



Nasilenie stanów prodromalnych psychozy wśród zdrowych młodych dorosłych w kontekście stresu i lęku wywołanego pandemią COVID-19

Exacerbation of prodromal psychosis among healthy young adults in the context of stress and anxiety caused by the COVID-19 pandemic

Malwina Osika^{1, A-D}, Krzysztof Zdziarski^{2, E-F}

¹ studentka psychologii zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Polska

² Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Katedra Medycyny Społecznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Osika M, Zdziarski K. Nasilenie stanów prodromalnych psychozy wśród zdrowych młodych dorosłych w kontekście stresu i lęku wywołanego pandemią COVID-19. Med Og Nauk Zdr. 2021; 27(2): 161–168. doi: 10.26444/monz/138915

Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. Celem pracy jest określenie częstości występowania symptomów prodromalnych psychozy oraz nasilenia dystresu w kontekście stresu i lęku, a także analiza potencjalnych predyktorów objawów prodromalnych psychozy wśród zdrowych młodych dorosłych podczas pandemii COVID-19.

Materiał i metody. Badaniem online, przeprowadzonym między październikiem a listopadem 2020 roku, objęto 409 osób (wśród których 76,8% to kobiety) w wieku 18–35 lat ($M=24,3$; $SD=4,7$). Anonimowa i dobrowolna ankieta online zawierała autorskie pytania dotyczące subiektywnej oceny stresu oraz dobrostanu psychofizycznego w pandemii, oceniane na skali 1–9, w badaniu posłużono się także Kwestionariuszem PQ-B(PL) oraz Kwestionariuszem Lęku Uogólnionego GAD-7. Zasadniczą metodą analizy wyników była regresja hierarchiczna.

Wyniki. Wykazano, że istotnymi predyktorami częstości występowania objawów prodromalnych psychozy w czasie pandemii był fakt korzystania z pomocy psychologa przed okresem pandemii, subiektywne poczucie dobrostanu przed pandemią oraz nasilenie lęku uogólnionego ($R^2=0,243$). Predyktorami nasilenia dystresu były analogiczne zmienne do częstości występowania objawów ($R^2=0,282$). Subiektywna ocena nasilenia stresu nie okazała się istotnym predyktorem.

Wnioski. Wyższy poziom lęku uogólnionego, niższy poziom subiektywnego poczucia dobrostanu psychofizycznego przed pandemią i korzystanie z pomocy psychologa współwystępują z częstszym występowaniem objawów prodromalnych psychozy oraz z wyższym nasileniem dystresu. Wskazane jest dalsze prowadzenie badań.

Słowa kluczowe

lęk, stres, COVID-19, doświadczenia parapsychotyczne, PQB-PL, symptomy prodromalne psychozy

Abstract

The survey conducted online between October – November 2020 included 409 respondents (76.8% of females) aged 18–35 ($M=24.3$; $SD=4.7$). An anonymous and voluntary online survey contained original questions concerning the subjective assessment of stress and psychophysical wellbeing in a pandemic, assessed according to the scale from 1–9, as well as the PQ-B (PL) Questionnaire and the GAD-7 Generalized Anxiety Questionnaire. The principal method of analyzing the results was hierarchical regression.

Results. It was shown that significant predictors of the incidence of prodromal symptoms of psychosis during the pandemic were the use of a psychologist before the pandemic, subjective sense of wellbeing before the pandemic, and the severity of generalized anxiety ($R^2=0.243$). The predictors of the severity of distress were variables analogous to the frequency of symptoms ($R^2=0.282$). Subjective assessment of the severity of stress did not occur to be a significant predictor.

Conclusions. A higher level of generalized anxiety, a lower level of subjective psychophysical wellbeing and the use of psychological assistance correlate with the frequent occurrence of prodromal symptoms of psychosis and with a higher severity of distress. It is recommended that further research should be carried out.

Key words

anxiety, stress, COVID-19, PQ-B(PL), parapsychotic experiences, prodromal symptoms of psychosis

Adres do korespondencji: Malwina Osika, studentka psychologii zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Szczecin
E-mail: malwinaa3366@gmail.com

Nadesłano: 1.05.2021; zaakceptowano do publikacji: 14.06.2021; publikacja online: 22.06.2021

WSTĘP

W obszarze badań nad zaburzeniami psychicznymi pojawia się coraz więcej prac badawczych, dla których priorytetem staje się wczesne rozpoznanie zaburzeń psychotycznych tj. wykrywanie tzw. symptomów prodromalnych czy ultrawysokiego ryzyka rozwoju psychozy (ang. *ultra-high risk syndrome*, UHR). Odpowiednio szybkie wdrożenie adekwatnej interwencji zwiększa prawdopodobieństwo efektywniejszego leczenia oraz może doprowadzić do odroczenia pierwszego epizodu psychotycznego, a w niektórych przypadkach nawet mu zapobiec [1]. Doświadczenia psychotyczne są zmienną rozciągającą się na kontinuum zdrowia i choroby. Oznacza to, że mogą występować zarówno u ludzi zdrowych, jak i tych dotkniętych zaburzeniami psychicznymi. W przypadku braku choroby objawy te określane są jako doświadczenia parapsychotyczne (ang. *psychotic-like experience*, PLE), które w lżejszym i bardziej adaptacyjnym nasileniu mogą ujawniać się jako różnice indywidualne występujące u ludzi zdrowych [2, 3]. Objawami, które mogą świadczyć o pojawieniu się symptomów prodromalnych psychozy, są: zmiany w obrębie funkcji poznawczych (w tym trudności w koncentracji, obniżony poziom uwagi), pogorszenie samopoczucia, występowanie chaotycznych myśli i zachowań, labilność emocjonalna, spadek tolerancji stresu, poczucie utraty kontroli nad własnym życiem oraz ogólne pogorszenie funkcjonowania jednostki w życiu codziennym [4]. Zatem stan ryzyka rozwoju psychozy (ang. *at-risk mental state*, ARMS) ująć można jako zespół subklinicznych objawów o takim nasileniu PLE, które wykracza poza zakres ogólnie przyjętej normy i zwiastuje nadejście choroby [5].

Ze względu na powszechność zakażeń wywołanych wirusem SARS-CoV-2 (ang. *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*) Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO) w marcu 2020 roku ogłosiła pandemię [6]. Globalne rozprzestrzenianie się wirusa wywołało szereg konsekwencji na poziomie indywidualnym i społecznym. Niedająca się przewidzieć przyszłość oraz brak rzetelnej wiedzy z zakresu medycyny wśród większości populacji doprowadziły do szerzenia się wszechobecnej dezinformacji. Ponadto szybkie tempo transmisji wirusa doprowadziło do wprowadzenia przez rządy nadzwyczajnych regulacji dotyczących ograniczeń w zakresie korzystania z praw i wolności jednostki. Pandemia wymusiła konieczność dostosowywania się do dynamicznie zmieniającej się sytuacji (ograniczenia dotyczące swobody przemieszczania się, zamknięcie szkół, obowiązek zasłaniania ust i nosa, ograniczenia w prowadzeniu działalności m.in. przez centra handlowe, restauracje, hotele itd.), doprowadziła do społecznej stygmatyzacji (dotyczącej osób, które podejrzewa się o większe prawdopodobieństwo przeniesienia zakażenia, np. będących na kwarantannie, pracujących za granicą, kaszlących czy pracowników ochrony zdrowia) oraz u wielu osób wywołała tendencję do nadmiernego analizowania funkcjonowania organizmu (np. nieustanny pomiar temperatury ciała, kompulsywne mycie rąk oraz dezynfekcja) [7]. Wskazane wyżej zjawiska mogą prowadzić do destabilizacji życia codziennego oraz wystąpienia takich objawów jak: niepokój emocjonalny, drażliwość, bezsenność [8], obniżony nastrój, lęk napadowy, lęk z somatyzacją, poczucie frustracji, samotności czy anhedonia [9]. Ciągłe wyzwania wymuszają na nas rozwój nowych metod radzenia sobie ze stresem. W przypadku przejawiania trudności w rozwijaniu odpowiednich strategii zaradczych, przy

jednoczesnym braku wsparcia społecznego, dochodzić może do narastających problemów adaptacyjnych [10]. Oznacza to, że pandemia jest nową, trudną oraz niepewną sytuacją zagrożenia (stresu), wobec której zawodzą dotychczasowe mechanizmy obronne [7], a jej destrukcyjny charakter oraz ekspozycja na ciągły stres w negatywny sposób oddziałuje na kwestie indywidualnych relacji w społeczeństwie, powodując wzmożone uczucie niepokoju.

Strach jest naturalnym mechanizmem ewolucyjnym pojawiającym się w obliczu realnego zagrożenia [11], podczas gdy lęk powstaje na skutek błędnych interpretacji poznawczych i emocjonalnych, wywołując reakcję nieproporcjonalną do wielkości zagrożenia [12]. Jednak by zrozumieć rolę, jaką odgrywa w etiopatogenezie zaburzeń psychotycznych, warto przede wszystkim przyrzeć się jego definicji. Lęk rozumiany jest jako stan psychiczny związany z nasilonymi obawami i dyskomfortem [13], któremu towarzyszą dokuczliwe objawy wegetatywne, takie jak: duszności, hiperwentylacja, pocenie się, drżenie, suchość jamy ustnej, wzmożone napięcie mięśni, bóle głowy czy zaburzenia rytmu serca [14, 15]. Jest wewnętrznym sygnałem ostrzegawczym, informującym o konieczności podjęcia decyzji i działania w kierunku zmiany [16]. Jego etiologia jest niejednoznaczna. Wzrasta w sytuacji gdy wyolbrzymiamy zagrożenie i/lub umniejszamy własne strategie radzenia sobie ze stresem. W przypadku zaburzeń psychotycznych lęk jako objaw nie wysuwa się na pierwszy plan, jednakże jest czynnikiem wyzwalającym inne objawy typowe dla tego typu zaburzenia. Nasilające się sytuacje lękogenne (np. lęk przed zarażeniem siebie i innych, lęk przed śmiercią, lęk przed utratą pracy, lęk przed stygmatyzacją społeczną) prowadzić mogą do utraty kontroli nad emocjami, dysregulacji zachowania, braku możliwości kształtowania relacji z otoczeniem oraz do ograniczenia lub zaniechania funkcjonowania w wielu sferach [17].

Psychoza jest stanem psychopatologicznym polegającym na osłabieniu lub utracie zdolności do racjonalnej oraz trafnej oceny rzeczywistości [18]. Występować może jako zaburzenie psychiczne, objaw zaburzenia lub w postaci egzogennej (psychozy infekcyjne, związane z zaburzeniami hormonalnymi, nowotworami, urazami mózgu, zatruciem środkami toksycznymi itp.) [19]. Jest określeniem obejmującym trzy grupy objawów: wytwórcze (pozytywne), ubytkowe (negatywne) oraz dezorganizacji [20]. Jako psychotyków określa się chorych, którzy w pewnym zakresie utracili poczucie rzeczywistości co do własnej osoby i otaczającego ich świata. Zarówno czynniki genetyczne, jak i środowiskowe mają znaczący wpływ na powstawanie tego typu zaburzeń. Zmodyfikowana koncepcja neuroobrazowa O.D. Howes'a i R.M. Murray'a [21] zwraca szczególną uwagę na interakcję czynników psychologicznych, społecznych oraz genetycznych w kształtowaniu się psychoz. Mówi o tym, że nadmierna synteza dopaminy (łącząca się z objawami psychotycznymi), może być uwarunkowana kontekstem środowiskowym (wydarzenie traumatyczne). Zgodnie z założeniami tego modelu można przypuszczać, iż trwająca pandemia stanowić może czynnik traumatyczny, potencjalnie wpływający na nadmierną syntezę dopaminy oraz skutkujący pojawieniem się PLE.

Celem niniejszego opracowania jest zwrócenie szczególnej uwagi na kwestię nasilenia zaburzeń psychotycznych w kontekście doświadczanego lęku, stresu i subiektywnego poczucia dobrostanu psychofizycznego podczas pandemii COVID-19, a także na dostarczenie istotnych informacji klinicznych, które będą pomocne w ocenie ryzyka konwersji

oraz we wdrożeniu wczesnej interwencji, niosąc możliwość zapobiegania lub złagodzenia przebiegu pełnoobjawowej psychozy.

Przypuszczać można, że istnieje istotny statystycznie związek pomiędzy nasileniem stanów prodromalnych psychozy a poziomem lęku i stresu wywołanego pandemią COVID-19 oraz ogólnym dobrostanem przed pandemią i w jej trakcie wśród zdrowych młodych dorosłych. Wraz ze wzrostem poziomu lęku oraz stresu rośnie nasilenie stanów prodromalnych psychozy i spada poczucie dobrostanu psychicznego. Hipoteza główna zakładała, że częstotliwość występowania objawów prodromalnych oraz nasilenie dystresu nimi powodowanego będzie możliwe do wyjaśnienia poprzez przeanalizowanie wzajemnych interakcji pomiędzy czynnikami socjodemograficznymi, wskaźnikiem stresu i dobrostanu przed pandemią i w jej trakcie oraz nasileniem lęku uogólnionego w trakcie doświadczania pandemii.

METODA

Uczestnicy badania

W badaniu udział wzięło 409 ochotników, w tym 314 kobiet (76,8%) i 95 mężczyzn (23,2%). Były to osoby zdrowe, w wieku od 18. do 35. r.ż. ($M=24,3$; $SD=4,7$), zróżnicowane pod względem socjodemograficznym. Grupa została dobrana w sposób

celowy, ze względu na to, iż pierwszy epizod schizofrenii zwykle przypada pomiędzy okresem dojrzewania a 35. r.ż. Przyjmuje się, że u mężczyzn początek choroby ujawnia się wcześniej, tj. między 15. a 24. r.ż., natomiast w przypadku płci przeciwnej objawy pojawiają się w późniejszym stadium rozwoju, dotycząc kobiety w wieku 25–35 lat [22]. Dokładną charakterystykę socjodemograficzną osób badanych przedstawiono w tab. 1. Kobiety różniły się od mężczyzn istotnie tylko pod względem stanu cywilnego – więcej było wśród nich osób w związkach nieformalnych.

Przebieg badania

Badanie zostało przeprowadzone od 29 października do 29 listopada 2020 roku, w czasie trwania tzw. drugiej fali pandemii COVID-19. Dane zebrano za pośrednictwem formularza online, link do którego rozpowszechniany był w mediach społecznościowych (Facebook). W instrukcji do ankiety zawarty został cel badania oraz informacja o dobrowolności i anonimowości uczestnictwa. Po zapoznaniu się z instrukcją i wyrażeniu zgody na udział w badaniu respondenci wypełniali kolejno ankietę własną oraz dwa wystandaryzowane kwestionariusze. Przejście przez wszystkie pytania zajęło im ok. 10–15 minut.

W badaniu wykorzystano następujące narzędzia badawcze: 1. Autorską ankietę osobową, składającą się z 16 pozycji: 11 pytań socjodemograficznych, 3 pytań odnoszących się do

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna grupy

Zmienne	Cała grupa	Kobiety	Mężczyźni	Porównanie grup		
	M (SD)/ N (%)	M(SD)/ N (%)	M (SD)/ N (%)	Z*/ X2	df	p
Wiek (w latach)	24,3 (4,67)	24,05 (4,56)	25,13 (4,94)	-1,823*	–	0,068
Wykształcenie						
podstawowe	12 (2,9%)	8 (2,5%)	4 (4,2%)			
zawodowe	14 (3,4%)	10 (3,2%)	4 (4,2%)			
średnie	121 (29,7%)	84 (26,8%)	37 (38,9%)	8,326	4	0,080
wyższe niepełne (licencjat, jeszcze studiuje)	203 (49,9%)	169 (53,8%)	36 (37,9%)			
wyższe pełne (mgr+)	57 (14,0%)	43 (13,7%)	14 (14,7%)			
Miejsce zamieszkania						
wieś	106 (25,9%)	83 (26,4%)	23 (24,2%)			
małe miasto (do 50 tys.)	74 (18,1%)	57 (18,2%)	17 (17,9%)			
średnie miasto (50– 250 tys.)	66 (16,1%)	51 (16,2%)	15 (15,8%)	0,911	4	0,923
duże miasto (250– 500 tys.)	94 (23,0%)	73 (23,2%)	21 (22,1%)			
bardzo duże miasto (powyżej 500 tys.)	69 (16,9%)	50 (15,9%)	19 (20,0%)			
Sytuacja materialna						
bardzo zła	3 (0,7%)	2 (0,6%)	1 (1,1%)			
zła	13 (3,2%)	11 (3,5%)	2 (2,1%)			
przeciętna	167 (40,9%)	128 (40,9%)	39 (41,1%)	1,343	4	0,854
dobra	171 (41,9%)	133 (42,5%)	38 (40,0%)			
bardzo dobra	54 (13,2%)	39 (12,5%)	15 (15,8%)			
Stan cywilny						
samotny	140 (34,2%)	103 (32,8%)	37 (38,9%)			
w związku nieformalnym	203 (49,6%)	162 (51,6%)	41 (20,2%)	8,462	3	0,037
w związku formalnym	64 (15,6%)	49 (15,6%)	15 (23,4%)			
Czy korzystał z pomocy						
tak	99 (24,2%)	82 (20,0%)	17 (4,2%)			
nie	310 (75,8%)	232 (56,7%)	78 (19,1%)	8,294	4	0,081

Źródło: badanie własne

stresu oraz 2 pytań dotyczących subiektywnej oceny dobrostanu psychofizycznego. Osoba badana ocenia w sposób subiektywny swój poziom dobrostanu psychofizycznego przed wybuchem pandemii i aktualnie oraz odczuwalny ogólny poziom stresu przed wybuchem pandemii, na początku pandemii i aktualnie, korzystając ze skali od 1 (bardzo niski) do 9 (bardzo wysoki). Wypełnienie ankiety zajmuje ok. 3 minut.

2. Kwestionariusz PQ-B(PL) autorstwa Loewy, Cannon, 2010; polska adaptacja: Starkowska, Kucharska-Mazur, Mak, Samochowiec, 2020. Jest to licząca 21-punktowa skala służąca do oceny doświadczeń psychotycznych wśród pacjentów psychiatrycznych i osób zdrowych. Osoba badana stwierdza, czy w ciągu ostatniego miesiąca doświadczyła danych objawów, zaznaczając „tak” (jeżeli wystąpił choć raz) lub „nie” (jeśli nie wystąpił). W przypadku udzielenia odpowiedzi „tak” respondent przechodzi do oceny, jak bardzo dokuczliwe było dla niego dane doświadczenie na skali od 1 („zdecydowanie się nie zgadzam”) do 5 („zdecydowanie się zgadzam”). Kwestionariusz wykorzystywany może być również jako narzędzie przesiewowe do różnicowania osób doświadczających takiego nasilenia PLE, które może stanowić oznakę stanów prodromalnych zwiastujących rozwój pełnobjawowej psychozy. Obie wersje kwestionariusza osiągają rzetelność na wysokim poziomie ($\alpha=0,85$) [2]. Pomiar przy użyciu kwestionariusza zajmuje średnio ok. 5 minut.
3. Kwestionariusz Lęku Uogólnionego GAD-7 autorstwa Spitzer, Kroenke, Williams, Löwe, 2006. Jest to 7-punktowe narzędzie przesiewowe służące do oceny ryzyka zespołu lęku uogólnionego. Osoba badana ocenia, z jaką częstotliwością występowały u niej objawy zespołu lęku uogólnionego w czasie ostatnich dwóch tygodni, udzielając odpowiedzi na skali od 0 („wcale nie dokuczały”) do 3 („niemal codziennie”). W badaniu użyta została polskojęzyczna wersja kwestionariusza GAD-7, udostępniona przez firmę Pfizer Inc (www.phqscreeners.com). W oryginalnej wersji kwestionariusz osiągnął rzetelność na bardzo wysokim poziomie ($\alpha=0,92$) [23]. Pomiar przy użyciu kwestionariusza zajmuje średnio ok. 3 minut.

Analiza statystyczna

Zebrane w badaniu dane poddano analizie ilościowej z wykorzystaniem pakietu IBM SPSS Statistics v. 25. Poza wybranymi technikami opisowymi wykorzystano test Shapiro-Wilka do oceny normalności rozkładów, nieparametryczną analizę korelacji rang Spearmana, test U Manna-Whitneya i χ^2 Pearsona do porównania płci. Główną metodą weryfikacji hipotez była analiza regresji hierarchicznej, zaimplementowana w celu wyjaśnienia znaczenia cech socjodemograficznych, poziomu stresu, dobrostanu i lęku dla kształtowania się częstości występowania objawów prodromalnych i nasilenia dystresu spowodowanego tymi objawami. Przed przeprowadzeniem analizy dane zostały wystandaryzowane. Za wskaźnik istotności statystycznej przyjęto wartość $p < 0,05$.

WYNIKI

W tab. 2 zawarto informacje o wynikach pomiarów cech psychologicznych w całej badanej grupie wraz z różnicami ze względu na płeć. Podano wartości minimalne, maksymalne, średnie (M) i odchylenie standardowe (SD), istotność różnic obliczono nieparametrycznym testem dla dwóch niezależnych grup, bazującym na medianie. W pomiarze stresu najwyższy wynik średni występował w ocenie stresu na początku pandemii – był średnio o 1,69 wyższy niż przed pandemią i o 0,37 wyższy niż podczas jesiennej fali pandemii. Subiektywne poczucie ogólnego dobrostanu psychofizycznego spadło podczas pandemii średnio o 1,53 pkt pomiarowego. W pomiarze PQ-B osoby badane raportowały średnio nieco ponad 5 objawów prodromalnych, a średni wynik w skali dystresu wynosił blisko 16 pkt. W skali GAD średni wynik w grupie wynosił ok. 7 pkt, a kobiety osiągały wyniki blisko dwa razy wyższe niż mężczyźni. Wśród kobiet istotnie wyższe było też nasilenie stresu, zaś niższy – dobrostan. Poza wyższym stresem i lękiem kobiety wykazywały też wyższe nasilenie dystresu spowodowanego objawami prodromalnymi, przy czym częstość występowania tych objawów była statystycznie podobna u kobiet i mężczyzn ($p > 0,05$).

Tabela 2. Nasilenie badanych cech psychologicznych z uwzględnieniem różnic ze względu na płeć

Zmienne	Cała grupa	Kobiety	Mężczyźni	Porównanie grup	
	min.–max. M (SD)	min.–max. M (SD)	min.–max. M (SD)	Z	p
Stres przed pandemią	1–9 3,81 (2,05)	1–9 4,01 (2,02)	1–8 3,17 (2,03)	-3,553	< 0,001
Stres na początku pandemii	1–9 5,50 (2,30)	1–9 5,79 (2,21)	1–9 4,52 (2,36)	-4,477	< 0,001
Stres podczas pandemii	1–9 5,13 (2,41)	1–9 5,34 (2,35)	1–9 4,43 (2,47)	-2,997	0,003
Dobrostan przed pandemią	1–9 6,60 (1,87)	1–9 6,55 (1,85)	1–9 6,74 (1,93)	-0,915	0,360
Dobrostan aktualnie	1–9 5,07 (2,16)	1–9 4,87 (2,14)	1–9 5,71 (2,12)	-3,284	0,001
PQ-B suma	0–20 5,19 (3,89)	0–19 5,33 (3,89)	0–20 4,74 (3,87)	-1,427	0,154
PQ-B dystres	0–79 15,94 (14,0)	0–66 16,88 (14,15)	0–79 12,84 (13,09)	-2,714	0,007
GAD	0–21 7,20 (5,29)	0–21 7,95 (5,33)	0–19 4,70 (4,30)	-5,474	< 0,001

Tabela 3. Macierz korelacji pomiędzy badanymi cechami

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. PQ-B_suma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. PQ-B.B_dystres	0,951***	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3. GAD	0,450***	0,510***	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. Stres przed pandemią	0,261***	0,315***	0,350***	-	-	-	-	-	-	-	-
5. Stres na początku pandemii	0,174***	0,218***	0,397***	0,489***	-	-	-	-	-	-	-
6. Stres podczas pandemii	0,207***	0,293***	0,482***	0,455***	0,377***	-	-	-	-	-	-
7. Dobrostan przed pandemią	-0,270***	-0,282***	-0,194***	-0,295***	-0,134**	-0,136**	-	-	-	-	-
8. Dobrostan aktualnie	-0,298***	-0,343***	-0,518***	-0,223***	-0,233***	-0,388***	0,411***	-	-	-	-
9. Wiek	-0,189***	-0,194***	-0,107*	-0,213***	-0,093	-0,094	0,092	0,118*	-	-	-
10. Miejsce zamieszkania	-0,047	-0,015	0,053	0,112*	0,090	0,114*	-0,030	-0,035	0,093	-	-
11. Wykształcenie	-0,006	0,008	0,006	0,082	0,099*	0,151**	0,017	0,024	0,205***	0,118*	-
12. Sytuacja materialna	-0,198***	-0,189***	-0,214***	-0,091	-0,145**	-0,130**	0,104*	0,261***	0,058	0,024	0,030
13. Korzystanie z pomocy psychologa przed pandemią	0,256***	0,272***	0,250***	0,202***	0,061	0,187***	-0,198***	-0,172***	0,005	0,063	0,059
14. Stosunek do pandemii	0,021	0,072	0,095	0,249***	0,156*	0,338***	-0,122*	0,017	-0,222***	0,038	0,133*

Źródło: badanie własne

W tab. 3 zawarto wyniki analizy korelacji parami pomiędzy cechami psychologicznymi i socjodemograficznymi. Zarówno częstość przejawów prodromalnych, jak i nasilenie dystresu umiarkowanie rosło wraz ze wzrostem GAD, słabo rosło wraz ze wzrostem stresu zarówno przed, jak i w trakcie pandemii, a słabo spadało wraz ze wzrostem poczucia dobrostanu. W odniesieniu do zmiennych socjodemograficznych odnotowano słabe korelacje, wskazujące, że wyższą częstością objawów i dystresem cechowali się młodszy badani, osoby w gorszej sytuacji materialnej oraz korzystające z pomocy psychologa/psychiatry. Pozostałe zależności zawarto w tab. 4.

Zasadniczą metodą analizy była regresja hierarchiczna, której wyniki dla dwóch podskal PQ-B zawarto w tab. 4 i 5.

Same czynniki socjodemograficzne wyjaśniały niespełna 11% wariacji wyników PQ-B, choć istotnymi predyktorami były niższy wiek, gorsza sytuacja materialna i większa

częstość korzystania z pomocy psychologicznej/psychiatrycznej przed pandemią. Po uwzględnieniu w drugim kroku dodatkowych zmiennych psychologicznych procent wyjaśnionej wariacji istotnie wzrósł do ok. 17% [$F(5)=6,925$; $p<0,001$], wiek stracił na istotności, choć sytuacja materialna i korzystanie z pomocy psychologa wciąż stanowiły istotne predyktory. Stres, zarówno przed pandemią, na jej początku, jak i w trakcie drugiej fali nie stanowił istotnego predyktora częstości występowania objawów prodromalnych, natomiast istotne znaczenie miało poczucie ogólnego dobrostanu, zarówno przed, jak i w trakcie pandemii. Po uwzględnieniu GAD jedynym socjodemograficznym predyktorem okazało się korzystanie z pomocy psychologicznej, na każdy 1 pkt wzrostu częstości występowania objawów z pomocy przypadał wzrost częstości występowania objawów o 0,12 pkt pomiarowego ($\beta=0,123$; $p=0,009$). W porównaniu z modelem drugim tylko dobrostan przed pandemią okazał się istotny,

Tabela 4. Wyniki analizy regresji hierarchicznej wyjaśniającej częstość występowania objawów prodromalnych

PQ-B częstość występowania objawów	Model 1; R2 = 0,106		Model 2; R2 = 0,169		Model 3; R2 = 0,243	
	beta	p	beta	p	beta	p
Stand (płeć)	-0,014	0,777	0,037	0,455	0,068	0,154
Stand (wiek)	-0,147	0,012	-0,109	0,058	-0,095	0,082
Stand (miejsce zamieszkania)	-0,048	0,319	-0,071	0,127	-0,070	0,117
Stand (wykształcenie)	0,036	0,480	0,027	0,587	0,029	0,546
Stand (praca)	0,026	0,672	0,032	0,584	0,043	0,445
Stand (sytuacja materialna)	-0,176	0,000	-0,105	0,030	-0,087	0,061
Stand (korzystanie z pomocy psychologa przed pandemią)	0,240	0,000	0,176	0,000	0,123	0,009
Stand (stan cywilny)	-0,071	0,202	-0,042	0,437	-0,060	0,243
Stand (status na rynku pracy)	-0,017	0,762	-0,003	0,951	-0,017	0,738
Stand (stres przed pandemią)			0,092	0,121	0,061	0,287
Stand (stres na początku pandemii)			0,062	0,268	0,027	0,613
Stand (stres podczas pandemii)			-0,008	0,884	-0,078	0,168
Stand (dobrostan przed pandemią)			-0,126	0,018	-0,148	0,004
Stand (dobrostan aktualnie)			-0,152	0,007	-0,028	0,620
Stand (GAD)					0,350	0,000

Źródło: badanie własne.

na każdy spadek o 1 pkt przypada wzrost częstości objawów średnio o 0,15 pkt pomiarowego ($\beta = -0,148$; $p = 0,004$). Dobrostan w trakcie pandemii okazał się bez znaczenia. Najsilniejszym predyktorem objawów prodromalnych było nasilenie lęku uogólnionego – wzrost wyniku w tym pomiarze o każdy 1 pkt pociągał za sobą wzrost wyniku PQ-B średnio prawie o 0,4 pkt pomiarowego ($\beta = 0,350$; $p < 0,001$). Model trzeci wyjaśniał ok. 24% całkowitej wariancji zjawiska, co w porównaniu do modelu 2 było istotnym wzrostem [$F(1) = 38,353$; $p < 0,001$].

Powyższa analiza wskazuje na to, iż nasilenie lęku uogólnionego jest najistotniejszym predyktorem występowania symptomów prodromalnych psychozy. Oznacza to, że u osób, które doświadczają wyższego poziomu lęku uogólnionego, mogą częściej występować symptomy prodromalne psychozy. Analogiczna zależność zachodzi u osób, które częściej korzystały z pomocy psychologa. Ponadto osoby cechujące się niższym dobrostanem przed pandemią (zarówno w wymiarze psychicznym, jak i fizycznym) również częściej będą doświadczać symptomów prodromalnych psychozy. Natomiast wiek oraz sytuacja materialna nie mają aż tak istotnego znaczenia.

Jak przedstawiono w tab. 5, analiza regresji hierarchicznej wyjaśniającej nasilenie dystresu powodowanego występującymi objawami prodromalnymi wykazała analogiczne predyktory oraz ich krokowe zmiany. Model trzeci wyjaśnia ok. 28% całkowitej wariancji nasilenia dystresu mierzonego PQ-B.

W zawiązku z tym nasilenie dystresu będzie w sposób analogiczny do przypadku częstości występowania objawów prodromalnych psychozy tłumaczyć istotne zmienne, jakimi są nasilenie lęku uogólnionego, fakt korzystania z pomocy psychologicznej oraz poczucie dobrostanu psychofizycznego przed pandemią. Oznacza to, że u osób doznających większego poziomu nasilenia lęku uogólnionego (analogicznie jak w tab. 4) będzie występować większe nasilenie dystresu. Ponadto jednostki, które częściej korzystały z pomocy psychologa, również mogą doświadczać większego nasilenia dystresu. Natomiast osoby, które cechowały się niższym

poczuciem dobrostanu przed pandemią, doznawać mogą silniejszego nasilenia dystresu.

Dodatkowo zapytano respondentów, jaki jest ich ogólny stosunek do pandemii. Odpowiedzi udzielano na skali od 1 (co oznaczało silne przekonanie, że pandemia nie jest realnym zagrożeniem, a obecna sytuacja nadmiernie i zbędnie paraliżuje życie ludzi) do 7 (co oznaczało silne przekonanie, że pandemia stanowi realne zagrożenie dla ludzkości i uzasadnione są wysiłki państw w celu jej opanowania). Odpowiedź 4 oznaczała brak ugruntowanego zdania na ten temat. To pytanie było nieobowiązkowe i udzieliło na nie odpowiedzi 261 osób. Odnotowano brak istotnej zależności pomiędzy ogólnym stosunkiem do pandemii a częstotliwością występowania objawów prodromalnych ($\rho = 0,020$; $p = 0,749$), jak i nasileniem dystresu ($\rho = 0,063$; $p = 0,314$). Jest to ciekawy wynik, świadczący o tym, że występowania przejawów PLE i dystres nimi wywołany pozostawały niezależne od indywidualnych przekonań badanych co do natury trwającej pandemii.

DYSKUSJA DOTYCZĄCA WYNIKÓW

Na powstawanie symptomów prodromalnych psychozy składa się wiele różnorodnych czynników, a jej objawy uzewewnętrzniają się zarówno w sposób psychologiczny, jak i behawioralny [10].

Przeprowadzone badanie miało na celu stwierdzenie, czy częstotliwość występowania symptomów prodromalnych psychozy oraz nasilenie dystresu możliwe będzie do wyjaśnienia poprzez wzajemne interakcje zachodzące pomiędzy czynnikami socjodemograficznymi, subiektywną oceną stresu i dobrostanu psychofizycznego przed pandemią, jak i w jej trakcie, oraz nasileniem lęku uogólnionego w trakcie doświadczania pandemii. Postawione hipotezy zostały częściowo potwierdzone. W badanej grupie kobiety częściej doświadczają wyższego poziomu nasilenia dystresu oraz nasilenia lęku i niższego poczucia dobrostanu. Podobne wyniki uzyskano w badaniu dotyczącym polskiej adaptacji

Tabela 5. Wyniki analizy regresji hierarchicznej wyjaśniającej nasilenie dystresu wywołanego objawami prodromalnymi

PQ-B.B nasilenie dystresu	Model 1; R ² = 0,103		Model 2; R ² = 0,198		Model 3; R ² = 0,282	
	beta	p	beta	p	beta	p
Stand (płeć)	-0,014	0,777	0,037	0,455	0,068	0,154
Stand (wiek)	-0,147	0,012	-0,109	0,058	-0,095	0,082
Stand (miejsce zamieszkania)	-0,048	0,319	-0,071	0,127	-0,070	0,117
Stand (wykształcenie)	0,036	0,480	0,027	0,587	0,029	0,546
Stand (praca)	0,026	0,672	0,032	0,584	0,043	0,445
Stand (sytuacja materialna)	-0,176	0,000	-0,105	0,030	-0,087	0,061
Stand (korzystanie z pomocy psychologa przed pandemią)	0,240	0,000	0,176	0,000	0,123	0,009
Stand (stan cywilny)	-0,071	0,202	-0,042	0,437	-0,060	0,243
Stand (status na rynku pracy)	-0,017	0,762	-0,003	0,951	-0,017	0,738
Stand (stres przed pandemią)			0,092	0,121	0,061	0,287
Stand (stres na początku pandemii)			0,062	0,268	0,027	0,613
Stand (stres podczas pandemii)			-0,008	0,884	-0,078	0,168
Stand (dobrostan przed pandemią)			-0,126	0,018	-0,148	0,004
Stand (dobrostan aktualnie)			-0,152	0,007	-0,028	0,620
Stand (GAD)					0,350	0,000

Źródło: badanie własne

PQ-B(PL), w którym wykazano, że przejawianie symptomów prodromalnych było częstsze u kobiet, u których obserwowano średnio o jeden objaw więcej, natomiast w skali nasilenia objawów o ponad 6 pkt [2]. Mimo to w końcowej analizie regresji hierarchicznej płeć nie okazała się istotnym predyktorem różnicowania występowania objawów prodromalnych psychozy. Znajduje to potwierdzenie w genezie kształtowania się schizofrenii, która wskazuje na to, iż częstota zachorowania na schizofrenię dotyczy obu płci w równym stopniu [24, 25]. Zaskakujący okazał się fakt, że stres nie jest istotnym czynnikiem w występowaniu objawów prodromalnych. Może to wynikać z faktu, iż stres jest naturalnym zjawiskiem, będącym częścią życia każdego człowieka, pełniąc zarazem funkcję mobilizującą i adaptacyjną [26], w przeciwieństwie do lęku, który może być uznawany za podstawę wszelkiej psychopatologii. Potwierdza to fakt, iż to właśnie lęk okazał się najsilniejszą zmienną. U osób badanych, które zgłaszały korzystanie z pomocy psychologa częściej w porównaniu do innych, występowały objawy prodromalne psychozy oraz wyższy był poziom ich nasilenia. Pokazuje to istotną rolę psychologa w diagnozie pacjentów zagrożonych wystąpieniem psychozy. U osób doświadczających niższego poczucia dobrostanu przed wystąpieniem pandemii częściej występowały symptomy prodromalne psychozy oraz ich nasilenie było wyższe.

Przeprowadzone badanie oprócz walorów naukowych posiada również kilka mankamentów. Pierwszym z nich jest nierównomierny rozkład badanych ze względu na płeć. Znacznie większą część respondentów stanowiły kobiety – 76,8%, podczas gdy mężczyźni stanowili jedynie 23,2%. Różnica ta jednak jest bardzo powszechnym zjawiskiem w badaniach online [27, 28]. Warto zaznaczyć również, że modele badań sondażowych (w tym badania przeprowadzone za pomocą formularza online) są mniej trafne w badaniach klinicznych, na co wskazują niskie parametry uzyskanych wskaźników statystycznych (dotyczące wariacji całkowitej oraz pomiaru związków między analizowanymi zmiennymi). Na niekorzyść badania przemawia również fakt zbyt słabego scharakteryzowania zmiennej, jaką jest subiektywne poczucie dobrostanu psychofizycznego. W przeprowadzonym badaniu zawarte zostały tylko dwa pytania dotyczące tego dobrostanu, skupiające się jedynie na subiektywnej ocenie przed pandemią oraz aktualnie. Należałoby rozwinąć tę zmienną o co najmniej jedno kolejne pytanie, które odnosiłoby się do subiektywnej oceny dobrostanu na początku pandemii – tak jak zostało to zrobione w przypadku pytań dotyczących stresu. Ponadto w badaniu zastosowano subiektywne metody oceny dotyczące odczuwanego poziomu stresu oraz dobrostanu, mimo istniejących narzędzi badawczych umożliwiających bardziej obiektywne i rzetelny pomiar ww. zmiennych. Na wynik subiektywnej oceny w negatywny sposób mogło mieć wpływ wiele zmiennych zakłócających, np. obniżony nastrój czy poczucie zmęczenia. Ostatnią kwestią, na którą również powinno zwrócić się uwagę, jest liczba osób biorących udział w badaniu. W przypadku większej liczby osób chętnych do wzięcia udziału w badaniu próba stałaby się bardziej reprezentatywna, co w pozytywny sposób wpłynęłoby na jakość badania oraz generalizację otrzymanych wyników.

Podsumowując, należy zauważyć, że mimo występujących w badaniu ograniczeń, uzyskane wyniki wskazują na występowanie istotnych statystycznie związków pomiędzy nasileniem lęku uogólnionego, faktem korzystania z pomocy

psychologa i subiektywnym poczuciem dobrostanu przed pandemią a częstością występowania objawów prodromalnych oraz nasilenia dystresu nimi spowodowanego. Badanie dostarcza jednocześnie istotnych informacji klinicznych, które mogą okazać się pomocne w ocenie ryzyka przekształcenia się problemu psychicznego w somatyczny oraz we wdrażaniu interwencji zapobiegających lub łagodzących przebieg pełnoobjawowej psychozy. W przyszłych badaniach warto by było rozszerzyć obszar eksploracji o inne zmienne, które z punktu widzenia wyjaśniania symptomów prodromalnych mogłyby okazać się cenne klinicznie. Warto również zwrócić uwagę na ww. implikacje, celem ulepszenia wartości merytorycznej badania. Przedstawione badanie nie wyczerpuje w pełni spektrum poruszanej problematyki. Wykorzystane narzędzie, jakim jest PQ-B(PL), jest stosunkowo nowe na rynku polskim, bo stało się dostępne w Polsce w zeszłym roku. W związku z tym brakuje badań odnoszących się do poruszanej w badaniu problematyki. Należałoby zatem prowadzić dalsze eksploracje oraz analizy w tym zakresie.

PIŚMIENNICTWO

1. Mak M, Starkowska A, Tyburski E, et al. Polish version of the Structured Interview for Psychosis-Risk Syndromes (SIPS) – description of the tool. Polskie tłumaczenie Ustrukturalizowanego Wywiadu do Badania Zespołów Ryzyka Psychozy (SIPS) – opis narzędzia. *Psychiatr Pol.* 2019; 53(3): 561–575. doi: 10.12740/PP/94823
2. Starkowska A, Kucharska-Mazur J, Mak M, et al. Polish adaptation of the Prodromal Questionnaire-Brief version PQ-B(PL) in psychiatric patients and healthy persons. Polska adaptacja krótkiej skali do oceny doświadczonych psychotycznych wśród pacjentów psychiatrycznych i osób zdrowych PQ-B(PL). *Psychiatr Pol.* 2020; 54(4): 741–758. doi: 10.12740/PP/109650
3. Starkowska A, Tyburski E, Kucharska-Mazur J, et al. Assessing self-reported clinical high risk symptoms: The psychometric properties of the polish version of the prodromal questionnaire-brief and a proposal for an alternative approach to scoring [published online ahead of print, 2020 Sep 6]. *Early Interv Psychiatry.* 2020; 10.1111/eip.13035. doi: 10.1111/eip.13035
4. Rokita K, Cessak G, Bałkowiec-Iskra E. Ryzykowny stan psychiczny. *Psychiatria po Dyplomie.* 2014; (03).
5. Klosterkötter J, Schultze-Lutter F, Bechold A, et al. Prediction and prevention of schizophrenia: what has been achieved and where to go next?. *World Psychiatry.* 2011; 10(3): 165–174. doi: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00044.x
6. World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 18 March 2020. Regional Office for Europe. 2020.
7. Heitzman J. Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne. *Psychiatria Polska.* 2020; 54(2): 187–198. doi: 10.12740/PP/120373
8. Bohlken J, Schömig F, Lemke MR, et al. COVID-19-Pandemie: Belastungen des medizinischen Personals [COVID-19 Pandemic: Stress Experience of Healthcare Workers – A Short Current Review]. *Psychiatr Prax.* 2020; 47(4): 190–197. doi: 10.1055/a-1159-5551
9. Sokół-Szawłowska M. Wpływ kwarantanny na zdrowie psychiczne podczas pandemii COVID-19. *Psychiatria.* 2021; 18(1): 57–62. doi: 10.5603/PSYCH.a2020.0046
10. Gambina M, Sękowski M, Woźniak-Prus M, et al. Uwarunkowania objawów depresji i lęku uogólnionego u dorosłych Polaków w trakcie epidemii Covid-19 – raport z pierwszej fali badania podłużnego. Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski; 2020.
11. Seligman ME, Walker EF, Rosenhan DL. *Psychopatologia.* Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka; 2003.
12. Horney K. *Neurotyczna osobowość naszych czasów.* Poznań: Dom Wydawniczy REBIS; 1993.
13. Cackovic C, Nazir S, Marwaha R. Panic Disorder. In: *StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing;* 2020.
14. Niedziałek D. *Farmakoterapia zaburzeń lękowych – terażniejszość i perspektywy.* Repozytorium Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2013.

15. Kacprzyk-Straszak A, Pawlak A, Kucharczyk K. Zaburzenia lękowe – rzeczywistość obok nas. In: Cader S, Ciupka S. *Beskidzkie Dziedzictwo V*. Wydawnictwo Scriptorum; 2016. p. 95–114.
16. Samochowiec A, Wojciechowski B, Samochowiec J. Rola myślenia magicznego w obronie przed lękiem. *Psychiatria*. 2004; 1(1): 17–21.
17. Murawiec S. Leczenie ostrego lęku – opis trzech przypadków zastosowania tabletek podjęzykowych alprazolamu do opanowania nasilonych dolegliwości lękowych. *Psychiatria*. 2014; 11(3): 177–182.
18. Bosnjak Kuharic D, Kekin I, Hew J, et al. Interventions for prodromal stage of psychosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019; 2019(11): CD012236. doi: 10.1002/14651858.CD012236.pub2
19. Jędrzejczyk I. Zaburzenia funkcji poznawczych w schizofrenii – wybrane aspekty. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J – Paedagogia-Psychologia*. 2020; 33(2): 271–283. doi: 10.17951/j.2020.33.2.271-283
20. Nieznański M. Metaanaliza wyników badań nad związkami nasilenia objawów schizofrenii z zaburzeniami pamięci werbalnej. *Studia Psychologica: Theoria et praxis*. 2004; (5): 313–332.
21. Howes OD, Murray RM. Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model. *Lancet*. 2014; 383(9929): 1677–1687. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62036-X
22. Dudzic-Koc A. Rola stresu w zachorowaniu na schizofrenię. *Zeszyty Naukowe WSG: Edukacja – Rodzina – Społeczeństwo*; 2018. p. 259–27.
23. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006; 166(10): 1092–1097. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092
24. Filek J, Wojtas K, Oskędra I. Model opieki nad pacjentem dorosłym ze schizofrenią. *Repozytorium Uniwersytetu Jagiellońskiego*. 2013.
25. Gałązka-Sobotka M, Gryglewicz J, Gierczyński J, et al. Schizofrenia – analiza kosztów społecznych i ekonomicznych. *Psychiatria*. 2015; 12(1): 17–46.
26. Płoska A. Obszary stresu w okresie adolescencji u krakowskiej młodzieży w wieku 12–14 lat – studium indywidualnych przypadków. *Repozytorium Uniwersytetu Jagiellońskiego*; 2018.
27. Pylińska-Dąbrowska D. Ocena nasilenia lęku związanego z zabiegami z zakresu chirurgii stomatologicznej w trakcie trwania pandemii COVID-19. *Gdański Uniwersytet Medyczny*; 2021.
28. Długosz P. Raport z badań: „Krakowska młodzież w warunkach kwarentanny COVID-19”. *Kraków: Instytut Socjologii i Filozofii UP*; 2020.