


- Agnieszka Popiel¹
- Bogdan Zawadzki²
- Maksymilian Bielecki³
- Błażej Mroziński⁴
- Ewa Pragłowska⁵

Czy doświadczenie pandemii może prowadzić do pourazowego zaburzenia stresowego (PTSD)? Wyniki badania COVID-STRES

Wiosną 2020 rozpoczęła się pandemia, która dotknęła Polskę fizycznie i medialnie. Sformułowanie „wielkie zamknięcie” kojarzone dzięki Foucault z wykluczeniem przez społeczeństwo nabrało nowego wymiaru – *lockdown* – zamknięcia społeczeństwa. Z dzisiejszej perspektywy na sytuację marcową można spojrzeć niemal z pobłażliwością, choć już wtedy docierały ze świata informacje i obrazy dotyczące konfrontacji z nieoczekiwaną śmiercią w wyniku szybko rozwijającej się choroby. Jedno z pytań, które sobie wtedy zadaliśmy, brzmiało: czy stan pandemii wiąże się z występowaniem PTSD?

Zespół objawów zwany zaburzeniem stresowym pourazowym (*posttraumatic stress disorder* – PTSD; APA, 2013; WHO, 1992; WHO, 2017) łączy się z reakcją psychologiczną na silny, niespodziewany, katastroficzny stresor. W sytuacjach, w których trudności w funkcjonowaniu i objawy wystąpiły po działaniu stresora (w tym katastroficzny  nie są spełnione wszystkie kryteria PTSD lub natężenie objawów nie jest „kliniczne”, możemy mówić o zaburzeniach adaptacyjnych (*adjustment disorder*) (APA, 2013). Podstawą obu diagnoz jest cierpienie i/lub zaburzenie

¹ <https://orcid.org/0000-0001-9990-4971>, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Centrum Badań Klinicznych i Doskonalenia Psychoterapii.

² <https://orcid.org/0000-0002-6578-8412>, Uniwersytet Warszawski, Wydział Psychologii.

³ <https://orcid.org/0000-0002-2881-4976>, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Instytut Psychologii.

⁴ <https://orcid.org/0000-0002-5423-2291>, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Instytut Psychologii.

⁵ SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Centrum Badań Klinicznych i Doskonalenia Psychoterapii oraz Klinika Terapii Poznawczo-Behawioralnej Uniwersytetu SWPS.

funkcjonowania osoby z powodu doświadczanych objawów, jednak PTSD łączy się z oddziaływaniem stresora na pamięć. Przekroczenie możliwości przetwarzania informacji i emocji podczas działania stresora sprawia, że struktura strachu (Foa, Kozak, 1986) obejmuje nie tylko nadmiarową reakcję lękową, ale także fragmentaryczne wspomnienia wdzierające się do świadomości. Aby rozpoznać PTSD, co najmniej jeden objaw z kryterium intruzywnych wspomnień (koszmary, prześląski dysocjacyjne) musi występować obok objawów unikania (myśli, wspomnień, sytuacji), przewlekłego wzbudzenia i zmiany przekonań na temat siebie i świata, którym najczęściej towarzyszy utrwalony negatywny afekt. Dystres odczuwany bezpośrednio po doświadczeniu traumatycznym dotyczy niemal każdej osoby i mieści się w *ostrej reakcji na stres*, która według ICD-11 nie jest klasyfikowana jako zaburzenie psychiczne (WHO, 2017). Dopiero jeśli nie nastąpi naturalne wygaszenie reakcji lękowej w ciągu 30 dni, można rozpoznać PTSD. Co istotne, u około połowy osób z rozpoznaniem PTSD w ciągu dwóch lat dojdzie do remisji objawów, jeśli jednak to nie nastąpi – nieleczone PTSD może trwać przez wiele lat (NICE, 2019).

Literatura dotycząca PTSD u ofiar katastrof, wojen, napaści i wypadków jest niezwykle bogata, lecz rozważanie występowania PTSD w kontekście pandemii napotyka na trudności. W badaniu przeprowadzonym w pierwszym miesiącu epidemii COVID-19 w Chinach w grupie 570 uczestników u 12,8% uczestników stwierdzono objawy PTSD (Liang i in., 2020), a w badaniach hiszpańskich (González-Sanguino i in., 2020) – u 15,8%. Włoscy autorzy (Forte, Favieri, Tambelli i Casagrande, 2020) arbitralnie założyli, że ogłoszenie pandemii to stresor o charakterze traumatycznym i w badaniu zmodyfikowanym kwestionariuszem PCL-5 (Weathers i in., 2013) stwierdzili występowanie objawów wskazujących na PTSD u 29% z 2286 badanych. Podobne wyniki uzyskali Alshehri i in. (2020), którzy zastosowali analogiczną do włoskiej modyfikację PCL-5.

Literatura dotycząca psychologicznych konsekwencji zagrażającej życiu choroby zgromadzona jeszcze przed obecną pandemią (a po wcześniejszych: MERS, SARS czy EBOLA) wskazywała na podwyższone ryzyko PTSD u osób leczonych w oddziałach intensywnej terapii (Parker i in., 2015). Kwestia zależności między PTSD a pandemią jest obecna w literaturze, gdzie obok rozważań dotyczących PTSD w reakcji na obecne/przebyte zagrożenie próbuje się wskazać analogie z nadchodzącym zagrożeniem, formułując terminy takie, jak *pretraumatic stress disorder* (Berntsen, Rubin, 2014).

Obecny stan badań nad potencjalnie traumatyzującym wpływem pandemii COVID-19 dostarcza wiedzy niespójnej. Obszary problemowe można pogrupować wokół następujących pytań:

1. Czy przeżycie stanu zagrożenia życia własnego lub najbliższej osoby spowodowane ciężkim przebiegiem COVID-19 łączy się z podwyższonym ryzykiem PTSD?

2. Czy i w jakim stopniu ogłoszenie pandemii łączy się z PTSD u osób, które nie były zakażone ani chore (a zatem: czy samo ogłoszenie pandemii można uznać za traumatyczny stresor)?
3. Czy i w jakim stopniu bezpośrednia konfrontacja z ryzykiem COVID-19 (zakażeniem, chorobą) łączy się z podwyższonym ryzykiem PTSD?

Cel badań

Pandemia i metody jej ograniczania stanowią wielorakie źródła stresu, z których dwa wydają się najbardziej istotne: zagrożenie życia i ryzyko wystąpienia poważnych chorób oraz znaczne pogorszenie sytuacji społeczno-ekonomicznej. Uzasadniało to oczekiwanie pogorszenia stanu emocjonalnego oraz rozwoju zaburzeń związanych ze stresem i traumą. Standardy NICE (2019), obok algorytmów leczenia zaburzeń, wskazują także na obszary dalszych badań obejmujących m.in. czynniki ryzyka zaburzeń i dynamikę objawów w czasie (epidemia oznacza przewlekłość stresorów i ryzyko wielokrotnej traumatyzacji). Jednym z celów badania COVID-STRES była ocena stopnia traumatyzacji i uwarunkowań występowania PTSD, co jest przedmiotem tego rozdziału.

Metoda

Plan badania obejmował 8 pomiarów, ale w analizie uwzględniono dane zebrane w badaniu początkowym. Badanie było realizowane online na licencjonowanej przez Uniwersytet SWPS platformie Qualtrics. Badanie uzyskało zgodę Komisji ds. Etyki Badań Naukowych Wydziału Psychologii Uniwersytetu SWPS.

Wszystkie zastosowane narzędzia są dystrybuowane w wolnym dostępie lub prawa autorskie do ich polskich wersji są w dyspozycji autorów. Ankieta demograficzna oraz lista stresorów (medycznych i ekonomicznych) powstały w opracowaniu własnym. Objawy lęku, depresji i stresu badano skalą DASS-21 (Lovibond, Lovibond, 1995; polskie tłumaczenie: Makara-Studzińska, Urbańska, Petkowicz – Zawisłak i in., 2020), a cechy osobowości w ujęciu Pięcioczynnikowego Modelu Osobowości badano kwestionariuszem IPIP-BFM-20 (Donnellan, Oswald, Baird, Lucas, 2006; polska adaptacja: Topolewska, Skimina, Strus, Ciecuch, Rowiński, 2014).

Do oceny objawów PTSD zastosowano skalę PCL-5 (Weathers i in., 2013; polskie tłumaczenie: Popiel i Zawadzkiego za zgodą National Center for PTSD). Skala ta składa się z listy wydarzeń traumatycznych w życiu osoby badanej (doświadczanych bezpośrednio, jako świadek, uzyskanie informacji lub w związku z pracą zawodową; LEC-5) oraz listy objawów PTSD. Na użytek badania do listy wydarzeń potencjalnie traumatycznych dołączono pozycję „ogłoszenie epidemii w miejscu

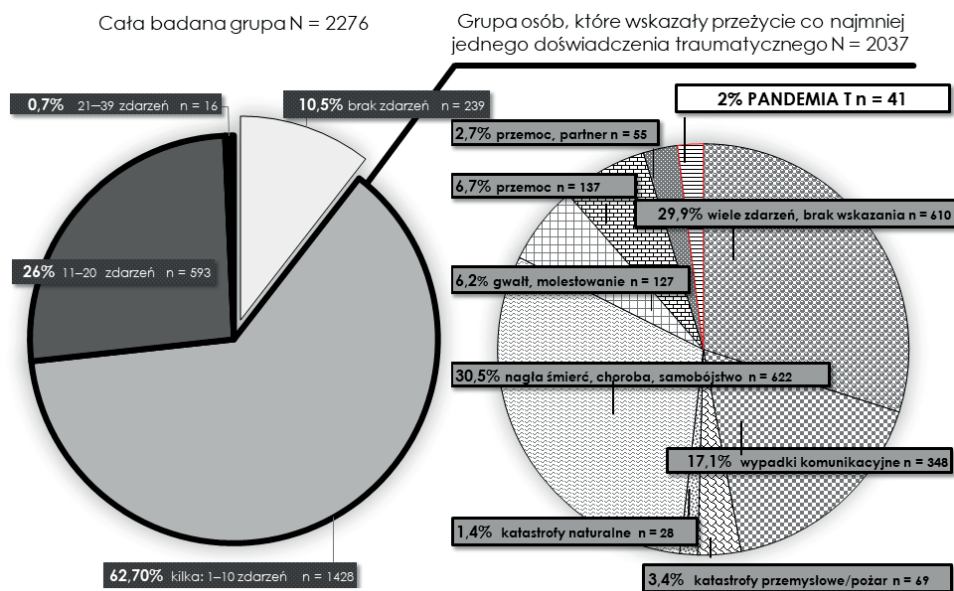
zamieszkania”. Rozpoznanie PTSD jest uwarunkowane związkiem objawów ze wskazanym doświadczeniem traumatycznym oraz występowaniem objawów należących do 4 kategorii: ponownego przeżywania, unikania, nadmiernego wzbudzenia oraz zmian w myśleniu i nastroju.

Rekrutacja do badania odbywała się od kwietnia do lipca 2020 w mediach społecznościowych. W badaniu wzięło udział 2276 osób, połowa z nich mieszkała w mieście powyżej 100 tys. mieszkańców, większość (67%) miała wykształcenie wyższe, większość także była w stałym związku (68%; szczegółowe dane zob. tabela 1).

Wyniki

Traumatyzacja i stresory w badanej grupie

Jedno lub kilka doświadczeń traumatycznych wskazało 89,5% badanych, nikt nie doznał zagrożenia życia lub utraty bliskich z powodu COVID-19. Częstość i rodzaj doświadczeń pokazano na rys. 1.



Rysunek 1. Częstość i rodzaj doświadczeń traumatycznych wskazanych jako najważniejsze (LEC/PCL-5) w całej badanej grupie oraz po wyodrębnieniu osób, które wskazały co najmniej jedno doświadczenie traumatyczne

Osoby bez doświadczeń traumatycznych wykazywały wyższy poziom stabilności emocjonalnej (mniejszą neurotyczność) oraz niższe nasilenie objawów stresu, lęku i depresji badanych skalą DASS-21 (zob. tabela 1) w porównaniu z pozostałymi grupami.

Tabela 1. Statystyki opisowe badanych zmiennych w poszczególnych grupach oraz wyniki analiz różnic międzygrupowych

Zmienna/grupa	(1) Bez traumatyzacji	(2) Trauma	(3) Covid+	(4) Pandemia T	Statystyka (różnice)
Liczebność (n)	239	1866	130	41	-
Płeć (n, %)	101 K (42,3%) / 138 M (57,7%)	1061 K (56,9%) / 805 M (43,1%)	61 K (46,9%) / 69 M (53,1%)	34 K (39,0%) / 7 M (17,1%)	$X^2 = 34,61, df = 3, p = 0,001$ (test X^2 : 1-2, 1-4, 2-3, 2-4)
Wiek (M, SD)	33,85; 9,26	34,88; 10,35	36,71; 10,01	31,34; 10,67	$F = 3,77, df = 3/2272, p = 0,01$ (testy post-hoc: 1-3, 2-3, 2-4, 3-4)
Wykształcenie (wyższe; n, %)	157 (65,7%)	1245 (66,7%)	90 (69,2%)	25 (61,0%)	$X^2 = 1,09, df = 3, p = 0,78$
Zamieszkanie (duże miasto; n, %)	103 (43,1%)	949 (50,9%)	70 (53,8%)	25 (61,0%)	$X^2 = 7,71, df = 3, p = 0,052$ (test X^2 : 1-2, 1-3, 1-4)
Stan cywilny (w związku; n, %)	170 (71,1%)	1281 (68,6%)	92 (70,8%)	25 (61,0%)	$X^2 = 2,02, df = 3, p = 0,57$
Traumatyzacja ogółem (LEC-5; M, SD) ^a	-	7,12; 4,66	8,61; 5,27	4,32; 4,10	H Kruskala-Wallis = 29,05, $df = 2, p = 0,001$ (test U Manna-Whitneya: 2-3, 2-4, 3-4)
Traumatyzacja osobi- sta/świadek (TB) (LEC-5; M, SD)	-	3,32; 31,5	3,63; 3,26	1,24; 1,99	H Kruskala-Wallis = 29,56, $df = 2, p = 0,001$ (test U Manna-Whitneya: 2-4, 3-4)
Traumatyzacja pośred- nia (TP) (LEC-5; M, SD)	-	2,72; 2,70	2,87; 2,83	2,53; 3,08	H Kruskala-Wallis = 1,96, $df = 2, p = 0,38$ (test Wilcoxon: grupy 2-3: TB > TP; grupa 4: TB < TP)
Diagnoza PTSD (PLC-5; n, %) ^b	-	394 (21,1%)	32 (24,6%)	13 (31,7%)	$X^2 = 3,43, df = 2, p = 0,18$
Objawy PTSD (PLC-5; M, SD)	-	4,98; 5,75	5,68; 6,29	6,43; 5,81	H Kruskala-Wallis = 4,64, $df = 2, p = 0,098$
Lęk (DASS-21; M, SD)	1,43; 2,93	2,68; 3,88	2,93; 4,16	3,32; 4,19	H Kruskala-Wallis = 42,25, $df = 3, p = 0,001$ (test U Manna-Whitneya: 1-2, 1-3, 1-4)

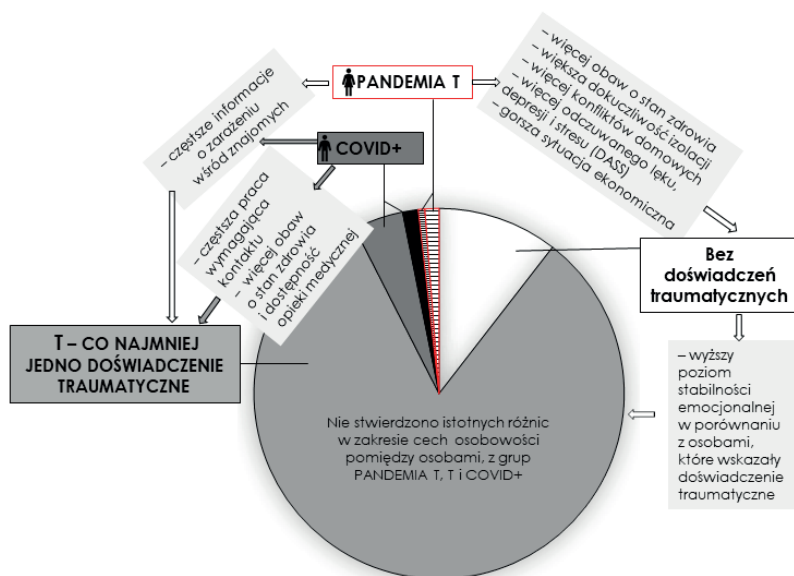
Depresja (DASS-21; M, SD)	2,11; 3,46	4,09; 4,83	4,06; 4,82	5,00; 3,96	H Kruskala-Wallis = 59,98, $df = 3$, $p = 0,001$ (test U Manna-Whitneya: 1-2, 1-3, 1-4)
Stres (DASS-21; M, SD)	2,64; 4,07	4,67; 4,67	4,79; 4,67	5,85; 4,30	H Kruskala-Wallis = 69,59, $df = 3$, $p = 0,001$ (test U Manna-Whitneya: 1-2, 1-3, 1-4)
Stabilność emocjonalna (IPIP-BFM-20; M, SD)	13,11; 3,48	12,22; 3,58	12,55; 3,46	11,50; 3,35	$F = 13,29$, $df = 1/2274$, $p = 0,001$ (grupa 1 vs pozostałe; bez różnic grupy 2-3-4); $F = 6,43$ $p = 0,011$ (po korekcie na wiek i płeć)
Problemy ekonomiczno-materialne (lista stresorów; M, SD) ^c	1,57; 0,75	1,87; 0,89	1,87; 0,89	1,84; 0,90	$F = 8,68$, $df = 3/2272$, $p = 0,01$ (testy post-hoc: 1-2, 1-3, 1-4)
Osamotnienie/ograniczenia (lista stresorów; M, SD) ^c	1,02; 0,74	2,37; 0,73	2,40; 0,72	2,46; 0,75	$F = 15,64$, $df = 3/2272$, $p = 0,01$ (testy post-hoc: 1-2, 1-3, 1-4)
Pomoc medyczna (lista stresorów; M, SD) ^c	1,31; 0,56	1,51; 0,68	1,72; 0,79	1,44; 0,59	$F = 11,41$, $df = 3/2272$, $p = 0,01$ (testy post-hoc: 1-2, 1-3, 2-3, 3-4)
Doświadczenia covidowe (lista stresorów; M, SD) ^c	1,11; 0,38	1,19; 0,48	1,39; 0,66	1,34; 0,76	$F = 10,25$, $df = 3/2272$, $p = 0,01$ (testy post-hoc: 1-2, 1-3, 1-4, 2-3, 2-4)
Praca – kontakt z ludźmi (lista stresorów; M, SD) ^c	1,55; 0,67	1,60; 0,73	1,98; 0,95	1,39; 0,63	$F = 12,58$, $df = 3/2272$, $p = 0,01$ (testy post-hoc: 1-3, 2-3, 3-4)
Zagęszczenie/konflikty (lista stresorów; M, SD) ^c	1,34; 0,56	1,56; 0,75	1,52; 0,75	1,46; 0,63	$F = 6,33$, $df = 3/2272$, $p = 0,01$ (testy post-hoc: 1-2, 1-3)
Obawy o zdrowie/zakażenie (lista stresorów; M, SD) ^c	1,88; 0,83	2,29; 0,88	2,44; 0,82	2,30; 0,91	$F = 18,09$, $df = 3/2272$, $p = 0,01$ (testy post-hoc: 1-2, 1-3, 1-4, 2-3)

Adnotacja: a – traumatyzacja ogółem zawiera informację o zdarzeniach związanych z pracą zawodową; b – diagnoza konfiguracyjna PTSD, zgodnie z kryteriami DSM-5; c – średnie pozycji dla listy stresorów (wymiary wyłonione poprzez eksploracyjną analizę czynnikową – odpowiedzi w skali Likerta o zakresie 1-4): problemy ekonomiczno-materialne (3 pozycje), osamotnienie/ograniczenia (4), pomoc medyczna, doświadczenia covidowe, praca – kontakt z ludźmi, zagęszczenie/konflikty, obawy o zdrowie/zakażenie (po 2 pozycje).

Samo zakażenie wirusem było uwzględniane w ogólnym badaniu stresorów, do których należały także: wiedza o zakażeniu wśród znajomych, wykonywanie pracy wymagającej kontaktu z ludźmi, obawy o stan zdrowia i dostęp do opieki medycznej, sytuacja ekonomiczna czy stres izolacji. Grupy, które były przedmiotem dalszych analiz, stanowiły osoby, które: wskazały pandemię jako traumę (Pandemia T, $n_{PT} = 41$), wskazały inne niż pandemia doświadczenia traumatyczne (T, $n_T = 1866$), przeżyły zakażenie (COVID+, $n_{C+} = 130$), ale nie wskazały go jako doświadczenia traumatycznego. Osoby z grup Pandemia T i COVID+ częściej wiedziały o osobach znajomych zakażonych lub chorych niż osoby z grupy T.

Osoby z grupy Pandemia T różniły się od grup T i Covid+ mniejszą liczbą doświadczeń traumatycznych, rzadziej bezpośrednich, a częściej informacją o traumie dotyczącej najbliższych. Osoby z grupy pandemia T były młodsze i częściej były to kobiety. Obawa o pogorszenie stanu zdrowia występowała u nich rzadziej niż w grupach COVID+ i T, ale częściej niż u badanych, którzy nie wskazali doświadczeń traumatycznych.

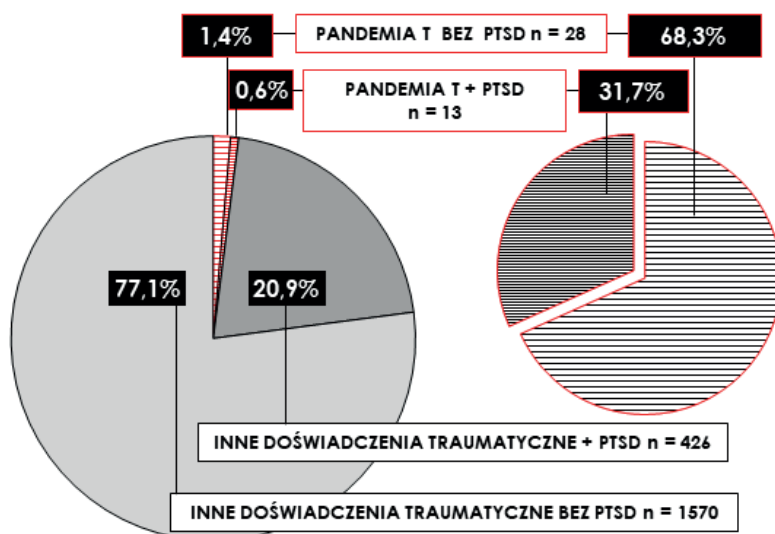
Osoby z grupy COVID+ (więcej mężczyzn), zgodnie z przewidywaniami, częściej niż osoby z grup Pandemia T i T wykonywały pracę wymagającą kontaktu z ludźmi, relacjonowały obawy o pogorszenie stanu zdrowia lub dostęp do opieki medycznej (rys. 2). Pod względem rodzaju i częstości doświadczeń traumatycznych grupa ta nie różniła się od grupy T.



Rysunek 2. Istotne różnice pomiędzy grupami: T, Pandemia T, COVID+ i grupą, która nie wskazała doświadczeń traumatycznych, dotyczące stresorów związanych z pandemią, cech osobowości i stanu emocjonalnego

PTSD w badanej grupie

Analiza konfiguracyjna danych zebranych na podstawie PCL-5 wskazywała na obecność PTSD u 21,3% osób z grupy T, u 31,7% spośród 41 osób z grupy Pandemia T i 24,6% z grupy COVID+ (różnice nieistotne). Wyższy niż w grupie Pandemia T odsetek PTSD stwierdzono u ofiar przemocy domowej (38,2%), gwałtu (35,4%), a niższe u osób, które doświadczyły innych form przemocy (24,1%), wielu zdarzeń i nie wskazały najgorszego (22,0%), wypadków komunikacyjnych (14,7%) czy były świadkami nagłych zgonów (21,2%). Średnia liczba objawów PTSD nie różniła się między grupami Pandemia T, T i COVID+ (por. rys. 3).



Rysunek 3. Częstość PTSD w badanej grupie wśród osób, które wymieniły co najmniej jedno doświadczenie traumatyczne (PCL-5, diagnoza konfiguracyjna)

Uwarunkowania PTSD

Spośród badanych zmiennych najsilniejszy związek dotyczy traumatyzacji oraz stabilności emocjonalnej (istotnie niższej u osób z PTSD we wszystkich grupach niezależnie od rodzaju traumy, bez istotnych różnic pomiędzy grupami: Pandemia T, T i Covid+). Współczynniki korelacji objawów PTSD z traumatyzacją i stabilnością emocjonalną wynosiły odpowiednio 0,11* i -0,47* w całej próbie i były zbliżone w trzech grupach (dla traumatyzacji: 0,12*, 0,13 i -0,04 oraz dla stabilności emocjonalnej: -0,48*, -0,41* i -0,34*)⁶.

⁶ * $p < 0,05$.

Dyskusja

Uzyskane wyniki uniemożliwiły udzielenie odpowiedzi na pytanie dotyczące PTSD po doświadczeniu zagrożenia życia – nikt w badanej grupie nie był hospitalizowany z powodu COVID-19 (co wskazuje na ograniczenie badania, jakim jest brak pełnej reprezentatywności grupy). Jednocześnie coraz liczniejsze dane z literatury uczulają na rozważanie diagnozy PTSD po przeżyciu nagłego zagrożenia życia, objawów somatycznych (np. związanych z COVID-19), wynikających z choroby (a nie zagrożeń zewnętrznych), co jest w literaturze traumatologicznej kwestią dość nową. Wątpliwości teoretyczne sygnalizują autorzy badający PTSD u pacjentów po zawale serca (Vilchinsky, Ginzburg, Fait, Foa, 2017), gdzie rozpowszechnienie PTSD sięga, w zależności od użytego narzędzia, aż 12%. Wagę problemu podkreślają także autorzy analizujący PTSD jako czynnik poprzedzający i zwiększający ryzyko udarów i chorób krążenia (Edmondson, von Känel, 2017). Obie perspektywy uzasadniają badanie PTSD w kontekście pandemii.

Na drugie i trzecie pytanie dotyczące możliwości zareagowania objawami PTSD uzyskaliśmy częściową odpowiedź, która wymaga rozważenia w kontekście istniejącej wiedzy.

Pandemia jako trauma a definicja stresora traumatycznego

Przyjmując dotychczasowy sposób rozumienia pojęcia „stresor traumatyczny” jako doświadczenia związanego z „poważnym zranieniem, śmiercią lub zagrożeniem integralności cielesnej własnej lub innych osób”, na które człowiek był „bezpośrednio narażony” – rozważanie objawów potraumatycznych w kontekście pandemii konfrontuje nas z niedoskonałościami systemów diagnostycznych. Ostra reakcja na stres, ostre zaburzenie stresowe i PTSD dotyczą wydarzeń, które już miały miejsce. Ich rozważanie wydaje się oczywiste u osób, u których rozpoznano COVID-19 lub w przebiegu COVID-19 przebywały w szpitalu w stanie zagrożenia życia oraz pracowników narażonych na kontakt z umierającymi na COVID-19. Reszta sytuacji to kwestia przyszłości, ryzyka, tolerancji niepewności, mierzenia się z trudnościami życiowymi. Takie „życiowe” uciążliwości mogą nieustająco wracać w myślach, wywoływać lęk, smutek czy stan wzbudzenia i trudności w funkcjonowaniu. Zarezerwowana dla nich jest jednak inna kategoria diagnostyczna – zaburzenie adaptacyjne. Według DSM-5 (APA, 2013) zaburzenie adaptacyjne można rozpoznać, gdy stresor nie ma charakteru traumatycznego, ale u pacjenta występują objawy charakterystyczne dla PTSD. Autorzy klasyfikacji ICD-11 (WHO, 2017) proponują następujące rozumienie:

zaburzenie adaptacyjne to nieadaptacyjna reakcja na możliwy do zidentyfikowania stresor psychospołeczny [...] (np. rozwód, choroba lub niepełnosprawność, problemy społeczno-ekonomiczne, [...]), które zwykle pojawiają się w ciągu miesiąca od wystąpienia stresora. Zaburzenie charakteryzuje się zaabsorbowaniem stresem lub jego konsekwencjami, w tym nadmiernym zamartwianiem się, nawracającymi i niepokojącymi myślami o stresorze lub ciągłym rozmyślaniem o jego konsekwencjach, a także brakiem przystosowania się do stresora, który powoduje znaczne upośledzenie osobiste, rodzinne, społeczne, edukacyjne, zawodowe lub w innych ważnych obszarach funkcjonowania [...].

Traumatyzacja w badanej grupie

Pod względem częstości relacjonowanych doświadczeń traumatycznych i PTSD wyniki badanej grupy są zbieżne z wynikami badań populacyjnych Kesslera i in. (2005) i wskazują na to, że naturalną ludzką cechą jest rezyliencja – nie samo przeżycie doświadczenia traumatycznego decyduje o późniejszym złym funkcjonowaniu, lecz splot czynników ryzyka, odporności i okoliczności zewnętrznych występujących już po traumie. Z tego powodu PTSD traktuje się jako zaburzenie naturalnego mechanizmu wygaszania reakcji lękowej, prowadzącego do zablokowania/spowolnienia naturalnego procesu remisji objawów. W przytoczonych badaniach dotyczących rozpowszechnienia PTSD podczas pandemii nie analizowano wcześniejszych doświadczeń traumatycznych i ich związku z PTSD.

Obiektywne vs postrzegane zagrożenie życia

Próba obiektywizacji i zdefiniowania stresora traumatycznego napotyka na ograniczenia, czego przykładem są zmieniające się definicje w kolejnych systemach klasyfikacyjnych. Prototypowym dla rozumienia PTSD wydarzeniem jest wojna, a poza tym katastrofy, wypadki, napaści. Doświadczenie bezpośredniego zagrożenia życia, jak hospitalizacja na oddziale intensywnej opieki medycznej z powodu COVID-19, stanowi obiektywne zagrożenie. Biorąc pod uwagę przekazywane przez media obrazy śmierci i zbliżającego się zagrożenia o nieznanym rozmiarach, trzeba zadać pytanie czy subiektywny odbiór tych przekazów był na tyle silny, że ogłoszenie stanu pandemii można było uznać za stresor traumatyczny. Uzyskane przez nas wyniki potwierdzałyby taką możliwość, a zastosowana metodologia pozwoliła na tego typu rozważania. W przeciwieństwie do autorów włoskich i saudyjskich, którzy arbitralnie dostosowali pytania PCL do stanu pandemii, pytając np. o „unikanie wspomnień, myśli lub uczuć związanych z COVID-19” (Forte i in., 2020), w naszym badaniu respondenci byli proszeni o wskazanie wydarzenia, które uznają za najbardziej traumatyczne w ich życiu. Stąd grupa osób została zawężona do tych, których subiektywna ocena pandemii wykraczała poza ich dotychczasowe doświadczenie. Nie dziwi charakterystyka tej grupy, w której były osoby młodsze i mające wcześniej mniej doświadczeń traumatycznych (ra-

dzenia sobie z przeciwnościami?) niż pozostali badani, a jednocześnie znajdujące się w gorszej sytuacji ekonomicznej i gorzej znoszące izolację niż grupa, która także nie doznała wcześniej traum. Te właśnie osoby zareagowały na pandemię objawami PTSD – co sprawiło, że ich funkcjonowanie w okresie pandemii znacząco się pogorszyło. Sama konfiguracja objawów – bez uwzględnienia kontekstu stresora – uzasadniałaby diagnozę kliniczną PTSD.

Jedyna wątpliwość nakazuje powrócić do definicji stresora i kryterium bezpośrednio doznanego zagrożenia. Osoby badane zareagowały na zagrożenie transmitowane przez media, działające na wyobraźnię, a także na informacje o zakażeniu wśród znajomych. Ta reakcja ma swoje odniesienia do zastrzeżenia czynionego przez autorów DSM-5 (gdzie stresor doświadczany pośrednio przez obrazy, fotografie lub „dowiedzenie się” jest uznany za traumatyczny tylko wtedy, gdy jest nim informacja o śmierci bliskich osób albo dotyczy awersyjnych aspektów pracy, np. obrazów z miejsca zbrodni). Bez uszczegółowienia definicji stresora wszelkie przekazywane przez media drastyczne obrazy ofiar wojny dziejącej się aktualnie (np. w Syrii), śmierci z głodu mogłyby być traktowane jako stresory traumatyczne. Reakcja osób badanych może także dotyczyć opisywanego częściowo zespołu objawów pretraumatycznych, ostatnio rozpatrywanego w kontekście zagrożenia klimatycznego (Kaplan, 2020).

Nie kwestionując cierpienia i trudności w funkcjonowaniu, które relacjonowali uczestnicy badania, mimo tego, że wiązali je z doświadczeniem ogłoszenia pandemii i objawami opisywanymi w PCL-5, wątpliwości dotyczące rozpoznania PTSD w tej grupie pozostają. Dysfunkcjonalne radzenie sobie z niepewnością dotyczącą możliwości zakażenia, pogorszeniem sytuacji materialnej, oddaleniem od bliskich, jest zawarte w kryteriach diagnostycznych zaburzeń lękowych (np. zaburzenie lękowe uogólnione, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, fobie), depresji czy zaburzeń adaptacyjnych, często współwystępuje (por. Barbano i in., 2019; Barlow, 2017), ale nie stanowi istoty PTSD.

Zakładamy zazwyczaj, że badania naukowe przyczyniają się do powstania bazy wiedzy, a praktyka kliniczna to stosowanie tej podstawy. Zgromadzone dane wskazują na konieczność zastanowienia się, czy opisane przez respondentów objawy będziemy rozumieć jako PTSD, czy będziemy się skłaniać ku zaburzeniom adaptacyjnym. Jest to o tyle istotne, że w postępowaniu terapeutycznym rzecznicy pandemicznego PTSD mogliby chcieć wybrać (gdyby postępowali zgodnie z zaleceniami *evidence-based practice*, np. NICE 2019; Popiel, Pragłowska, 2009) jedną ze zorientowanych na traumę (*trauma-focused*) metod terapii poznawczo-behawioralnej. Metody „zorientowane na traumę” to takie, w których przede wszystkim dąży się do przetworzenia wspomnienia doświadczenia traumatycznego i stworzenia funkcjonalnej narracji dotyczącej tego doświadczenia. Aby móc jak najlepiej pomóc w poradzeniu sobie z sytuacją i odczuwanym dystresem podczas pandemii,

w planowaniu interwencji terapeutycznych wobec osób z grupy Pandemia T, które zgłaszają objawy PTSD, odnieśliśmy się do konceptualizacji zaburzeń lękowych lub adaptacyjnych, a nie do modeli PTSD.

Wnioski

- Rozważanie PTSD u osób, które doświadczyły zagrożenia życia w przebiegu COVID-19 (zarówno pacjentów, jak i personelu medycznego), jest w świetle danych z literatury uzasadnione z powodu konsekwencji, jakie łączą się z nieleczonym PTSD. Pierwsza fala badania nie dostarczyła danych empirycznych pozwalających na analizę specyfiki PTSD w tej grupie osób. Wyniki wskazały jednak, że zakażenie wirusem oraz choroba COVID-19 o lekkim przebiegu nie stanowi czynnika ryzyka PTSD.
- Rozpowszechnienie doświadczeń traumatycznych (89,5%) i PTSD (20,9%) w badanej grupie jest zbieżne z danymi z literatury i wiąże się z innymi niż ogłoszenie pandemii doświadczeniami. Uzyskane wyniki nie pozwalają na odpowiedź, w jakim stopniu objawy PTSD zostały nasilone przez ogłoszenie pandemii.
- Badanie COVID-STRES pozwoliło na wyodrębnienie niewielkiej (0,6%) grupy osób wykazujących objawy PTSD związane z ogłoszeniem pandemii. Uzasadnione wydaje się traktowanie tych objawów raczej jako zaburzeń adaptacyjnych niż PTSD. Konfiguracja i nasilenie objawów wskazuje na dystres i zaburzenie funkcjonowania, dlatego ważne jest zwrócenie uwagi na osoby, dla których ogłoszenie pandemii mogło być czynnikiem wyzwalającym zaburzenie psychiczne.

Literatura

- Alshehri, F. S., Alatawi, Y., Alghamdi, B. S., Alhifany, A. A., Alharbi, A. (2020). Prevalence of post-traumatic stress disorder during the COVID-19 pandemic in Saudi Arabia, *Saudi Pharmaceutical Journal*, 28(12), 1666–1673. DOI: 10.1016/j.jsps.2020.10.013.
- American Psychiatric Association (APA, 2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition (DSM-5)*. Washington: American Psychiatric Association.
- Barbano, A. C., van der Mei, W. F., de Roon-Cassini, T. A., Grauer, E., Lowe, S. R., Matsuoka, Y. J., O'Donnell, M., Olf, M., Qi, W., Ratanatharathorn, A., Schnyder, U., Seedat, S., Kessler, R. C., Koenen, K. C., Shalev, A. Y., & International Consortium to Prevent PTSD (2019). Differentiating PTSD from anxiety and depression: Lessons from the ICD-11 PTSD diagnostic criteria. *Depression and Anxiety*, 36(6), 490–498. DOI: 10.1002/da.22881.
- Barlow, D. H. (2017). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

- Berntsen, D., Rubin, D. C. (2014). Pretraumatic stress reactions in soldiers deployed to Afghanistan. *Clinical Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 3(5), 663–674. DOI: 10.1177/2167702614551766.
- Donnellan, M. B., Oswald, F. L., Baird, B. M., Lucas, R. E. (2006). The Mini-IPIP Scales: Tiny-yet-effective measures of the Big Five Factors of Personality. *Psychological Assessment*, 18(2), 192–203. DOI: 10.1037/1040-3590.18.2.192.
- Edmondson, D., von Känel, R. (2017). Post-traumatic stress disorder and cardiovascular disease. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 320–329. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30377-7.
- Foa, E. B., Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20–35.
- Forte, G., Favieri, F., Tambelli, R., Casagrande, M. (2020). COVID-19 Pandemic in the Italian population: Validation of a Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire and prevalence of PTSD symptomatology. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), DOI: 10.3390/ijerph17114151.
- González-Sanguino, C., Ausín, B., ÁngelCastellanos, M., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C., Muñoz, M. (2020). Mental health consequences during the initial stage of the 2020 coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, Behavior, and Immunity*. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.05.040.
- Kaplan, E.A. (2020). Is climate-related Pre-Traumatic Stress Syndrome a real condition? *American Imago*, 77(1), 81–104. DOI: 10.1353/aim.2020.0004.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617–627. DOI: 10.1001/archpsyc.62.6.617.
- Liang, L., Gao, T., Ren, H. i in. (2020). Post-traumatic stress disorder and psychological distress in Chinese youths following the COVID-19 emergency. *Journal of Health Psychology*, 25(9), 1164–1175. DOI: 10.1177/1359105320937057.
- Lovibond, P. F., Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2019). *Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. London: Gaskell and the British Psychological Society.
- Parker, A. M., Sricharoenchai, T., Raparla, S., Schneck, K. W., Bienvenu, O. J., Needham, D. M. (2015). Posttraumatic stress disorder in critical illness survivors: A metaanalysis. *Critical Care Medicine*, 43(5), 1121–1129. DOI: 10.1097/CCM.0000000000000882.
- Popiel, A., Pragłowska, E. (2009). Terapia zaburzeń potraumatycznych. W: J. Strelau, B. Zawadzki, M. Kaczmarek (red.), *Konsekwencje psychiczne traumy. Uwarunkowania i terapia* (s. 343–370). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Topolewska, E., Skimina, E., Strus, W., Ciecuch, J., Rowiński, T. (2014). Krótki kwestionariusz do pomiaru Wielkiej Piątki IPIP-BFM-20. *Roczniki Psychologiczne/Annals of Psychology*, 17(2), 367–384. Pobrane z: <http://czasopisma.tnku.pl/index.php/rpsych/article/view/3164> (02.12.2020).
- Vilchinsky, N., Ginzburg, K., Fait, K., Foa, E. B. (2017). Cardiac-disease-induced PTSD (CDI-PTSD): A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 55, 92–106. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.04.009.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T., Palmieri, P., Marx, B., Schnurr, P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. Scale available from the National Center for PTSD. Pobrane z: www.ptsd.va.gov (10.10.2020).

World Health Organization (WHO, 1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (WHO, 2017). *ICD-11 beta draft*. Pobrane z: <https://icd.who.int/dev11/l-m/en> (10.10.2020).

Zawadzki, B., Popiel, A. (2014). Na rozstaju dróg: struktura objawów stresu pourazowego (PTSD) po DSM-5, a przed ICD-11. *Nauka*, 4, 69–86.

Zawiślak, D., Zur-Wyrozumska, K., Habera, M., Skrzypiec, K., Pac, A., Cebula, G. (2020). Evaluation of a Polish version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21). *Journal of Neuroscience and Cognitive Studies*, 4(1), 1015.