ludzi zmieniło się po wybuchu pandemii COVID-19.

Zespół Halley Kaye-Kauderer, uwzględniając założenia koncepcji *resilience*, potraktował w sposób kompleksowy warunki towarzyszące pandemii COVID-19 jako jeden wspólny stresor i zaadaptował go (Kaye-Kauderer i in. 2021) w zintegrowanym modelu odporności (rycina 2).

W modelu tym wskazano, że neurobiologia i profile rozwojowe wchodzi w interakcję z kontekstem i kulturą, a także poczynionymi postęпами z interwencji. U podstaw odporności leży interakcja między tymi trzema systemami a samym stresorem. Pandemii COVID-19 użyto jako przykładu uniwersalnego stresora, który może mieć wpływ na różnorodne populacje i kultury na całym świecie. Związek ten przebiega w obu kierunkach, ponieważ odporność rozwinięta i przejawiana przez jednostki może również skutkować dalszym wpływem na ich neurobiologię, kontekst i kulturę oraz praktykowane interwencje.



Rycina 2. Zintegrowany model odporności (Kaye-Kauderer i in. 2021 s. 173 [tłum. E.W.-R.]).

Chociaż poszczególne osoby w różny sposób doświadczają pandemii, to z perspektywy psychologicznej kojarzy się ona z sytuacją trudną lub stresogenną, co wynika głównie z braku równowagi między wyzwaniem, przed jakim stają ludzie (pracą zdalną, izolacją, utratą dochodów itp.), a zasobami, które pozwalają na radzenie sobie ze stresem.

Problem ten dotyczy również Polaków, u których wzrosło poczucie zagrożenia zdrowia i życia, doprowadzając do dwukrotnie większej liczby zachorowań na depresję i częstszego odczuwania innych objawów depresji – takich jak: spadek energii, bezsenność, trudności z koncentracją czy kłopoty z pamięcią. Istotne są też dodatkowo częściej występujące myśli samobójcze, utrata wiary w siebie, zmiany łaknienia i masy ciała. Szczególnie jest to znaczące wśród ludzi młodych, gdyż już przed pandemią liczba prób samobójczych w tej grupie wiekowej plasowała Polskę na drugim miejscu w Europie.

Z przeprowadzonej analizy można zatem wnioskować, iż znaczna część populacji po doświadczeniu pandemii wymaga pomocy psychologicznej i terapeutycznej oraz wsparcia innych osób, ale też, że własne zasoby jednostki i wykorzystywane sposoby radzenia sobie ze stresem pozwalają na adaptację i przezwyciężanie przeciwności w sytuacjach trudnych, skutkując utrzymaniem zdrowia psychicznego – należy zatem pamiętać o potrzebach zdrowia psychicznego.

Bibliografia

- Asmundson G.J.G., Taylor S. (2020), *Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak*, „Journal of Anxiety Disorders”, vol. 70, 102196, <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102196>.
- Baker F.R.L., Baker K.L., Burrell J. (2021), *Introducing the skills-based model of personal resilience: drawing on content and process factors to build resilience in the workplace*, „Journal of Occupational and Organizational Psychology”, vol. 94, no. 6, s. 458–481, <https://doi.org/10.1111/joop.12340>.
- Bargain O., Aminjonov U. (2020), *Trust and compliance to public health policies in times of COVID-19*, „Journal of Public Economics”, vol. 192, 104316, <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2020.104316>.
- Bish A., Michie S. (2010), *Demographic and attitudinal determinants of protective behaviours during a pandemic: A review*, „British Journal of Health Psychology”, vol. 5, s. 797–824.
- Brehm J.W. (1966), *A Theory of Psychological Reactance*, New York.
- Deisenhammer E.A., Kemmler G. (2021), *Decreased suicide numbers during the first 6 months of the COVID-19 pandemic*, „Psychiatry Research”, vol. 295, 113623, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113623>.
- Digon S. (2020), *Anti-anxiety prescription meds increase amid COVID-19 pandemic, report says*, „International Business Times”, 21.04, <https://www.ibtimes.com/anti-anxiety-prescription-meds-increase-amid-covid-19-pandemic-report-says-2962093> [3.04.2024].
- Falewicz A. (2016), *Prężność osobowości i jej rola w procesach radzenia sobie ze stresem*, „Studia Koszalińsko Kołobrzeskie”, nr 23, s. 236–275.
- Feder A., Fred-Torres S., Southwick S.M., Charney D.S. (2019), *The biology of human resilience: opportunities for enhancing resilience across the life span*, „Biological Psychiatry”, vol. 86, issue 6, s. 443–453.
- Fredrickson B.L. (2001), *The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and build theory of positive emotions*, „American Psychologist”, vol. 56, issue 3, s. 218–226.
- Fredrickson B.L., Losada M.F. (2005), *Positive affect and the complex dynamics of human flourishing*, „American Psychologist”, vol. 60, issue 7, s. 678–686.
- Galderisi S., Heinz A., Kastrup M., Beezhold J., Sartorius N. (2015), *Toward a new definition of mental health*, „World Psychiatry”, vol. 14, no. 2, s. 231–233.

- Galderisi S., Heinz A., Kastrup M., Beezhold J., Sartorius N. (2017), *Propozycja nowej definicji zdrowia psychicznego*, „Psychiatria Polska”, vol. 51, nr 3, s. 407–411.
- Gambin M., Sękowski M., Woźniak-Prus M., Cudo A., Hansen K., Gorgol J., Huflejt-Łukasik M., Kmita G., Kubicka K., Łyś A., Maison D., Oleksy T., Wnuk A. (2020), *Uwarunkowania objawów depresji i lęku uogólnionego u dorosłych Polaków w trakcie epidemii Covid-19 – raport z pierwszej fali badania podłużnego*, https://psych.uw.edu.pl/wp-content/uploads/sites/8/2022/08/Uwarunkowania_objawow_depresji_leku_w_trakcie_pandemii_raport.pdf [dostęp: 2.04.2024].
- Garmezy N. (1974), *The study of competence in children at risk for severe psychopathology*, [w:] *The child in his family*, vol. 3: *Children at psychiatric risk*, eds. E.J. Anthony, C. Koupernik, New York, s. 77–97.
- Gromulska L. (2010), *Zdrowie psychiczne w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia*, „Przegląd Epidemiologiczny / Epidemiological Review”, vol. 64, nr 1, s. 127–132.
- Hajek K.V., Häfner M. (2021), *Dynamics of Opposition – How Fear and Sorrow moderate Reactance Arousal during the COVID-19 Pandemic*, „PsychArchives”, <https://doi.org/10.23668/PSYCHARCHIVES.4712>.
- Hebatallah Mostafa Ali (2022), *Impact of COVID-19 on Health Care Workers – Burnout Scenario in This Pandemic*, „International Journal of Psychological and Brain Sciences”, vol. 7, no. 1, s. 1–6.
- Heitzman J. (2020), *Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne*, „Psychiatria Polska”, vol. 54, no. 2, s. 187–198.
- Kaye-Kauderer H., Feingold J.H., Feder A., Southwick S., Charney D. (2021), *Resilience in the age of COVID-19*, „BJPsych Advances”, vol. 27, s. 166–178, <https://doi.org/10.1192/bja.2021.5>.
- Kluczyńska S. (2015), *Zdrowie psychiczne – wybrane definicje i koncepcje wyjaśniające*, [w:] *Zdrowie psychiczne młodych dorosłych: wybrane zagadnienia*, red. E. Sokołowska, L. Zabłocka-Żytka, S. Kluczyńska, J. Wojda-Kornacka, Warszawa, s. 25–39.
- Lee S.A. (2020), *Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety*, „Death Studies”, vol. 44, issue 7, s. 393–401, <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481>.
- Lee S.A., Jobe M.C., Mathis A.A., Gibbons J.A. (2020), *Incremental validity of coronaphobia: Coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, and death anxiety*, „Journal of Anxiety Disorders”, vol. 74, 102268, <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102268>.
- Luthar S.S., Cicchetti D. (2000), *The construct of resilience: Implications for interventions and social policies*, „Development

- and Psychopathology”, vol. 12, issue 4, s. 857–885, <https://doi.org/10.1017/S0954579400004156>.
- MacKean G. (2011), *Mental Health and Well-Being in Post-Secondary Education Settings: A Literature and Environmental Scan to Support Planning and Action in Canada*, CACUSS pre-conference workshop: Student Mental Health: A Call to Action, Toronto, June.
- Masten A.S., Powell J.L. (2003), *A resilience framework for research, policy, and practice*, [w:] *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*, ed. S.S. Luthar, Cambridge, s. 1–26, <https://doi.org/10.1017/CBO9780511615788.003>.
- Mazza C., Ricci E., Biondi S., Colasanti M., Ferracuti S., Napoli C., Roma P. (2020), *A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors*, „International Journal Of Environmental Research and Public Health”, vol. 17, no. 9, 3165, <https://doi.org/10.3390/ijerph17093165>.
- Mróz J. (2014), *Prężność i poczucie stresu a typy zachowań i przeżyć związanych z pracą wśród pielęgniarek*, „Hygeia Public Health”, t. 49, nr 4, s. 857–863.
- Ogińska-Bulik N. (2018), *Secondary traumatic stress and vicarious post-traumatic growth in nurses working in palliative care – the role of psychological resilience / Wtórny stres traumatyczny i zastępczy wzrost po traumie u pielęgniarek pracujących w opiece paliatywnej – rolę prężności psychicznej*, „Advances in Psychiatry and Neurology / Postępy Psychiatrii i Neurologii”, vol. 27, no. 3, s. 196–210.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2008), *Skala pomiaru prężności – SPP-25*, „Nowiny Psychologiczne”, nr 3, s. 39–56.
- Ogińska-Bulik N., Zadworna-Cieślak M. (2014), *Rola prężności psychicznej w radzeniu sobie ze stresem związanym z egzaminem maturalnym*, „Przegląd Badań Edukacyjnych”, nr 19, s. 7–24, <http://dx.doi.org/10.12775/PBE.2014.019>.
- Polizzi C., Lynn S.J., Perry A. (2020), *Stress and coping in the time of Covid-19: pathways to resilience and recovery*, „Clinical Neuropsychiatry”, vol. 17, no. 2, s. 59–62, <https://doi.org/10.36131/CN20200204>.
- Reiss S., Franchina V., Jutzi C., Willardt R., Jonas E. (2020), *From anxiety to action – Experience of threat, emotional states, reactance, and action preferences in the early days of COVID-19 self-isolation in Germany and Austria*, „PLoS ONE”, vol. 5, no. 12, e0243193, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243193>.

- Rutter M. (1987), *Psychosocial resilience and protective mechanisms*, „American Journal of Orthopsychiatry”, vol. 57, no. 3, s. 316–331, <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>.
- Sobol M., Blachnio A., Przepiórka A. (2020), *Time of pandemic, Temporal perspectives related to compliance with public health regulations concerning the COVID-19 pandemic*, „Social Science & Medicine”, vol. 265, 113408, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113408>.
- Southwick S.M., Bonanno G.A., Masten A.S., Panter-Brick C., Yehuda R. (2014), *Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives*, „European Journal of Psychotraumatology”, vol. 5, (1)25338, <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>.
- Southwick S.M., Charney D.S. (2018), *Resilience: The Science of Mastering Life's Greatest Challenges*, 2nd ed., Cambridge.
- Szwajca K. (2014), *Sprężystość (resilience) i odpowiedzi na doświadczenia urazowe – fascynujący i trudny obszar badań*, „Psychiatria Polska”, vol. 48, no. 3, s. 563–572.
- Taylor S. (2019), *The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease*, Cambridge.
- Wang X., Lei S.M., Le S., Yang Y., Zhang B., Yao W., Gao Z., Cheng S. (2020), *Bidirectional Influence of the COVID-19 Pandemic Lockdowns on Health Behaviors and Quality of Life among Chinese Adults*, „International Journal Of Environmental Research and Public Health”, vol. 17, no. 15, 5575.
- Westerhof G.J., Keyes C.L.M. (2010), *Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan*, „Journal of Adult Development”, vol. 17, s. 110–119.
- 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, Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź.
- Wilcz J. (2018), *Zdrowie psychiczne w kontekście procesów samoregulacji – ujęcie cybernetyczne*, [w:] *Bezpieczeństwo zdrowotne – ujęcie interdyscyplinarne. Zdrowie psychiczne szczególnym wyzwaniem XXI wieku*, red. H. Marek, E. Szymańska, Poznań, s. 53–72.
- Wojtczuk A. (2020), *Pandemia koronawirusa – zmiana w świecie. Zagrożenia dla zdrowia psychicznego i szanse rozwojowe*, „Student Niepełnosprawny. Szkice i Rozprawy” 2020, nr 20(13), s. 101–113.
- Wróblewska M. (2018), *Religia a zdrowie psychiczne człowieka*, [w:] *Bezpieczeństwo zdrowotne – ujęcie interdyscyplinarne. Zdrowie psychiczne*

szczególnym wyzwaniem XXI wieku, red. H. Marek, E. Szymańska, Poznań, s. 119–128.

Zajenkowski M., Jonason P.K., Leniarska M., Kozakiewicz Z. (2020), *Who complies with the restrictions to reduce the spread of COVID-19?: personality and perceptions of the COVID-19 situation*, „Personality and Individual Differences”, vol. 166, 110199, <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110199>.

Zawadzki B., Popiel A., Pragłowska E. (2009), *Charakterystyka psychometryczna polskiej adaptacji Kwestionariusza Depresji BDI-II Aarona T. Becka*, „Psychologia – Etiologia – Genetyka”, t. 19, s. 71–95.

